République Algérienne Démocratique et Populaire

Ecole Des Hautes Etudes Commercial

Mémoire de fin de cycle pour l'obtention du diplôme de master en sciences commerciales

Option : Management et entrepreneuriat

Le rôle de la certification ISO 9001 dans l'amélioration de la qualité de service dans le secteur de la santé.

Cas : clinique privée NOUACER

Elaboré par :

Melle : SEHTALI Ouarda

Encadré par :

Mme B. Yakoubi

Maitre assistante A à EHEC

13 éme promotion

JUIN 2026

Dédicace

Je dédie ce modeste travail…

À ma mère et à mon père,

À ceux qui ont été ma lumière lorsque les chemins s'assombrissaient, et mon soutien lorsque la vie m'a mise à l'épreuve. Dans votre présence, j'ai appris la sécurité, et de votre générosité sans limites, j'ai découvert la véritable signification de l'amour et du sacrifice silencieux. Vous êtes cette bénédiction irremplaçable et cette prière qui m'accompagne à chaque étape de ma vie. Ce travail n'est qu'un humble hommage à tout l'amour et aux sacrifices que vous m'avez offerts. Que Dieu vous garde et vous préserve pour moi.

À mes trois chers frères Abdou, Nadir et Anes,

À mes compagnons de vie, mes repères et mes soutiens constants. Vous avez partagé mes joies, mes doutes et mes silences, toujours présents à votre manière. Ce travail est aussi le vôtre, car il est le fruit d'un chemin parcouru ensemble, Je vous aime.

À mon oncle Ibrahim, à son épouse Amel, et à toute ma famille,

À vous qui avez toujours su m'entourer de bienveillance et d'affection sincère. Vos encouragements ont été pour moi une source précieuse de réconfort et de motivation. Je vous exprime ici toute ma gratitude et ma profonde reconnaissance.

À mes adorables amies, Nadia, Bouchra, et Groupe opportunité

À vous qui avez illuminé mon parcours par votre présence, votre sincérité et votre bienveillance. Votre amitié, faite de rires, de soutien et de beaux moments partagés, a rendu ce chemin plus léger et plus précieux. Vous avez été une véritable source de joie et d'énergie positive tout au long de cette aventure. Je vous aime.

À moi-même,

À celle qui a avancé avec courage, même dans le doute, et qui a su transformer chaque difficulté en force. À celle qui a appris, évolué et persévéré jusqu'au bout avec détermination et espoir. Sois fière de chaque étape franchie et de tout le chemin parcouru.

Je le dédie aussi à celles qui, par leurs paroles, leurs gestes ou leurs enseignements, m'ont guidée et aidée à devenir la personne que je suis aujourd'hui.

Remerciements

Tout d'abord, je remercie le bon Dieu de m'avoir donné la force, le courage et la volonté nécessaires pour réaliser ce modeste travail.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ***Madame Bouchra Yakoubi***, enseignante à l'EHEC, pour son encadrement, sa disponibilité ainsi que ses précieux conseils, qui ont largement contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

Je tiens particulièrement à remercier mon maître de stage, le ***Docteur Ibrahim Khelil,*** pour son accompagnement, son soutien et ses orientations tout au long de mon stage.

Je souhaite également remercier ***Madame Bouyoucef Djamila*** pour son aide précieuse au début de ma recherche de stage.

Ma reconnaissance s'adresse à l'ensemble des enseignants de **l'EHEC** pour la qualité de la formation dispensée et leur contribution à ma réussite académique.

Par ailleurs, j'adresse mes sincères remerciements au personnel de la ***Clinique NOUACER*** pour son accueil chaleureux, sa disponibilité ainsi que l'opportunité offerte de réaliser cette étude sur un terrain empirique enrichissant.

Mes remerciements vont également aux ***membres du jury*** qui ont accepté d'examiner ce travail et d'y porter un regard critique à travers leur lecture et leur évaluation de ce mémoire.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

Résumé

L’objectif de notre étude est de connaître le rôle de la démarche qualité ISO 9001 dans l’amélioration de la qualité de service dans le secteur de la santé.

Pour ce faire, nous avons mené une enquête de terrain au sein de la clinique privée Nouacer. Nous avons réalisé un guide d’entretien semi-directif destiné au directeur général, qui occupe également le poste de responsable qualité, ainsi qu’un questionnaire distribué auprès de 62 patients.

Les résultats obtenus révèlent que la démarche qualité a un impact positif sur la satisfaction des patients. Toutefois, des efforts restent à fournir concernant l’implication du personnel opérationnel afin d’améliorer davantage la qualité de service.

Mots-clés : ISO 9001, secteur hospitalier, qualité de service, clinique privée, satisfaction des patients, management de la qualité, Algérie, clinique NOUACER.

Abstract

The objective of our study is to identify the role of the ISO 9001 quality approach in improving service quality within the healthcare sector.

To achieve this, we conducted a field study at Nouacer Private Clinic. We carried out a semi-structured interview with the general director, who also holds the position of quality manager, in addition to a questionnaire distributed to 62 patients.

The results obtained reveal that the quality approach has a positive impact on patient satisfaction. However, further efforts are still needed regarding the involvement of operational staff in order to further improve service quality.

Keywords: ISO 9001, hospital sector, service quality, private clinic, patient satisfaction, quality management, Algeria, NOUACER clinic.

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة دور منهجية الجودة ISO 9001 في تحسين جودة الخدمات في قطاع الصحة.

ولتحقيق ذلك، قمنا بإجراء دراسة ميدانية داخل مصحة نواصر الخاصة، حيث أجرينا مقابلة شبه موجهة مع المدير العام الذي يشغل أيضًا منصب مسؤول الجودة، بالإضافة إلى استبيان وُزِّع على 62 مريضًا.

أظهرت النتائج المتحصل عليها أن منهجية الجودة لها تأثير إيجابي على رضا المرضى، إلا أنه لا يزال هناك عمل يجب القيام به فيما يتعلق بإشراك الموظفين التنفيذيين من أجل تحسين جودة الخدمة بشكل أكبر.

الكلمات المفتاحية : ISO 9001، القطاع الصحي ،جودة الخدمة، المصحة الخاصة، رضا المرضى، إدارة الجودة ، الجزائر، عيادة نواصر.

Liste des tableaux

Table 1: la différence entre l'assurance qualité et le contrôle qualité 10
Table 2: Principaux outils du management de la qualité..... 14
Table 3: Les grandes étapes de la norme ISO 9001..... 20
Table 4: Différences entre certification et accréditation dans le domaine de la qualité .. 38
Table 5: produit VS service..... 47
Table 6: Effets de la standardisation en milieu hospitalier 69
Table 7: Fiche technique de la clinique..... 78
Table 8: tableau comparative de la clinque avant et après la démarche qualité..... 95
Table 9: Principales difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la démarche qualité au sein de la Clinique NOUACER 97
Table 10: profil d'interviewé..... 101
Table 11: Tableau comparatif objectifs/résultats..... 104

Liste des Figures

Figure 1: : Schéma représentatif de la qualité perçue du système de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins 12
Figure 2: le cycle PDCA 21
Figure 3: Evolutions des principes de management qualité entre les versions 2008 et 2015 de la norme ISO 9001 23
Figure 4: Cartographie des processus métiers d'un établissement de santé 25
Figure 5: La structure universelle (HLS) des normes de management 27
Figure 6: Modèle IHIP des services de santé ..... **Error! Bookmark not defined.**
Figure 7: Schéma global de la qualité de service en santé 49
Figure 8: Modèle de la Qualité de Service (Modèle SERVQUAL) 51
Figure 9: parcours patients dans une clinique 56
Figure 10: Relation entre IQSS – PREMs – PROMs 60
Figure 11: Transformation de la donnée patient en indicateur de performance 65
Figure 12: Schéma du cycle PDCA appliqué à une clinique 67
Figure 13: l'organigramme de la clinique 79
Figure 14: Le processus de certification ISO 9001 87
Figure 15: la cartographie des processus de la clinique NOUACER 89
Figure 16: processus accueil et admission des patients au sein de la clinique NOUACER 91
Figure 17: La mise en œuvre de la démarche qualité au sein de la clinique NOUACER 94

Liste des abréviations

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité

COFRAC : Comité Français d'Accréditation

CREX : Comité de Retour d'Expérience

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FEI : Fiche d'Événement Indésirable

HAS : Haute Autorité de Santé

HLS : High Level Structure — Structure de haut niveau des normes ISO

IANOR : Institut Algérien de Normalisation

IHIP : Modèle des quatre caractéristiques des services : Intangibility, Heterogeneity, Inseparability, Perishability

IQSS : Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins

ISO : Organisation Internationale de Normalisation

KPI : Key Performance Indicator — Indicateur Clé de Performance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OST : Organisation Scientifique du Travail

PDCA : Plan-Do-Check-Act — Planifier, Faire, Vérifier, Agir (Roue de Deming)

PME : Petites et Moyennes Entreprises

PREMs : Patient Reported Experience Measures — Mesures de l'expérience rapportée par le patient

PROMs : Patient Reported Outcome Measures — Mesures des résultats de santé rapportés par le patient

R+1 : Rez-de-chaussée plus un étage

RMM : Revue de Morbidité et de Mortalité

SARL : Société à Responsabilité Limitée

SERVQUAL : Service Quality Model — Modèle d'évaluation de la qualité de service

SMQ : Système de Management de la Qualité

SMS : Short Message Service — Service de messagerie courte

SPC : Statistical Process Control — Contrôle Statistique des Processus

TC 176 : Comité technique ISO chargé de la gestion de la qualité

TQM : Total Quality Management — Management de la Qualité Totale

Liste des annexes

Annexe 1: présentation de la clinique..... 134
Annexe 2: Manuel qualite de la clinique NOUACER...... 135
Annexe 3: certificat ISO 9001:2015 de la clinique NOUACER 136
Annexe 4: Fiche de processus..... 137
Annexe 5: Guide d'entretiens (directeur général) 139
Annexe 6: Questionnaire de satisfaction patients..... 140

SOMMAIRE

Introduction générale

CHAPITRE 01 : La démarche qualité ISO 9001

Section 1 : Fondements du management de la qualité

Section 2 : La norme ISO 9001 et le système de management de la qualité

Section 3 : Démarche qualité et certification

CHAPITRE 02 : La qualité de service dans le secteur hospitalier

Section 1 : Concepts et dimensions de la qualité de service

Section 2 : Mesure et évaluation de la qualité de service

Section 3 : Contribution de la certification ISO 9001 à l'amélioration de la qualité de service

CHAPITRE 03 : la certificat ISO 9001 au sein de la clinique NOUACER : quelle amélioration de la qualité de service ?

Section 1 : Présentation de l'organisme d'accueil

Section 2 : La démarche qualité au sein de la Clinique NOUACER

Section 3 : Analyse et interprétation des résultats

Conclusion générale

Introduction générale

Introduction générale

Les établissements de santé évoluent aujourd'hui dans un environnement complexe et en perpétuelle mutation, caractérisé par l'augmentation des attentes des patients, le développement technologique, l'intensification de la concurrence ainsi que l'exigence croissante d'une prise en charge sécurisée et performante. Les cliniques privées, en particulier, se trouvent confrontées à de nombreux défis puisqu'elles doivent non seulement assurer leur pérennité économique, mais également garantir une qualité de service répondant aux exigences des patients et des différentes parties prenantes.

En Algérie, le système de santé connaît depuis plusieurs années une évolution importante marquée par la croissance du secteur privé et la diversification de l'offre de soins. Les cliniques privées jouent désormais un rôle complémentaire essentiel au secteur public, en contribuant à améliorer l'accessibilité, la rapidité de prise en charge et la qualité des prestations. Cependant, cette expansion s'accompagne de nouveaux défis, notamment en matière de structuration des pratiques, d'harmonisation des processus et d'amélioration continue de la qualité de service.

Dans ce contexte, la mise en place de démarches qualité structurées devient une nécessité. La norme ISO 9001, reconnue à l'échelle internationale, constitue aujourd'hui un cadre de référence permettant aux établissements de santé de formaliser leurs processus, de maîtriser leurs dysfonctionnements et de renforcer la satisfaction des patients. Elle repose sur une logique d'amélioration continue et sur une approche processus qui place le patient au cœur du système de soins.

Par ailleurs, la qualité de service en clinique privée ne se limite pas à la compétence technique des professionnels de santé. Elle englobe également des dimensions organisationnelles et relationnelles, telles que l'accueil, la communication, la réactivité et l'environnement de soins. Ainsi, le patient devient un acteur central du système, dont l'évaluation subjective influence fortement la perception globale de la qualité.

Dans ce cadre, ce mémoire s'intéresse à l'apport de la démarche qualité et de la certification ISO 9001 dans l'amélioration de la qualité de service au sein des cliniques privées, avec une attention particulière portée au contexte algérien. Il vise à analyser les concepts fondamentaux

de la qualité, les outils de mesure de la performance, ainsi que le rôle de la certification dans la structuration et l'optimisation des pratiques de soins.

Enfin, dans le cadre de ce travail de recherche, nous nous intéressons à l'étude de la démarche qualité ISO 9001 dans les cliniques privées et à son impact sur l'amélioration de la qualité de service. Ce choix s'explique par l'importance croissante accordée à la qualité dans le secteur de la santé ainsi que par le rôle fondamental des systèmes de management de la qualité dans l'amélioration des prestations et de la satisfaction des patients.

Motifs du choix du thème

Plusieurs raisons nous ont conduits à choisir ce thème de recherche :

- L'importance croissante de la qualité de service dans le secteur de la santé ;
- L'actualité de la démarche qualité ISO 9001:2015 dans les établissements hospitaliers ;
- La volonté d'élargir nos connaissances dans le domaine du management de la qualité ;
- L'intérêt porté aux mécanismes d'amélioration continue appliqués aux structures de santé ;
- La nécessité d'étudier l'impact de la démarche qualité sur la satisfaction des patients et la performance organisationnelle des cliniques privées.

Dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons effectué notre étude pratique au sein de Clinique NOUCER , établissement privé exerçant dans le domaine de la santé et engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des services proposés aux patients.

Plusieurs études ont été réalisées afin d'analyser la relation entre la mise en place d'un système de management de la qualité et l'amélioration de la performance des organisations. Certains chercheurs considèrent que la certification ISO 9001 permet une amélioration significative de la qualité des services et de la satisfaction des clients, tandis que d'autres estiment que son efficacité dépend principalement du niveau d'engagement de la direction et du personnel dans la démarche qualité.

Dans le cadre de notre recherche, nous allons nous intéresser particulièrement à la contribution de la démarche qualité ISO 9001 :2015 dans l'amélioration de la qualité de service au sein des cliniques privées.

Sur la base de ce qui précède, notre problématique principale peut être formulée comme suit :

Problématique

« Dans quelle mesure la mise en place de la démarche qualité ISO 9001 contribue-t-elle à l'amélioration de la qualité de service au sein des cliniques privées ? »

Afin de répondre à cette problématique, plusieurs questions secondaires se posent :

1. La démarche qualité améliore-t-elle la satisfaction des patients ?
2. La qualité de service dépend-elle du degré d'engagement de la direction et du personnel dans la démarche qualité ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèses de recherche

- **Hypothèse 1 :** La démarche qualité vise principalement la satisfaction des patients à travers l'amélioration de la qualité de service.
- **Hypothèse 2 :** L'engagement continu de la direction et du personnel dans la démarche qualité assure l'amélioration de la qualité de service.

Démarche méthodologique

Afin de répondre à notre problématique et de vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons adopté une méthode descriptive et analytique. Cette étude repose sur l'analyse des concepts liés au management de la qualité, à la norme ISO 9001 :2015 ainsi qu'à la qualité de service dans le secteur hospitalier.

La partie pratique de notre travail s'appuiera sur une étude de terrain réalisée au sein de la Clinique NOUACER afin d'analyser la mise en place de la démarche qualité ISO 9001 et son impact sur la qualité des services proposés.

Plan de travail

Le présent mémoire s'articule autour de deux chapitres théoriques et d'un chapitre pratique, accompagnés d'une introduction générale et d'une conclusion générale.

Le premier chapitre sera consacré aux fondements du management de la qualité ainsi qu'à la présentation de la norme ISO 9001:2015 et de ses principales exigences.

Le deuxième chapitre abordera la notion de qualité de service dans le secteur hospitalier en mettant l'accent sur les spécificités des établissements de santé, les dimensions de la qualité des soins ainsi que les indicateurs d'évaluation de la performance hospitalière.

Enfin, le troisième chapitre portera sur l'étude pratique réalisée au sein de la Clinique NOUACER. Une première section sera consacrée à la présentation de l'établissement d'accueil, tandis que la deuxième section analysera la mise en place de la démarche qualité ISO 9001 :2015. La troisième section sera dédiée à l'analyse du guide d'entretien et du questionnaire réalisés auprès du directeur général de la clinique et des patients.

Pour conclure, une synthèse des principaux résultats obtenus permettra de répondre à la problématique de départ et de proposer un ensemble de recommandations visant à renforcer l'efficacité de la démarche qualité au sein des cliniques privées.

CHAPITRE 01 :

La Démarche qualité ISO 9001



Chapitre 01 : La Démarche qualité ISO 9001

Introduction

Dans un environnement caractérisé par une concurrence accrue et une exigence croissante en matière de qualité, les organisations sont amenées à adopter des démarches structurées afin d'améliorer leurs performances et de satisfaire durablement leurs clients. La qualité ne se limite plus à la conformité des produits ou services, mais s'inscrit dans une logique globale d'amélioration continue, de maîtrise des processus et de gestion des risques.

Dans le secteur de la santé, et plus particulièrement au sein des cliniques privées, cette exigence revêt une importance stratégique et vitale. En effet, la qualité des services ne concerne pas uniquement la satisfaction des patients, mais aussi leur sécurité, la fiabilité des soins et le respect des normes réglementaires. Les cliniques privées sont ainsi confrontées à des défis spécifiques tels que la gestion des risques médicaux, la continuité des soins, la compétence du personnel et l'optimisation des ressources. Dans ce contexte, la mise en place d'un système de management de la qualité devient un levier essentiel pour garantir une prise en charge efficace et sécurisée des patients. C'est dans cette perspective que la norme ISO 9001 s'impose comme un référentiel international de référence en matière de management de la qualité. Elle propose un cadre structuré permettant aux organisations, y compris les établissements de santé, de mettre en place un système de management de la qualité (SMQ) efficace, fondé sur une approche processus et orienté vers la satisfaction du client et l'amélioration continue.

L'objectif de ce chapitre est d'analyser les fondements du management de la qualité et de mettre en évidence l'apport de la norme ISO 9001 dans l'amélioration des pratiques organisationnelles. Il vise également à montrer comment la démarche qualité contribue à l'amélioration de la qualité de service et à la satisfaction des patients. Pour ce faire, ce chapitre est structuré en trois sections. La première section présente les fondements du management de la qualité. La deuxième section est consacrée à la norme ISO 9001 et au système de management de la qualité. Enfin, la troisième section traite de la démarche qualité et du processus de certification, en mettant en évidence leur impact sur la performance des établissements de santé et la satisfaction des patients.

1. Section 01 : Fondements du management de la qualité

Cette section inaugurale a pour vocation d'établir le cadre conceptuel de notre réflexion. Nous commencerons par définir avec précision les contours du management de la qualité, avant d'expliciter les principes fondamentaux qui soutiennent l'efficacité de toute démarche normalisée. Enfin, cette recherche sera complétée par une analyse de l'évolution historique et des défis stratégiques liés à la qualité.

1.1. Définition de la qualité

La notion de qualité est un concept complexe et contextuel dont le sens varie entre le respect des normes et la recherche de l'excellence.

1.1.1. Définition ISO (Approche normative)

L'Organisation Internationale de Normalisation (ISO) fournit la définition de référence la plus universellement reconnue à travers sa série de normes 9000. Selon la norme ISO 9000, la qualité se définit comme l'**« aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences »**

Cette définition repose sur deux piliers fondamentaux identifiés dans les référentiels :

- **Les caractéristiques intrinsèques :** Il s'agit des propriétés permanentes d'un produit ou d'un service, qu'elles soient physiques, sensorielles, comportementales (comme la courtoisie) ou temporelles (comme la ponctualité).
- **La satisfaction des exigences :** Les exigences sont définies comme des besoins ou des attentes formulés, habituellement implicites ou imposés. Dans ce cadre, la qualité n'est pas synonyme de "haut de gamme", mais du respect strict de la performance spécifiée pour répondre au besoin.[1]

[1] *Meridja, A. (2021). Les pratiques de management par la qualité totale dans les entreprises algériennes (Thèse de doctorat). École Supérieure de Commerce, Alger.*

1.1.2. **Définition de l'OMS (Approche santé)**

Dans le secteur de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a élaboré une définition qui place le bénéfice thérapeutique et la sécurité du patient au centre du concept. La qualité des soins consiste à **« délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiqués et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains »**.[1]

Cette approche introduit des dimensions essentielles de performance clinique, incluant l'efficacité, la sécurité, le caractère approprié des soins et l'implication active du patient dans sa propre prise en charge.

1.1.3. **Synthèse générale**

En synthèse, la qualité peut être comprise comme un **concept multidimensionnel** articulant une réalité objective (les caractéristiques techniques et la conformité) et une perception subjective (la satisfaction du bénéficiaire). Elle est intrinsèque au produit et ne doit pas être perçue comme une chose rajoutée après la conception.

On peut résumer les courants de pensée actuels selon trois axes majeurs :

- **La conformité :** Le respect des référentiels et des seuils minimums de performance.
- **L'excellence :** La quête du niveau suprême de performance pour se démarquer de la concurrence.
- **La valeur :** La capacité d'un organisme à satisfaire les parties intéressées tout en maîtrisant les impacts prévus et imprévus de son activité.

1.2. Évolution historique du concept de qualité

L'évolution de la gestion de la qualité peut être synthétisée en quatre étapes majeures, marquant le passage d'une vision purement technique à une stratégie managériale globale.

1. L'inspection de la qualité (1900–1930) : une démarche corrective a posteriori
Au début du XXe siècle, sous l'influence du management scientifique de Taylor et de l'Organisation Scientifique du Travail (OST), la qualité était strictement assimilée à une **inspection**

[1] *Définition de l'OMS, citée dans Letenneur (2017, p. 9) et Mohamed (2020, p. 11).*

finale. Cette phase reposait sur une trilogie opérationnelle observer, standardiser et inspecter afin de garantir la conformité du produit fini avant sa mise sur le marché. Toutefois, cette méthode présentait des limites économiques majeures : intervenant en fin de cycle, elle engendrait des **coûts de rejet élevés** sans agir sur les causes profondes des anomalies.

2. Le contrôle de la qualité (1930–1950) : l'émergence de la maîtrise statistique
Cette seconde étape est marquée par les travaux de Walter Shewhart, qui a introduit l'utilisation des **méthodes statistiques** pour surveiller la production en flux réel. L'objectif s'est alors déplacé de la simple vérification finale vers la maîtrise de la **variabilité des processus**, permettant de détecter et d'éliminer les écarts par rapport à la moyenne durant la fabrication. C'est à cette période que se structurent les jalons du cycle **PDCA** (*Plan-Do-Check-Act*), jetant les bases d'une logique d'amélioration itérative.
3. L'assurance de la qualité (1950–1970) : la systématisation de la prévention
Avec l'assurance qualité, le concept s'élargit à l'ensemble de l'organisation à travers une planification et une **documentation rigoureuse des processus**. Le principe fondamental repose sur l'idée que si l'entreprise est parfaitement organisée et que ses procédures sont scrupuleusement respectées, le résultat final sera nécessairement conforme. Cette époque est également caractérisée par la promotion de l'objectif **« zéro défaut »** par Philip Crosby, incitant la direction à s'impliquer personnellement pour garantir la conformité aux exigences dès la conception.
4. Le management de la qualité totale (depuis 1970) : une vision stratégique et globale
Le passage au *Total Quality Management* (TQM) marque une rupture avec les modèles précédents en intégrant la qualité à la **stratégie globale** de l'entreprise. Dans ce modèle, la satisfaction des besoins explicites et implicites du client devient l'objectif central, nécessitant l'implication de tous les départements et de chaque collaborateur. La qualité n'est plus une fonction isolée, mais une démarche transversale de **perfectionnement perpétuel** (Kaizen) visant l'excellence et la pérennité de l'organisation face à un marché mondialisé.[1]

[1]Meridja, *Op. cit.*, p. 24-34 et p. 51-52.

Table 1: la différence entre l'assurance qualité et le contrôle qualité

Critère	Contrôle de la qualité (1930–1950)	Assurance de la qualité (1950–1970)
Logique dominante	Détection des écarts	Prévention des non-conformités
Objectif	Maîtriser la variabilité des processus	Garantir la conformité systématique
Approche	Contrôle statistique en temps réel	Formalisation et documentation des processus
Moment d'intervention	Pendant la production	Dès la conception et tout au long
Vision de la qualité	Corriger les variations	Faire bien du premier coup
Outils/Principes	Cycle PDCA, méthodes statistiques	Principe « zéro défaut »
Rôle de la direction	Supervision technique limitée	Engagement personnel dans la prévention

Source : élaboré par nous-mêmes à partir de notre revue de littérature.

1.3. Les dimensions de la qualité

Selon Garvin (1987), la qualité d'un produit ou d'un service peut être analysée à travers plusieurs dimensions qui permettent de la décrire de manière plus fine que la simple conformité. Ces dimensions deviennent un outil stratégique pour comprendre ce que le client perçoit comme qualité.

1. **Conformité**

   « La conformité correspond à l'adéquation du produit ou du service aux spécifications et aux exigences formulées (normes, cahier des charges, attentes explicites du client). » – inspiré de Garvin (1987).
2. **Performance**

   « La performance renvoie à la capacité du produit ou du service à remplir sa fonction principale de manière efficace (ex : rapidité, fiabilité, précision). » – Garvin (1987).[1]

[1] ***GARVIN, David A. (1987).*** *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge, New York, Free Press*

3. **Satisfaction / qualité perçue**

   « La satisfaction du client correspond à la perception de la qualité de service, déterminée par la comparaison entre les attentes et la prestation effective. » – combiné Garvin (1987) + modèle de satisfaction client (ex : Parasuraman et al.).[1]

4. **Amélioration continue**

   « La qualité n'est plus une cible fixe, mais un processus d'amélioration continue, où l'organisation travaille à réduire les écarts, anticiper les besoins et corriger les défaillances. » – inspiré des démarches qualité (ISO 9001, TQM).[2]

Dans un contexte de clinique privée, la conformité renvoie à l'adéquation aux spécifications et aux exigences (ordre de traitement, respect des délais, exactitude des résultats). La performance correspond à la manière dont le service est effectué (qualité médicale, rapidité d'accueil, efficacité des soins). La satisfaction du patient, quant à elle, reflète la qualité perçue, résultant de la comparaison entre ses attentes et la réalité vécue lors de sa consultation. Enfin, dans une logique d'amélioration continue, la clinique s'engage à analyser régulièrement ses processus afin d'augmenter la qualité de service et de réduire les vraies non-conformités perçues par les usagers.

[1] ***GARVIN, David A. (1987).*** *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge, New York, Free Press*
[2] Meridja, *Op. cit.*, p. 37 ou p. 100

Figure 1: : Schéma représentatif de la qualité perçue du système de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins



Source : d'après Elodie Lavrat et Cléa Vanlerberghe, Services biomédicaux : maintenir ou obtenir la certification ISO 9001:2015, Université de Technologie de Compiègne, 2015.

1.4. Le management de la qualité : définition et objectifs

1.4.1. Définition du management de la qualité

Le management de la qualité constitue une démarche structurée visant à orienter et à contrôler l'ensemble des activités d'un organisme pour garantir la qualité de ses produits ou services et la satisfaction de ses clients.

- Selon la norme **ISO 9000**, le management de la qualité correspond aux « ***activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité*** ».
- **Pour Jacques Orvain :** Il définit le management par la qualité comme l'**« *ensemble de la démarche managériale qui consiste à analyser le niveau de qualité des productions, à définir une stratégie d'amélioration de la qualité, de la structurer dans l'organisation et d'en assurer l'exécution* ».**

- **B. Halais (2002) :** Cet auteur le définit comme une ***« stratégie globale par laquelle une entreprise, avec tous ses partenaires, met tout en œuvre pour satisfaire ses clients en qualité, en coût et en délai »***. Il insiste sur le fait que cette réussite repose sur la maîtrise des processus et l'implication forte de la direction et du personnel..[1]

1.4.2. Objectifs du management de la qualité

Le management de la qualité vise principalement à satisfaire les clients/patients, minimiser les coûts et maximiser la rentabilité via : respect des attentes (délais/conformité), clarification des responsabilités, motivation du personnel, réduction des coûts de non-qualité, et valorisation de l'image par certifications (ISO 9001)[2].

1.4.3. Outils de management de la qualité :

Les outils de management de la qualité sont diversifiés et s'adaptent aux objectifs organisationnels, qu'il s'agisse de planifier, contrôler, analyser les risques ou évaluer la satisfaction. Selon la littérature, ils se classent en 5 catégories principales :

- **Outils de pilotage et de structuration** : comme le cycle PDCA, la cartographie des processus et la gestion documentaire, qui servent à organiser et améliorer les processus.
- **Outils de mesure et d'évaluation** : tels que les audits, les indicateurs de performance et le modèle SERVQUAL, qui permettent de vérifier la qualité et la satisfaction.
- **Outils d'analyse et de résolution de problèmes** : comme le diagramme de Pareto, l'AMDEC et le contrôle statistique des processus, utilisés pour identifier et traiter les dysfonctionnements.
- **Méthodes d'amélioration continue** : notamment Six Sigma, Poka-Yoke et les cercles de qualité, visant à réduire les erreurs et améliorer les pratiques.
- **Outils spécifiques au milieu hospitalier** : comme la FEI, le CREX, la RMM et le patient traceur, qui contribuent à la sécurité et à l'amélioration de la prise en charge.

Enfin, des logiciels spécialisés facilitent la gestion documentaire et le suivi des événements indésirables..[3]

[1]Meridja, *Op. cit.*, p. 5, 32-33, 57 et 101
[2]Meridja, *Op. cit.*, p. 71 et p. 87.
[3] *LE BORGNE Marion, Fiche de poste : Ingénieur qualité et gestion des risques, Polyclinique du Val de Sambre, Réf : VDS-FP-012, version du 09/03/2018.*

Table 2: Principaux outils du management de la qualité

Categorie	Outils	Rôle principale
Mesure et évaluation	Audits, indicateurs, SERVQUAL	Vérifier la conformité et mesurer la performance et la satisfaction client
Analyse et résolution de problèmes	Pareto, AMDEC, SPC	Identifier les causes des problèmes et analyser les risques
Amélioration continue	Six Sigma, Poka-yoke, cercles de qualité	Réduire les erreurs et améliorer les processus
Milieu hospitalier	FEI, CREX/RMM, patient traceur, logiciels.	Améliorer la sécurité des soins et la gestion des incidents

Source : élaboré par nous-mêmes à partir de notre revue de littérature.

1.4.4. **Transition vers le système de management de la qualité (SMQ) :**

Le management de la qualité ne peut rester une simple intention ; il doit se matérialiser par un **Système de Management de la Qualité (SMQ)**. Le SMQ est défini comme l'ensemble des **éléments corrélés ou interactifs** (politiques, objectifs, processus) permettant de piloter l'organisme vers ses buts qualité. La certification ISO 9001 est souvent considérée comme la première étape structurante d'un SMQ, servant de **véritable passerelle** vers le Management de la Qualité Totale (TQM). Elle permet de passer d'un engagement informel à une organisation rigoureuse fondée sur la maîtrise des processus et l'amélioration continue.[1]

Ainsi, le management de la qualité apparaît comme une démarche essentielle permettant aux organisations de structurer leurs activités, d'améliorer leurs performances et de répondre efficacement aux attentes des clients. À travers ses principes fondamentaux, il instaure une logique d'organisation basée sur la maîtrise des processus, l'implication du personnel et l'amélioration continue. L'évolution du concept de qualité montre un passage progressif d'une approche centrée sur le contrôle à une approche globale et préventive, intégrée à la stratégie de l'organisation. Cette transformation met en évidence l'importance d'une gestion proactive visant à anticiper les risques et à optimiser les résultats. Dans le secteur de la santé,

[1]Meridja, Op. cit., p. 57, p. 101 et p. 204.

et particulièrement au sein des cliniques privées, ces fondements prennent une dimension encore plus importante, car ils contribuent directement à garantir la qualité des soins, la sécurité des patients et la satisfaction des usagers. Le management de la qualité constitue ainsi une base indispensable pour la mise en place d'un système de management efficace et durable, capable de répondre aux exigences croissantes de l'environnement sanitaire.

2. Section 02 : La norme ISO 9001 et le système de management de la qualité

Le passage d'une démarche qualité empirique à une gestion structurée et normalisée constitue un tournant décisif pour toute organisation cherchant à pérenniser sa performance. À ce titre, la norme ISO 9001, dans sa version 2015, s'impose comme le référentiel international de référence pour le déploiement d'un Système de Management de la Qualité (SMQ). Plus qu'un simple outil de certification, ce système représente une architecture organisationnelle visant à harmoniser les processus, à maîtriser les risques et à garantir une amélioration continue de la satisfaction des parties intéressées.

2.1. Présentation de la norme ISO 9001

2.1.1. Définition de la norme ISO 9001

D'après l'Organisation internationale de normalisation (ISO, 2024),

la norme ISO 9001 constitue une référence internationale qui fixe les exigences d'un système de management de la qualité (SMQ), afin d'aider les organisations à fournir des produits et services conformes aux attentes des clients, aux exigences légales et réglementaires, et à améliorer continuellement leur performance. En outre, l'ISO atteste qu'un organisme a mis en œuvre un système de management de la qualité rigoureux et conforme aux standards mondiaux.[1]

2.1.2. Organisme de normalisation (ISO)

L'**Organisation internationale de normalisation (ISO)** est un organisme mondial de premier plan dont le siège social est situé à **Genève, en Suisse**. Fondée en **1947**, elle regroupe aujourd'hui **160 pays membres** et bénéficie d'un rayonnement international considérable dans le domaine de la gestion et de la technique.

Voici les points essentiels concernant son rôle et son fonctionnement :

- **Mission et élaboration des normes :** L'ISO a pour mission principale d'élaborer des normes internationales qui définissent les meilleures pratiques et des terminologies claires pour favoriser l'innovation et l'excellence. Le développement de la série de

[1] *IUC, Op. cit.*

normes sur la gestion de la qualité (ISO 9000) est confié à un organe spécifique : le **comité technique ISO/TC 176**.

- **Processus consensuel :** Les normes sont le fruit du travail de **groupes de volontaires** et sont soumises à un vote en assemblée générale par les pays membres pour être homologuées.
- **Nature des normes :** Contrairement à une idée reçue, une norme ISO n'est pas une loi. Il s'agit d'une spécification technique dont l'**observation n'est pas obligatoire**. Elle s'impose aux organisations par sa pertinence, sa nécessité stratégique ou par les pressions commerciales du marché.
- **Cycle de révision :** Pour garantir que les référentiels restent adaptés aux évolutions technologiques et managériales, les protocoles de l'ISO imposent une **révision tous les cinq ans** au minimum afin de décider si une norme doit être confirmée, révisée ou retirée.
- **Impact organisationnel :** En définissant des standards universels, l'ISO sert de catalyseur pour le changement au sein des entreprises, leur permettant de démontrer leur aptitude à fournir régulièrement des produits ou services conformes aux exigences des clients.[1]

Dans le secteur de la santé, l'application des normes issues de cet organisme, notamment l'ISO 9001, permet de structurer des démarches de qualité rigoureuses centrées sur la sécurité et la satisfaction du patient.[2]

2.1.3. Les objectifs de la norme ISO 9001

Selon les sources, l'**objectif principal de la norme ISO 9001** est de **satisfaire aux exigences des clients** et de s'efforcer d'aller au-devant de leurs attentes.

Ses principaux objectifs sont les suivants :

- **Assurer la conformité des produits et services** aux exigences des clients ainsi qu'aux obligations légales et réglementaires applicables.

[1] *Meridja, Op. cit., p. 54-58.*
[2] *DNV, Op. cit., p. 2.*

- **Améliorer la satisfaction des clients et des parties prenantes** grâce à une meilleure prise en compte de leurs besoins et à la réduction des dysfonctionnements et réclamations.
- **Optimiser les processus internes et la performance organisationnelle** en structurant les activités, en limitant les erreurs et en favorisant une utilisation efficace des ressources.
- **Promouvoir l'amélioration continue** à travers l'application du cycle PDCA et la mise en œuvre d'actions correctives et préventives.
- **Renforcer la crédibilité et la compétitivité de l'organisation** en valorisant son image de qualité et de fiabilité auprès des partenaires et du marché.[1]

2.1.4. L'évolution de la norme ISO 9001 :

L'évolution de la norme **ISO 9001** reflète la transformation globale du concept de qualité, passant d'une simple conformité procédurale à une stratégie de management centrée sur les risques et la satisfaction client.

Voici les étapes clés de cette évolution historique :

Les origines et la naissance (1987)

L'Organisation internationale de normalisation (ISO), a lancé la famille de normes ISO 9000 en 1987. Cette première version s'est inspirée de normes militaires et de la norme britannique BS 5750, et était principalement destinée aux industries de fabrication. À cette étape, la norme mettait surtout l'accent sur une documentation rigoureuse et le respect de procédures strictement formalisées

La révision de 1994 : l'action préventive

Cette révision a conservé la structure de la version de 1987, tout en introduisant explicitement le concept d'action préventive. L'objectif était de passer d'une logique uniquement réactive à une approche plus prospective, visant à anticiper les défauts plutôt qu'à se contenter de les constater après coup. Cependant, le système demeurait très administratif et fortement axé sur une documentation abondante et complexe.

Le tournant majeur de 2000 : l'approche processus

[1] *Meridja, Op. cit., p. 61-71 et p. 79-80 ; Mohamed, Op. cit., p. 15-16 ; DNV, Op. cit., p. 2 ; IUC, Op. cit.*

La version 2000 marque une véritable rupture en transformant ISO 9001 en un véritable outil de management stratégique. Elle introduit deux concepts fondamentaux qui restent au cœur de la norme aujourd'hui :

l'approche processus, qui considère l'organisation non plus comme une juxtaposition de départements, mais comme un ensemble d'activités interconnectées, chacune contribuant à la création de valeur pour le client

le cycle PDCA (Plan–Do–Check–Act), inspiré de la « roue de Deming », qui structure la démarche d'amélioration continue et permet de piloter de manière systématique l'atteinte des objectifs qualité.

La version 2008 : la clarification

La révision de 2008 constitue une mise à jour de précision plutôt qu'une mutation profonde. Son objectif est de clarifier certaines exigences de la version 2000, de corriger des ambiguïtés et d'améliorer la compatibilité de la norme avec d'autres systèmes de management, notamment la norme ISO 14001 relative à la gestion de l'environnement[1].

La version 2015 : l'approche par les risques

La version actuelle, ISO 9001:2015, adapte le management de la qualité aux réalités d'un marché mondialisé, de plus en plus complexe et concurrentiel. Ses principales innovations sont :

la gestion des risques et des opportunités, qui impose à l'organisation d'identifier les risques pouvant affecter la conformité de ses produits, services ou processus, et d'y répondre de façon anticipée.

le contexte de l'organisation, qui oblige à analyser les enjeux internes et externes ainsi que les besoins et attentes des parties intéressées (clients, personnel, actionnaires, fournisseurs, autorités, etc.).**un leadership renforcé,** où l'engagement et l'implication de la haute direction deviennent essentiels et non plus déléguables uniquement à un responsable qualité **une**

[1] *Meridja, Op. cit., p. 34-35 et p. 57-58.*

structure de haut niveau (High Level Structure, HLS), composée de 10 chapitres, qui facilite l'intégration d'ISO 9001 à d'autres systèmes de management (qualité, environnement, sécurité, etc.) au sein de l'organisation.[1]

Table 3: Les grandes étapes de la norme ISO 9001

Édition de la norme ISO 9001	Principales caractéristiques
1re édition – 1987	Assurance de la qualité.
2e édition – 1994	Trois normes : • **ISO 9001** : Exigences pour la conception, le développement, la production, l'installation et le soutien après-vente. • **ISO 9002** : Exigences pour la production, l'installation et le soutien après-vente. • **ISO 9003** : Exigences pour le contrôle final et les essais.
3e édition – 2000	Une seule norme d'exigences : • Approche processus. • Huit principes de management de la qualité.
4e édition – 2008	• Regroupement des termes et définitions dans ISO 9000. • Modifications de terminologie.
5e édition – 2015	Révision technique et introduction de nouveaux concepts.

Source : *CLAUDE, Pinet,* Découverte de la qualité*, Édition AFNOR, Paris, 2017, p. 8.*

2.2. Le Système de Management de la Qualité (SMQ)

Le Système de Management de la Qualité (SMQ) constitue le levier opérationnel qui permet de traduire la vision stratégique d'un organisme en actions concrètes et structurées. Selon la norme ISO 9000, il est défini comme un « système de management permettant de diriger et

[1] *QualiREG, Op. cit., p. 4-15.*

de maîtriser les activités d'un organisme en matière de qualité ». Il ne s'agit pas d'une structure figée ou isolée, mais d'une architecture vivante, composée d'éléments corrélés – tels que les politiques, les objectifs, les procédures et les processus – mobilisés pour atteindre des résultats qualité spécifiques.

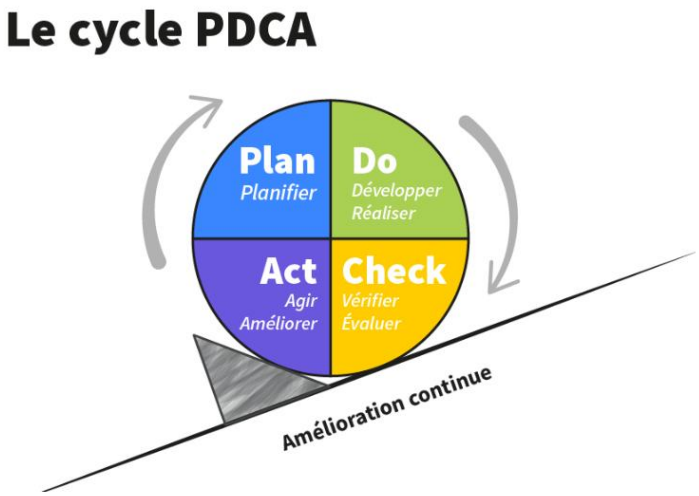
2.2.1. Missions et finalités stratégiques du SMQ

Le système de management de la qualité (SMQ) a pour objectif principal d'assurer la qualité des prestations et d'améliorer la satisfaction des bénéficiaires. Pour cela, il permet de définir des objectifs qualité cohérents avec la stratégie de l'organisation, de mobiliser les ressources nécessaires et de maîtriser les processus afin de créer de la valeur pour l'ensemble des parties prenantes.[1]

1) **Structure opérationnelle et pilotage**

L'efficacité d'un SMQ repose principalement sur l'approche processus, qui consiste à considérer les activités de l'organisation comme un ensemble de tâches interconnectées, transformant des entrées (informations, ressources, demandes) en résultats à forte valeur ajoutée. Ce pilotage s'appuie sur le cycle PDCA (Plan–Do–Check–Act), méthode scientifique d'amélioration continue :

Figure 2: le cycle PDCA



Source : *Mainsim, consulté le 09/05/2026 à 15h56.*

[1]Meridja, Op. cit., p. 57-58 et p. 62.

- ❖ Planifier **(Plan)** : définir les objectifs qualité, identifier les risques potentiels et mobiliser les ressources nécessaires.
- ❖ Mettre en œuvre **(Do)** : déployer les activités concrètes, notamment le « cœur de métier » (ex : les soins, la prise en charge au bloc opératoire, l'accueil, etc.).
- ❖ Vérifier (**Check**) : évaluer les performances à travers des audits internes, l'analyse d'indicateurs de qualité et la mesure de la satisfaction.
- ❖ Agir **(Act)** : corriger les causes profondes des dysfonctionnements et améliorer continuellement la pertinence et l'efficacité du SMQ.[1]

2.2.2. **Spécificités du SMQ dans le domaine de la santé**

Dans le secteur de la santé, notamment en clinique privée, le déploiement d'un SMQ structuré selon ISO 9001 constitue une approche privilégiée pour offrir des services de soins centrés sur le patient. Il s'articule autour de trois axes de performance :

- ✓ Fiabilité et sécurité des soins : en standardisant les actes médicaux et techniques (du diagnostic à l'administration des traitements), le SMQ réduit les risques d'erreurs et garantit une équité des soins pour chaque patient.
- ✓ Traçabilité intégrale : le système assure un suivi rigoureux et complet de l'information médicale, ce qui est crucial pour la sécurité sanitaire, la continuité des traitements et la gestion des dossiers.
- ✓ Coordination multidisciplinaire : ISO 9001 aide à structurer les interfaces entre les spécialités médicales, techniques et administratives, afin de garantir un parcours de soins fluide, sans rupture ni pertes d'information.

Ainsi, le SMQ traduit l'engagement théorique de la direction en une réalité opérationnelle concrète. Il fonctionne comme une véritable passerelle entre la politique qualité et la pratique quotidienne, contribuant à la mise en place d'une qualité totale et d'une excellence organisationnelle qui soutiennent la pérennité et la performance globale de l'établissement de santé.

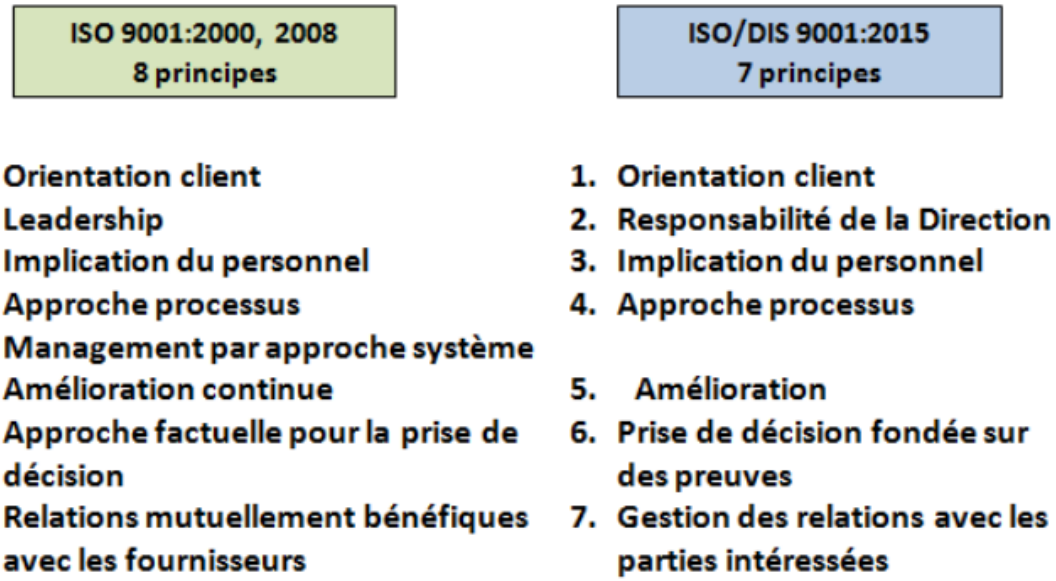
2.3. Principes de la norme ISO 9001

Le management de la qualité, tel qu'il est défini par la norme **ISO 9001:2015**, repose sur **sept principes fondamentaux** qui constituent un cadre stratégique pour orienter les orga-

[1]Meridja, *Op. cit.*, p. 65-66 et p. 79-81 ; Mohamed, *Op. cit.*, p. 16-18

nisations vers l'excellence opérationnelle et la performance durable. Contrairement à la version 2008 qui en comptait huit, la version actuelle a synthétisé ces piliers pour mieux répondre aux enjeux contemporains.[1]

Figure 3: Evolutions des principes de management qualité entre les versions 2008 et 2015 de la norme ISO 9001



2.3.1. **Orientation client :**

Le principal objectif du management de la qualité est de satisfaire aux exigences des clients et de s'efforcer d'aller au-devant de leurs attentes. La performance durable est atteinte lorsqu'un organisme obtient et conserve la confiance de ses clients et des autres parties intéressées. Dans le secteur de la santé, ce principe se traduit par le suivi des commentaires et des questionnaires de satisfaction des patients, ainsi que par l'analyse des plaintes.

2.3.2. **Leadership** :

À tous les niveaux, les dirigeants établissent la finalité et les orientations et créent des conditions dans lesquelles le personnel est impliqué pour atteindre les objectifs qualité de l'organisme. La haute direction doit assumer la responsabilité finale de l'efficacité et de l'amélioration du système.

[1] *ISO, ISO 9001:2015*

2.3.3. **Implication du personnel :**

Un personnel **compétent, habilité et impliqué** à tous les niveaux est essentiel pour accroître la capacité de l'organisme à créer et fournir de la valeur. Il est recommandé que chaque collaborateur accepte ses responsabilités pour résoudre les problèmes et contribue activement à la réalisation des objectifs.

2.3.4. **Approche processus :**

Dans le cadre de l'approche processus, les processus sont généralement regroupés en trois familles : les processus de management, les processus de réalisation et les processus de support.1

- **Processus de management**

Ce sont les processus qui définissent la stratégie, la politique qualité, les objectifs et qui pilotent l'organisation.

Exemples : élaboration de la politique qualité, revue de direction, planification du système de management, mesures de performance globale.

- **Processus de réalisation**

Ce sont les processus directement liés au cœur de métier et qui produisent le produit ou le service du client.

Exemples : conception, production, prestations de soins, livraison, maintenance, facturation, etc.

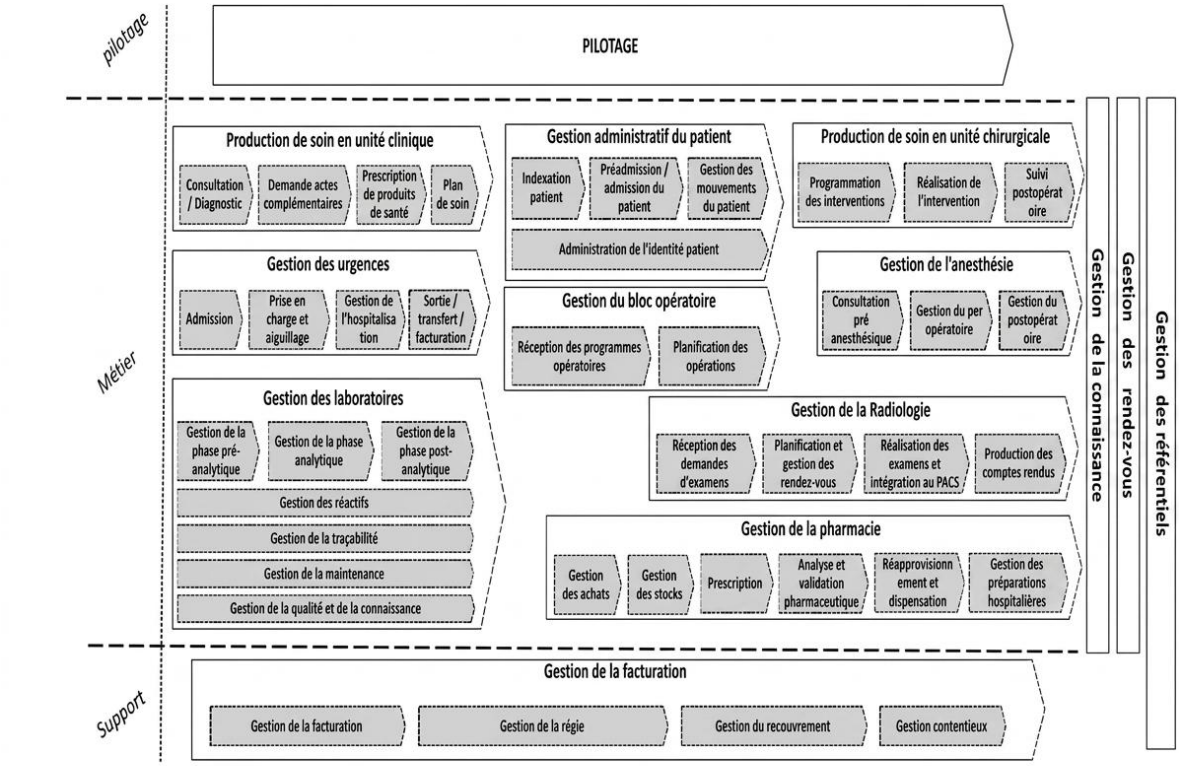
- **Processus de support (ou de soutien)**

Ce sont les processus qui appuient les autres processus en fournissant les ressources nécessaires (humaines, matérielles, informationnelles).

Exemples : gestion des ressources humaines, maintenance, gestion documentaire, informatique, communication interne, formation.

[1] *ROUSSEL Patrice, « Concepts clés en démarche d'amélioration de la qualité des soins », La Prévention Médicale, fiche méthode 300, mise à jour 25/09/2020*

Figure 4: Cartographie des processus métiers d'un établissement de santé



Source : Jabbar S. et al., « Optimisation de la cartographie des processus du système d'information de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V », Santé Publique, vol. 29, n°3, 2017, p. 374.

2.3.5. Amélioration :

Le succès d'un organisme repose sur une **volonté constante d'amélioration**. Une fois le système créé, il doit être sans cesse perfectionné en utilisant la politique qualité, les résultats d'audits, les actions correctives et la revue de direction. Ce principe est souvent associé au concept de **KAIZEN** ou méthode des petits pas.

2.3.6. **Prise de décision fondée sur des preuves :**

Les décisions fondées sur l'analyse et l'évaluation de données et d'informations sont plus susceptibles de produire les résultats escomptés. Dans un établissement de santé, cela implique l'utilisation des résultats d'audits, des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et des indicateurs de performance.

2.3.7. **Management des relations avec les parties intéressées**

Pour obtenir des performances durables, les organismes gèrent leurs relations avec les **parties intéressées pertinentes**, telles que les fournisseurs et les partenaires. Ce principe considère que la qualité de la prestation des fournisseurs a un impact direct sur la qualité finale de l'organisme ; il convient donc d'établir des relations basées sur la confiance et le partage d'expertise [1]

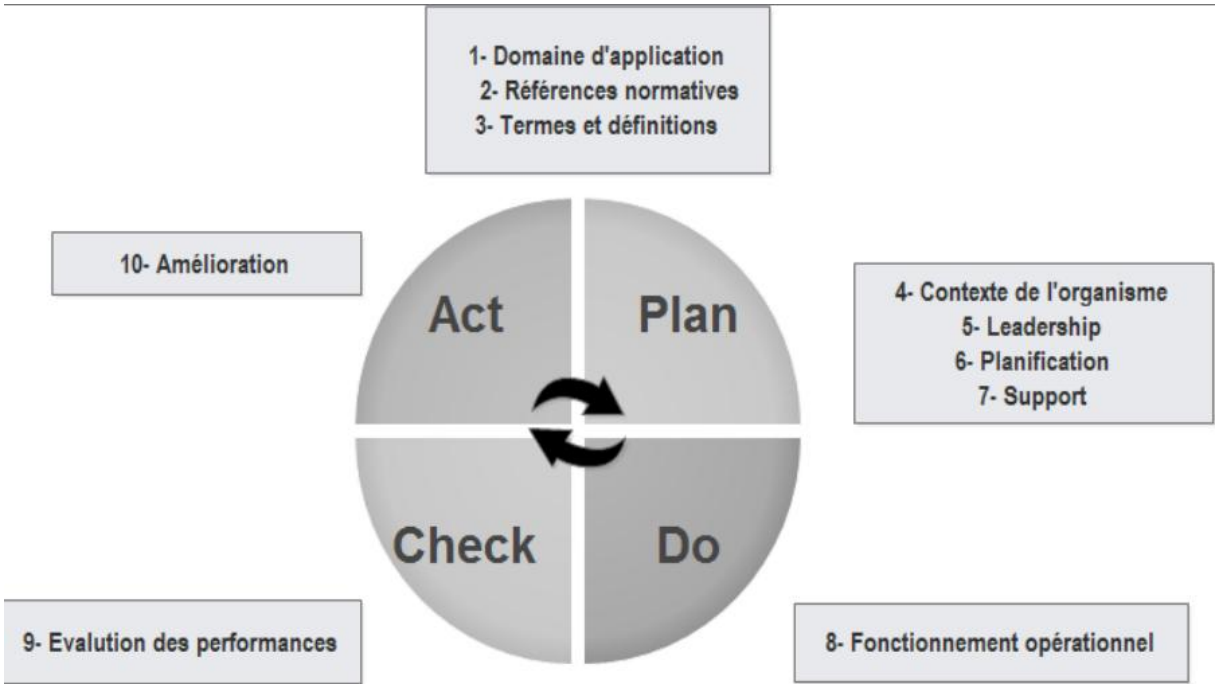
2.4. Les exigences de la norme ISO 9001

La norme ISO 9001 version 2015 structure ses exigences selon une architecture composée de dix chapitres, fondée sur le cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act). Ces exigences sont dites génériques, car elles sont applicables à tout type d'organisation, indépendamment de sa taille ou de son secteur d'activité.

Cette structure se divise en deux grandes catégories : d'une part, les chapitres non opérationnels (chapitres 1 à 3), qui présentent le cadre général de la norme, notamment son domaine d'application, les références normatives ainsi que les termes et définitions ; d'autre part, les chapitres opérationnels (chapitres 4 à 10), qui définissent les exigences relatives à la mise en œuvre du système de management de la qualité.

[1] *ISO (2015). Systèmes de management de la qualité — Principes essentiels et vocabulaire (norme ISO 9000:2015). Genève : Organisation internationale de normalisation.*

Figure 5: La structure universelle (HLS) des normes de management



***Source** : BAZINET, (M) et NISSAN, (D) : l'ISO 9001 en marche, Edition AFNOR, 2014, p.18.*

Les exigences fondamentales sont réparties selon les différents chapitres opérationnels comme suit :

2.4.1. **Contexte de l'organisation (Chapitre 4)**

Le chapitre 4 de la norme ISO 9001:2015 constitue une étape fondamentale, car il invite l'organisation à analyser son environnement avant de mettre en place son système de management de la qualité. L'organisation doit identifier les facteurs internes (ressources, compétences, culture) et externes (économie, technologie, réglementation) susceptibles d'influencer son fonctionnement et sa performance.

Elle doit également déterminer les besoins et attentes des parties intéressées, telles que les clients, les employés ou les autorités, car ceux-ci influencent directement la qualité des services et produits. Sur cette base, l'organisation définit le périmètre du SMQ afin de préciser les activités concernées et de structurer le système de manière cohérente.

Enfin, la norme met l'accent sur l'approche processus, qui consiste à identifier et maîtriser les processus ainsi que leurs interactions. Dans le secteur de la santé, notamment dans les cliniques privées, le contexte de l'organisation intègre des enjeux spécifiques de sécurité des patients, de confidentialité des données médicales, de conformité aux normes sanitaires et à la réglementation locale. Les parties intéressées comprennent, en plus des autorités sanitaires et des organismes d'assurance, les patients, leurs familles et les professionnels de santé. L'identification claire de ce contexte et de ces acteurs est donc essentielle pour garantir une qualité de service centrée sur le patient, tout en assurant la conformité et la performance de la clinique.[1]

2.4.2. **Leadership (Chapitre 5)**

Le chapitre 5 de la norme ISO 9001 version 2015 met en évidence le rôle essentiel de la haute direction dans la mise en œuvre et l'efficacité du système de management de la qualité (SMQ). La direction doit démontrer son engagement en assumant pleinement la responsabilité du bon fonctionnement du SMQ, en veillant à son application, à son suivi et à son amélioration continue. Elle doit également établir une politique qualité cohérente avec l'orientation stratégique de l'organisation, servant de cadre de référence pour orienter les actions et fixer les objectifs qualité. Par ailleurs, il lui incombe de définir et de communiquer clairement les responsabilités et les autorités au sein de l'organisation, afin d'assurer une bonne coordination des activités.

Dans le secteur de la santé, ce leadership revêt une importance particulière, puisqu'il contribue directement à garantir la qualité des soins et la sécurité des patients, en favorisant l'implication du personnel et le respect des exigences réglementaires.Dans le secteur spécifique de la santé, ce leadership est vital car il transforme la stratégie en **soins centrés sur le patient**. En mobilisant les ressources nécessaires et en veillant au respect des **exigences réglementaires**, la direction assure non seulement la sécurité des soins mais aussi l'implication indispensable de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales dans une dynamique de progrès permanent.[2]

[1]**QualiREG**, *Système de Management de la Qualité : La nouvelle norme ISO 9001 version 2015*, p. 11
[2]**Meridja, A.**, **Op. cit.**, p. 63 ; **QualiREG**, **Op. cit.**, p. 11.

2.4.3. **Planification (Chapitre 6)**

Ce chapitre représente une phase stratégique puisqu'il détermine les actions nécessaires pour assurer l'atteinte des résultats attendus du système de management de la qualité (SMQ). Cette étape repose principalement sur une approche basée sur les risques, où l'organisation doit identifier les risques et opportunités liés à son contexte ainsi qu'aux attentes des parties intéressées. Cette logique d'anticipation permet de prévenir les dysfonctionnements avant leur apparition. Par ailleurs, l'organisation doit définir des objectifs qualité mesurables, alignés sur la politique qualité, suivis de manière régulière, communiqués à l'ensemble du personnel et ajustés selon l'évolution de ses activités.[1]

Dans le secteur de la santé, cette phase de planification revêt une importance particulière, car elle constitue un élément clé pour garantir la sécurité des soins et la fiabilité des services. L'identification préalable des risques, tels que les défaillances des équipements médicaux ou les erreurs de diagnostic, permet aux établissements de mieux maîtriser leurs processus et d'assurer la continuité des soins. Cette démarche contribue à renforcer la capacité de l'organisation à prévenir les incidents et à s'adapter efficacement aux imprévus. En traduisant ses orientations stratégiques en objectifs concrets, comme la réduction des infections nosocomiales ou l'amélioration des délais de prise en charge, l'établissement favorise une dynamique d'amélioration continue centrée sur la qualité et la sécurité du patient.[2]

2.4.4. **Support (Chapitre 7)**

Ce chapitre concerne les ressources nécessaires au bon fonctionnement du Système de Management de la Qualité (SMQ). Il stipule que l'organisation doit mettre à disposition les moyens humains, matériels et organisationnels indispensables pour assurer l'efficacité de ses processus.

Parmi les exigences principales, la **compétence** du personnel est essentielle : l'organisation doit s'assurer que les employés disposent des qualifications et des compétences adaptées aux tâches qui leur sont confiées. La **sensibilisation** constitue également un point clé, car le personnel doit connaître la politique qualité ainsi que son rôle dans l'atteinte des objectifs du

[1] *Blog Gestion de projet, « Guide mise en place SMQ efficace : 7 étapes clés à suivre »*
[2] *DNV, « ISO 9001 pour le secteur de la Santé », s.d.*

SMQ[1]. Enfin, la norme insiste sur la gestion des **informations documentées**, qui doivent être créées, mises à jour et maîtrisées afin de garantir la traçabilité et la fiabilité des informations (procédures, enregistrements, documents qualité).

Dans le secteur de la santé, ces exigences prennent une dimension encore plus critique. Les ressources humaines qualifiées sont indispensables pour garantir la qualité et la sécurité des soins, notamment à travers des médecins, infirmiers et techniciens formés et régulièrement actualisés sur les bonnes pratiques. La sensibilisation du personnel contribue à renforcer la culture de la sécurité des patients et à réduire les risques d'erreurs médicales. Quant à la gestion documentaire, elle permet d'assurer le suivi des dossiers patients, la traçabilité des actes médicaux et le respect des protocoles cliniques.[2]

2.4.5. **Réalisation des activités opérationnelles (Chapitre 8)**

Ce chapitre constitue le cœur métier de l'organisme. Dans le cycle **PDCA** (Plan-Do-Check-Act), ce chapitre correspond à la phase **« DO »** (Faire),il s'agit de mettre en œuvre concrètement ce qui a été planifié pour fournir le service au patients[3].

Voici les sept exigences clés qui structurent ce chapitre opérationnel :

1. Planification et maîtrise opérationnelles (8.1)

L'organisation doit planifier les processus nécessaires à la réalisation des prestations. Cela implique de définir les critères pour les processus et l'acceptation des services, ainsi que de déterminer les ressources nécessaires pour obtenir la conformité.

2. Exigences relatives aux produits et services (8.2)

Cette étape consiste à déterminer et à revoir les besoins des clients (ou patients). Il faut s'assurer que l'organisme a la capacité de répondre aux exigences spécifiées, qu'elles soient explicites, implicites ou réglementaires.

3. Conception et développement (8.3)

L'organisme doit établir un processus de conception pour assurer que les services futurs répondent aux attentes. En santé, cela peut concerner l'élaboration de nouveaux protocoles cliniques ou de nouveaux parcours de soins.[4]

---

[1] *Letenneur, B., Le management par la qualité du directeur des soins : Et pourquoi pas le lean, Mémoire EHESP, 2017, p. 12*

[2] *CHRU de Nancy, « 2022 l'année des certifs », 2022 ; voir aussi Meridja, A., Les pratiques de management par la qualité totale, Thèse de doctorat, 2021, p. 28*

[3] *QualiREG, Op. cit., p. 30 ; A. Nikiema, Op. cit., p. 28.*

[4] *Benoît Letenneur, Le management par la qualité du directeur des soins : Et pourquoi pas le lean, Mémoire EHESP, 2017, p. 22.*

4. Maîtrise des prestataires externes (8.4)

L'organisation doit s'assurer que les processus, produits ou services fournis par des tiers (fournisseurs de dispositifs médicaux, sous-traitants logistiques, etc.) sont conformes aux exigences afin de ne pas altérer la qualité finale.

5. Production et prestation de service (8.5)

C'est la phase de réalisation proprement dite. Elle doit se faire dans des **conditions maîtrisées**, incluant :

- La disponibilité d'informations documentées (protocoles de soins).
- L'utilisation d'équipements adaptés et d'appareils de mesure fiables.
- La mise en œuvre d'activités de libération et de livraison.

6. Libération des produits et services (8.6)

Le service ne doit être délivré au bénéficiaire qu'après vérification de sa conformité aux dispositions planifiées. En milieu hospitalier, cela correspond par exemple à la validation de la sortie d'un patient après vérification de son état de santé.

7. Maîtrise des éléments de sortie non conformes (8.7)

L'organisme doit identifier et maîtriser les sorties qui ne satisfont pas aux exigences pour empêcher leur usage non intentionnel. Cela nécessite une réaction immédiate (correction, information du client, etc.) pour garantir la sécurité.[1]

2.4.6. **Évaluation des performances (Chapitre 9)**

Ce chapitre correspond à la phase **« CHECK »** (Vérifier) du cycle PDCA. Cette étape est cruciale car elle permet à l'organisme de mesurer l'efficacité de son Système de Management de la Qualité (SMQ) et de s'assurer que les objectifs fixés sont en passe d'être atteints. Cette évaluation repose sur trois piliers complémentaires :

- **La mesure de la satisfaction client (9.1)**

L'organisme doit surveiller la perception des clients (ou des patients) sur le degré de satisfaction de leurs besoins et attentes.

[1] *ISO 9001:2015, Op. cit.*

- **Enjeux :** Le client est le juge final de la réussite d'une organisation ; sa satisfaction est l'indicateur ultime de la performance.
- **Outils en santé :** Dans le secteur hospitalier, cela se traduit par l'analyse des questionnaires de satisfaction, le suivi des plaintes et l'utilisation d'Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) validés et fiables.[1]

L'audit interne (9.2)

L'organisme est tenu de réaliser des audits internes à intervalles réguliers pour vérifier si le SMQ est conforme aux exigences de la norme et s'il est mis en œuvre de manière efficace.

- **Finalité :** L'audit fournit une « image » objective du fonctionnement à un instant donné, permettant d'identifier les écarts par rapport aux procédures établies.
- **Méthode :** Il s'appuie sur des faits et des preuves concrètes, évaluant par exemple la conformité des protocoles de soins ou la maîtrise des risques.[2]

La revue de direction (9.3)

La haute direction doit, chaque année, passer en revue le SMQ afin de s'assurer qu'il est toujours approprié, adapté et efficace.

- **Analyse stratégique :** Lors de cette instance, la direction examine les résultats des audits, les retours des patients, la performance des processus et le niveau d'atteinte des objectifs qualité.
- **Prise de décision :** Cette revue permet de décider des ajustements nécessaires, d'allouer de nouvelles ressources et de fixer les orientations pour l'exercice suivant afin d'alimenter la dynamique de progrès permanent.[3]

2.4.7. Amélioration (Chapitre 10)

Ce chapitre constitue la phase finale **« ACT »** (Agir) du cycle PDCA. Sa mission fondamentale est de boucler la boucle de la qualité en garantissant que l'organisme ne se contente pas de maintenir son niveau de performance, mais qu'il réagit activement pour accroître sa pertinence et son efficacité de manière durable.

1. Réaction aux non-conformités et actions correctives

[1] **QualiREG**, **Op. cit.**, p. 31 ; **ISO 9001:2015** (cité dans Wikipédia, section « Évaluation de la performance »)
[2] **QualiREG**, **Op. cit.**, p. 31 ; **Meridja, A.**, **Op. cit.**, p. 216.
[3] **Meridja, A.**, **Op. cit.**, p. 256 ; **Letenneur, B.**, **Op. cit.**, p. 11.

Lorsqu'un dysfonctionnement ou une **non-conformité** est détecté, l'organisme a l'obligation d'agir. Cette exigence dépasse la simple correction immédiate de l'erreur. Elle impose une démarche structurée :

- **Analyse des causes :** Il faut identifier la source profonde du problème pour comprendre pourquoi il est survenu.
- **Mise en œuvre d'actions correctives :** L'objectif est d'éliminer définitivement la cause du défaut afin d'éviter qu'il ne se reproduise ailleurs ou ultérieurement.[1]
- **Suivi de l'efficacité :** L'organisme doit étudier les résultats de ces actions pour vérifier si le changement a produit les effets positifs escomptés.

2. La dynamique d'amélioration continue

Le succès d'un organisme repose sur une volonté constante de progrès, souvent formalisée par la philosophie japonaise du **Kaizen** (ou méthode des petits pas). Cette recherche de la perfection n'est pas statique et s'appuie sur plusieurs leviers internes :

- Les résultats des **audits** et l'analyse des mesures des processus.
- La **revue de direction** qui permet d'ajuster la stratégie globale.
- Le retour d'information des clients pour anticiper leurs besoins évolutifs.[2]

Importance stratégique dans le secteur de la santé

En milieu hospitalier, le chapitre 10 est le moteur de la **sécurité des soins** et de la **résilience organisationnelle**. Dans ce contexte, chaque événement indésirable ou erreur médicale est perçu comme une **opportunité d'apprentissage** plutôt que comme une simple faute. En analysant les causes d'un incident, l'établissement peut standardiser de nouvelles pratiques plus sûres, permettant ainsi d'atteindre un niveau de qualité supérieur. Cette culture de l'amélioration continue protège le patient en transformant l'organisation en une structure apprenante capable d'anticiper et de rebondir face aux risques.[3]

2.5. Apports de la norme ISO 9001 et du SMQ

La mise en place d'un système de management de la qualité basé sur la norme ISO 9001 apporte plusieurs avantages aux établissements de santé.

[1] **A. Meridja**, **Op. cit.**, p. 195.
[2] **Ibid,** p. 256.
[3] *ISO, ISO 9001:2015, Chapitres 4 à 10.*

- **Amélioration de la satisfaction des patients** grâce à une meilleure prise en charge et à l'écoute des besoins et réclamations.[1]
- **Renforcement de la sécurité et de la fiabilité des soins** par la standardisation des processus, la maîtrise des risques et la traçabilité des activités.[2]
- **Optimisation de la performance organisationnelle** à travers une meilleure coordination des services, la réduction des erreurs et une prise de décision fondée sur des indicateurs.[3]

Dans les cliniques privées, cette démarche favorise une transformation des pratiques en instaurant une gestion plus rigoureuse et basée sur des données concrètes. Elle met l'accent sur la prévention des risques, le développement des compétences et l'implication du personnel. Ainsi, le système de management de la qualité devient un outil stratégique essentiel, permettant aux établissements de santé de faire face aux exigences actuelles tout en assurant une amélioration continue et durable de la qualité des soins

[1]Mohamed, *Op. cit.*, p. 15-16 et 33-35
[2] DNV, Op. cit., p. 2.
[3]Mohamed, *Op. cit.*, p. 15-18 ;

3. Section 03 : Démarche qualité et certification

La maîtrise des fondements théoriques de la qualité et des exigences de la norme ISO 9001 ne suffit pas ; encore faut-il comprendre comment ces principes se traduisent concrètement en actions. Cette section présente les étapes de la démarche qualité, le processus de certification ISO 9001 ainsi que la distinction entre certification et accréditation, en les replaçant dans le contexte spécifique des établissements de santé algériens.

3.1. Étapes de la démarche qualité :

La mise en œuvre d'un Système de Management de la Qualité (SMQ) est un processus qui nécessite une rigueur méthodique. Si la littérature spécialisée identifie généralement sept étapes clés pour réussir cette implantation, nous proposons, dans le cadre de ce travail, d'analyser ces étapes à travers le prisme du cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act)[1]. Cette relecture personnelle permet de mettre en lumière la nature cyclique et itérative de la qualité, où chaque étape n'est pas une fin en soi, mais un maillon indispensable de la roue de Deming.

Dans cette approche, nous classons les sept étapes identifiées selon les quatre quadrants fondamentaux du management de la qualité[2]

3.1.1. **Phase PLAN : Préparation et planification stratégique**

Étape 1 – Le diagnostic (état des lieux) : Cette phase consiste en une analyse exhaustive de l'existant. En comparant les pratiques cliniques et administratives actuelles aux exigences du référentiel ISO 9001, l'organisation identifie ses écarts (le gap analysis), permettant de définir un périmètre d'action précis.[3]

Étape 2 – L'élaboration du plan d'actions : À partir des écarts identifiés, un plan de remédiation est formalisé. Ce document hiérarchise les priorités en fonction de leur impact sur la sécurité des soins, tout en définissant un calendrier de déploiement réaliste.[4]

---

[1] *Letenneur, B. (2017). Le management par la qualité du directeur des soins : Et pourquoi pas le lean (Mémoire). École des HautesÉtudesen Santé Publique (EHESP).*

[2] *Blog Gestion de projet. (s.d.). Guide mise en place SMQ efficace : 7 étapes clés à suivre.*

[3] *Ibid.*

[4] **Ibid.**

Étape 3 – La planification des ressources : La stratégie qualité ne peut être effective sans le dimensionnement des moyens. Cette étape traduit la politique qualité en objectifs opérationnels mesurables (KPI) et alloue les ressources nécessaires (humaines, technologiques et budgétaires).[1]

- **Exemple :** L'établissement définit des **objectifs qualité mesurables**, comme « atteindre un taux de satisfaction des patients de 95 % sur l'accueil » ou « réduire de 15 % les délais d'attente aux urgences ». On identifie les ressources nécessaires, comme l'achat d'une solution numérique pour collecter les questionnaires de satisfaction (PREMs).

3.1.2. Phase DO : Déploiement opérationnel

Étape 4 – La réalisation des activités : C'est la mise en mouvement du SMQ. Elle implique la rédaction des processus, des procédures et des protocoles de soins. La formation du personnel est ici déterminante : l'adhésion des équipes soignantes et administratives est la condition sine qua non pour transformer les exigences normatives en habitudes de travail sécurisées.[2]

3.1.3. Phase CHECK : Évaluation et mesure

Étape 5 – L'évaluation de la performance : La mesure est le pilier de la preuve. Cette étape repose sur l'analyse factuelle des indicateurs (IQSS, taux d'infections, satisfaction patient) et sur la conduite d'audits internes. Ces derniers permettent de s'assurer que le système est non seulement conforme, mais également robuste face aux risques identifiés.

- **Exemple :** L'établissement analyse les résultats des questionnaires **e-Satis** pour mesurer l'expérience réelle des patients. On réalise également un audit de type **« patient traceur »** : un expert visiteur suit le parcours d'un patient de son admission à sa sortie pour vérifier si les procédures de soins et de confidentialité sont réellement respectées sur le terrain.

3.1.4. Phase ACT : Amélioration et reconnaissance

Étape 6 – L'amélioration continue : Le traitement des non-conformités détectées lors des audits, couplé à l'analyse des causes profondes, permet d'enclencher des actions correctives.

[1] **Ibid.**
[2] **Ibid.**

Cette étape transforme chaque dysfonctionnement en opportunité d'apprentissage, ancrant l'organisation dans une culture du progrès permanent.

Étape 7 – L'audit de certification : Étape ultime, elle consiste en une évaluation par un organisme tiers indépendant. La certification atteste alors, à un instant T, de la conformité du système. Toutefois, elle doit être perçue comme un jalon de maturité plutôt que comme l'aboutissement final d'une démarche qui, par définition, se veut continue.[1]

- **Exemple :** Un organisme externe indépendant (comme la HAS ou un certificateur ISO type DNV ou SGS) vient passer plusieurs jours dans l'établissement. L'auditeur vérifie les preuves documentaires et interroge les équipes pour attester que le SMQ est mature et conforme aux standards internationaux.

3.2. Différence entre certification et accréditation

Il est crucial de clarifier ces deux termes souvent confondus, car bien qu'ils soient complémentaires et procèdent d'une méthodologie similaire, ils n'ont pas les mêmes objectifs ni la même finalité.

3.2.1. **La Certification :**

La conformité du système de management

La certification est une attestation délivrée par une tierce partie (un organisme de certification) relative à des produits, des processus, des personnes ou des **systèmes de management** comme l'ISO 9001.[2]

- **Objectif :** Elle permet d'établir, au regard d'exigences spécifiées, la conformité d'une organisation à un référentiel donné.
- **Portée :** Dans le cadre de l'ISO 9001, la certification garantit que le système mis en place est organisé et qu'il s'améliore de façon continue. Elle s'applique à toutes les entreprises, quel que soit leur secteur d'activité.

[1] **Ibid.**
[2] COFRAC, « Accréditation, certifications, labels... Quelles différences ?»

3.2.2. **L'Accréditation :**

L'accréditation va plus loin que la simple vérification organisationnelle. Elle constitue une **reconnaissance formelle de la compétence technique** d'un organisme pour réaliser des activités spécifiques d'évaluation de la conformité.[1]

- **Cible :** Elle concerne uniquement les entreprises qui réalisent des **prestations de contrôle**, telles que les laboratoires de biologie médicale, les laboratoires d'essais ou les organismes d'inspection.
- **Exigences :** L'accréditation nécessite de recourir non seulement à des évaluateurs qualiticiens, mais aussi à des **experts techniques** capables de juger si l'activité est exercée selon les « règles de l'art » et une déontologie internationalement acceptées.
- **Valeur ajoutée :** En plus de la conformité du système de management, elle atteste de la **compétence des personnels**.

Table 4: Différences entre certification et accréditation dans le domaine de la qualité

Aspect	Certification	Accréditation
Définition	Attestation, par un organisme tiers, de la conformité d'un système de management (par exemple ISO 9001) à un référentiel.	Reconnaissance formelle de la compétence technique d'un organisme pour réaliser des activités d'évaluation de la conformité.
Objectif	Vérifier que l'organisation est bien gérée et que son système de management est conforme et en amélioration continue.	Vérifier que l'organisme est techniquement compétent et capable de produire des résultats fiables.
Portée	S'applique à toutes les organisations, tous secteurs d'activité confondus (hôpital, clinique, industrie, service, etc.).	Cible surtout les structures d'évaluation de la conformité : laboratoires, organismes d'inspection, organismes de certification, etc.
Fonction	Valide le **« comment »** une structure est organisée et gérée.	Valide le **« quoi »** : la capacité technique à produire un résultat fiable.

[1] **Ibid.**

Aspect	Certification	Accréditation
Intervenants	Organisme de certification accrédité.	Organisme d'accréditation (ex. COFRAC en France).
Valeur Ajoutée	Assure la conformité et l'amélioration continue des processus.	Assure la compétence technique des personnels et la fiabilité des prestations réalisées.

Source : élaboré par nous-mêmes à partir de notre revue de littérature.

3.3. Processus de certification

Le processus de certification est une démarche structurée par laquelle un organisme tiers indépendant évalue et atteste qu'un système de management est conforme aux exigences d'une norme, telle que l'ISO 9001.

3.3.1. Phase de Préparation et Planification

Avant de solliciter un organisme certificateur, l'entreprise doit préparer son Système de Management de la Qualité (SMQ)[1] :

1) **Engagement de la Direction** : Le soutien actif de la direction est indispensable pour allouer les ressources nécessaires.
2) **Diagnostic initial (Gap Analysis)** : Évaluation de l'écart entre les pratiques actuelles et les exigences de la norme pour définir un plan d'action.
3) **Définition du périmètre** : Détermination des activités, produits, services et sites concernés par la certification.
4) **Conception du système documentaire** : Élaboration de la politique qualité, des objectifs, de la cartographie des processus et des informations documentées (manuel qualité, procédures).

3.3.2. Audit interne et revue de direction

- **Déploiement** : Application effective des dispositions définies et formation du personnel.

[1] **CORVAISIER Arnaud (2004)**, *Un exemple de management par la qualité : la certification ISO 9001 version 2000*, Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP)

- **Audit interne** : Vérification de la conformité et de l'efficacité du système par des auditeurs formés, indépendants du secteur audité.
- **Revue de direction** : Évaluation globale du SMQ par la direction pour s'assurer de sa pertinence et décider des améliorations avant l'audit de certification.[1]

3.3.3. Le Processus d'Audit Externe

L'entreprise choisit un organisme certificateur accrédité (comme l'**IANOR** en Algérie ou le **COFRAC** en France).[2]

- **Pré-audit (***optionnel***)** : Un audit « blanc » pour déterminer si l'organisation est prête.
- **Audit de certification - Phase 1 (***Revue documentaire***)** : L'auditeur examine la documentation pour vérifier que le système est défini conformément à la norme.
- **Audit de certification - Phase 2 (***Audit sur site***)** : L'auditeur évalue la mise en œuvre réelle sur le terrain par des entretiens avec le personnel, des observations et des vérifications de traçabilité.
- **Réunion de clôture et rapport** : Présentation des conclusions et des éventuelles **non-conformités**.
- **Décision de certification** : Le comité de l'organisme certificateur statue sur la délivrance du certificat après levée des non-conformités majeures.

3.3.4. Cycle de Vie du Certificat

La certification n'est pas définitive, elle suit un cycle de **3 ans**[3] :

- **Année 1** : Délivrance du certificat.
- **Années 2 et 3** : **Audits de surveillance** annuels pour vérifier la continuité de la conformité et l'amélioration continue.
- **Échéance des 3 ans** : **Audit de renouvellement** complet pour prolonger la validité du certificat.

[1] OKYERE Martin (2021), *Impact de l'audit de norme ISO 9001*, Mémoire de Master, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou (UMMTO)
[2] OKYERE Martin (2021), *op. cit.*
[3] CORVAISIER Arnaud (2004), *op. cit.*

3.4. Contexte Spécifique à l'Algérie

La certification ISO en Algérie a connu une évolution importante au cours des dernières années. Le nombre de certificats délivrés est passé de seulement deux certifications en 1998 à plus de 673 certificats en 2019. Selon Institut Algérien de Normalisation (IANOR), plus de 3 188 entreprises algériennes étaient certifiées ISO à la fin de l'année 2024[1]. La norme ISO 9001 reste la plus utilisée par les organisations algériennes, notamment dans les secteurs de la santé, de l'industrie, de la construction et des services. Cette évolution traduit une volonté croissante d'améliorer la qualité des services et la performance organisationnelle.

Par ailleurs, plusieurs initiatives ont été mises en place pour encourager la démarche qualité, notamment dans le secteur de l'enseignement supérieur, où des établissements universitaires ont été accompagnés vers la certification ISO 9001:2015.[2]

Conclusion

Ce premier chapitre a permis de poser les fondements théoriques indispensables à la compréhension du management de la qualité (MQ). À travers l'analyse des sept principes directeurs et des exigences structurantes de la norme ISO 9001:2015, nous avons démontré que cette approche dépasse la simple conformité procédurale pour devenir un véritable levier de pilotage stratégique. La force du Système de Management de la Qualité (SMQ), fondé sur le cycle PDCA et une gestion proactive des risques, réside dans sa capacité à transformer la complexité organisationnelle en une performance mesurable, sécurisée et pérenne.

Les travaux menés dans ce chapitre confirment la validité de notre première hypothèse : l'intégration d'un SMQ normé constitue un préalable indispensable à l'amélioration de la sécurité des soins et à la satisfaction des patients. En substituant le pilotage intuitif par une gouvernance fondée sur les preuves, l'organisation se dote des outils nécessaires pour anticiper les dysfonctionnements et garantir une prise en charge conforme aux standards internationaux.

Toutefois, la norme ISO 9001, bien que robuste, n'est qu'un cadre méthodologique. Son efficacité réelle dépend intimement de son incarnation sur le terrain. Si le cadre théorique est désormais établi, il convient désormais d'en confronter les exigences aux réalités humaines et

[1] Institut Algérien de Normalisation (IANOR), *Missions et Vision*, consulté en 2026.
[2] AICHE Abd El Ghani, *La contribution à la mise en œuvre de la démarche qualité*, Mémoire de Master, ENSM, 2018.

opérationnelles d'un établissement de santé. Le prochain chapitre sera donc consacré à la qualité de service au sein des cliniques privées, où nous analyserons comment les facteurs humains notamment l'engagement de la direction et du personnel deviennent les véritables moteurs de la réussite d'une démarche qualité dans le secteur hospitalier

CHAPITRE 02 :

La qualité de service en clinique privée

Chapitre 02 : La qualité de service dans le secteur hospitalier

Introduction

Dans le paysage contemporain de la santé, la clinique privée ne se définit plus uniquement par son excellence clinique, mais par sa capacité à orchestrer une **« servuction »** complexe où le soin technique rencontre la prestation relationnelle. Ce passage d'une logique de production industrielle à une logique de prestation interactive marque une rupture majeure : le patient n'est plus un simple usager passif, mais un **co-producteur** de sa propre santé, dont le jugement subjectif la qualité perçue devient un déterminant central de la performance et de la pérennité de l'institution.

L'enjeu managérial est alors de piloter une dualité permanente : d'un côté, une **qualité technique** normée et souvent invisible pour le patient ; de l'autre, une **qualité fonctionnelle** façonnée par l'empathie, la réactivité et l'environnement physique. Cette complexité est exacerbée par les caractéristiques intrinsèques du service (immatérialité, hétérogénéité, simultanéité et périssabilité), qui imposent de transformer chaque « moment de vérité » en un levier de différenciation stratégique.

Ce chapitre explore cette architecture de la qualité à travers trois axes directeurs. La **Section 01** clarifiera les cadres conceptuels et les dimensions de la qualité, en s'appuyant notamment sur le modèle **SERVQUAL** pour comprendre comment se forge la satisfaction. La **Section 02** abordera l'impératif de la mesure, car transformer des perceptions impalpables en indicateurs exploitables est le seul moyen de combler les **écarts (Gaps)** entre les promesses de la clinique et le vécu du patient. Enfin, la **Section 03** démontrera comment une **démarche qualité structurée** permet de transformer les dysfonctionnements et les **coûts cachés** en vecteurs d'amélioration continue et de performance globale.

1. Section 01 : Concepts et dimensions de la qualité de service

La qualité de service constitue un élément essentiel pour évaluer la performance des organisations, notamment dans les activités où le contact avec le client est direct. Elle se distingue par ses caractéristiques spécifiques, comme l'immatérialité et l'interaction avec le client, ce qui rend son évaluation plus complexe.Dans le secteur de la santé, en particulier dans les cliniques privées, elle joue un rôle déterminant dans la satisfaction des patients et la qualité de la prise en charge. Cette section présente les concepts de base ainsi que les principales dimensions de la qualité de service.

1.1. La distinction entre qualité de produit et qualité de service

Le passage d'une économie industrielle à une économie de services impose de repenser la notion de qualité en distinguant la production de biens tangibles de la prestation de services. Traditionnellement, la littérature définit les services « en creux », c'est-à-dire par opposition aux caractéristiques des biens manufacturés. Cette distinction fondamentale s'articule principalement autour du paradigme classique **IHIP[1].**

Le **paradigme IHIP** est un modèle utilisé en marketing des services pour expliquer les **caractéristiques principales qui différencient un service d'un produit**.

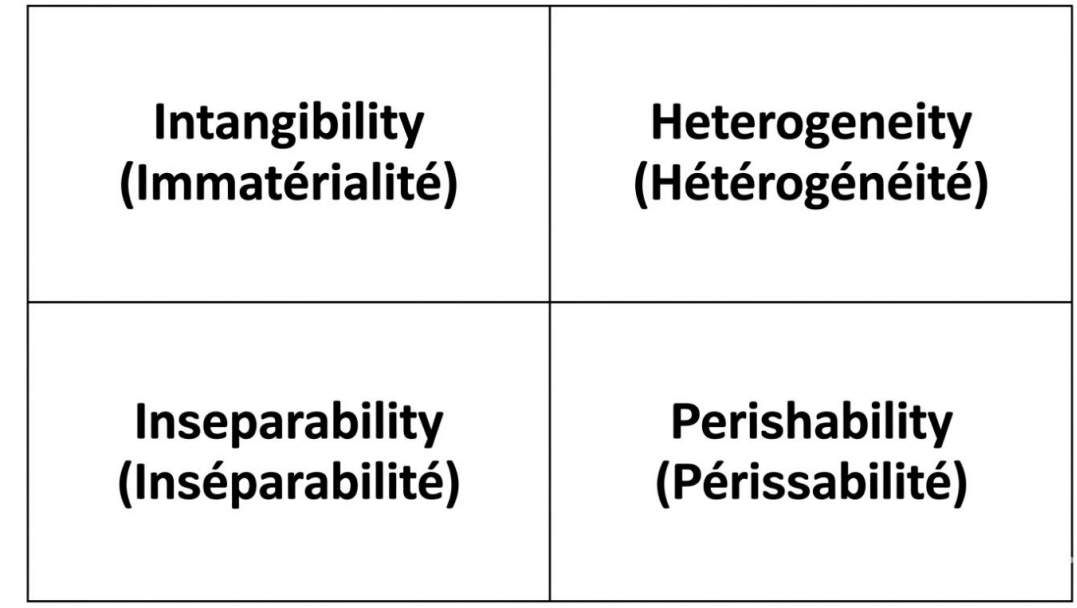
IHIP est un acronyme formé de 4 éléments :

- **I – Intangibility (Immatérialité)**
  Le service ne peut pas être touché ou vu avant d'être consommé.
  Exemple : une consultation médicale
- **H – Heterogeneity (Hétérogénéité)**
  Le service varie selon la personne, le moment ou la situation.
  Exemple : deux patients n'auront pas exactement la même expérience

[1] *Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman**et**Leonard L. Berry,* Problems and Strategies in Services Marketing***, 1985.***

- **I – Inseparability (Inséparabilité / simultanéité)**
  La production et la consommation se font en même temps.
  Exemple : le soin est réalisé en présence du patient
- **P – Perishability (Périssabilité)**
  Un service ne peut pas être stocké.
  Exemple : un rendez-vous non utiliséest perdu

Figure 6 : modele IHIP des services de santé



Source : élaboré par nous-mêmes à partir de notre revue de littérature.

Afin de mieux mettre en évidence la différence entre le produit et le service, une présentation comparative sous forme de tableau est proposée ci-après.

Table 5: produit VS service

Critère	Produit	Service
Nature	Tangible (matériel)	Intangible (immatériel)
Immatérialité (IHIP)	Visible et mesurable avant achat	Non visible avantutilisation
Hétérogénéité	Standardisé, reproductible	Variable selon le contexte et l'interaction humaine
Production / Consommation	Séparéesdans le temps	Simultanées (inseparability)
Stockage (Périssabilité)	Stockable	Non stockable (service perdu s'il n'est pas utilisé)
Participation du client	Faible	Forte (co-production du service)
Processus (Servuction)	Production en interne (peu visible)	Interaction directe client–personnel
Qualité	Technique (résultat final)	Technique + fonctionnelle (manière de délivrer le service)
Évaluation de la qualité	Avant l'achat (caractéristiquesvisibles)	Pendant et après (expérience vécue)
Besoins vs attentes	Répond surtout aux attentes du client	Répond aux besoins réels + attentes
Relation avecle client	Limitée	Centrale (contact direct et continu)
Exempleen santé	Médicaments, équipementsmédicaux	Consultation, soins, prise en charge médicale

Source : Élaboré par l'auteur à partir de ***Valarie A. Zeithaml*** *et al. (1985).*

1.2. La spécificité du service de soin :

La nature du service de soin en milieu hospitalier privé déroge aux lois classiques de la production industrielle par sa complexité intrinsèque et la place centrale qu'y occupe l'humain. Cette spécificité s'articule autour de trois axes majeurs :

1.2.1.**1. L'immatérialité radicale et le changement d'état**

À la différence d'un produit tangible, le soin est un service pur dont l'immatérialité est quasi absolue. Il ne s'agit pas de l'acquisition d'un bien, mais d'une prestation visant une transformation de la condition physique ou psychique du bénéficiaire. Ce « changement d'état » rend l'évaluation de la qualité particulièrement complexe a priori, car le service n'existe pas avant d'être consommé.[1]

1.2.2.**2. Le patient, co-producteur vulnérable de sa propre santé**

Le processus de production, ou « servuction », implique une participation active du patient qui devient un véritable co-producteur de la prestation. Toutefois, dans le secteur de la santé, ce client est marqué par une vulnérabilité et une incertitude généralisée face à l'évolution de son état. Cette asymétrie d'information fait que le patient ne possède pas toujours les compétences techniques pour juger l'acte médical lui-même, reportant ainsi son évaluation sur la dimension relationnelle.[2]

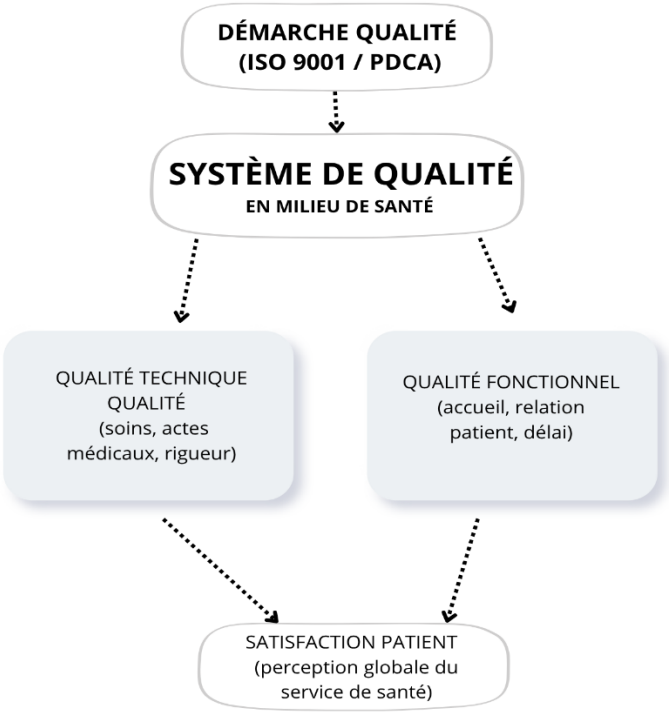
1.2.3.**3. La primauté de la qualité fonctionnelle et le « moment de vérité »**

Puisque la production et la consommation sont simultanées, la qualité se cristallise lors de l'interaction entre le patient et le personnel soignant. Dans ce « moment de vérité », la qualité fonctionnelle, c'est-à-dire la manière dont le soin est délivré, devient souvent plus déterminante pour la satisfaction que la qualité technique perçue comme le résultat de l'acte. Pour le patient, l'empathie, la communication et la réactivité du personnel constituent les indices périphériques sur lesquels il fonde son jugement de valeur.[3]

---

[1]SAUNIER Paul-Laurent, *Qualité et contrôle dans les services : le cas des services à la personne*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université d'Orléans, 2012, p. 72.
[2]PHANUEL Dominique, « Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle », *Politiques et management public*, Vol. 20, N°4, 2002, p. 121.
[3]SAUNIER Paul-Laurent, *op. cit.*, p. 103.

Figure 7: Schéma global de la qualité de service en santé



Source : élaboré par nous-mêmes à partir de notre revue de littérature.

Ce schéma présente la qualité de service en santé comme un système global et intégré. La démarche qualité (ISO 9001 et cycle PDCA) structure l'amélioration continue. Elle agit sur deux dimensions principales : la qualité technique liée aux soins médicaux et la qualité fonctionnelle liée à l'expérience du patient. L'interaction de ces deux dimensions influence directement la satisfaction du patient, qui constitue l'objectif final du système.

1.3. Le modèle SERVQUAL appliqué au secteur hospitalier : les cinq dimensions de la qualité

1.3.1. Présentation du modèle SERVQUAL

Le modèle SERVQUAL, acronyme de « Service Quality », constitue l'un des instruments de mesure de la qualité perçue les plus reconnus et les plus robustes dans la littérature du marketing des services. Développé par **A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml et Leonard L. Berry** au milieu des années 1980, ce modèle repose sur le paradigme de l'infirmation des attentes. L'idée centrale est que la qualité ne peut être évaluée objectivement comme un produit industriel, mais qu'elle résulte d'une comparaison entre les **attentes** du client (ce qu'il espère recevoir) et ses **perceptions** (ce qu'il a réellement vécu lors de la prestation). Mathématiquement, la qualité de service (SQ) est conceptualisée par l'équation **SQ = Perceptions (P) - Attentes (E)**.[1]

1.3.2. Les 5 dimensions du modèle SERVQUAL

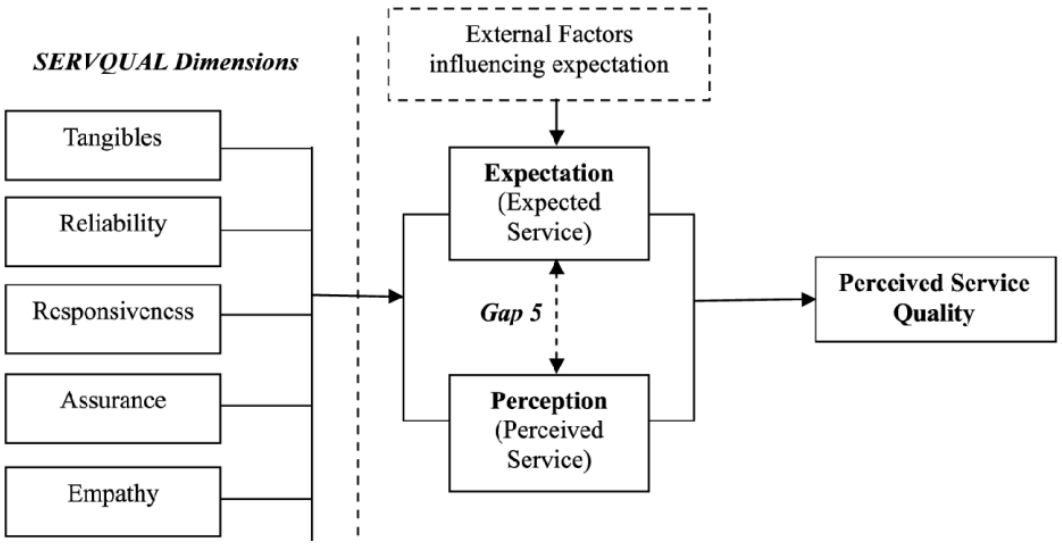
À l'origine composé de dix dimensions, le modèle a été affiné pour ne retenir que cinq piliers fondamentaux qui structurent le jugement du patient en milieu hospitalier :

- **La fiabilité (Reliability) :** C'est la capacité de l'établissement à réaliser le service promis de manière exacte et digne de confiance.
    - *Exemple en santé :* La précision d'un diagnostic médical, le respect rigoureux de l'heure d'un rendez-vous chirurgical ou l'absence d'erreur dans l'administration des médicaments.
- **La réactivité (Responsiveness) :** Elle désigne la volonté du personnel d'aider le patient et de fournir un service rapide.
    - *Exemple en santé :* La célérité de la prise en charge aux urgences ou la rapidité d'intervention d'une infirmière suite à l'appel d'un patient en chambre.
- **L'assurance (Assurance) :** Cette dimension englobe la compétence et la courtoisie du personnel, ainsi que sa capacité à inspirer confiance et sécurité.
    - *Exemple en santé :* Le professionnalisme affiché par les médecins, leur expertise technique et la rassurance qu'ils apportent au patient avant une intervention.

[1]Parasuraman et al., « A Conceptual Model of Service Quality », *Journal of Marketing*, 1985, p. 41-50.

- **L’empathy (Empathy) :** Il s'agit de l'attention individualisée et bienveillante que la clinique accorde à chaque patient.
    - *Exemple en santé :* La qualité de l'écoute du personnel soignant, la prise en compte de la douleur et l'accompagnement psychologique personnalisé durant le séjour.
- **La tangibilité (Tangibles) :** Elle concerne les éléments physiques visibles de la prestation.
    - Exemple en santé *:* La propreté irréprochable des locaux, la modernité des équipements médico-techniques et l'apparence soignée du personnel d'accueil.[1]

Figure 8: Modèle de la Qualité de Service (Modèle SERVQUAL)



Source : Adapté de Kumar et al. (2009), Mesure de la qualité de service via le modèle SERVQUAL.

1.3.3. Application dans le secteur hospitalier

Dans le contexte spécifique des cliniques privées, le modèle SERVQUAL s'avère indispensable pour évaluer la qualité des soins au-delà de la simple performance clinique. Puisque le patient n'a souvent pas les compétences pour juger la technicité d'un acte médical, il reporte son évaluation sur ces cinq dimensions pour forger sa satisfaction globale. L'utilisation de cet

[1]SAUNIER Paul-Laurent, *op. cit.*,p. 106.

outil permet aux établissements de santé de transformer des perceptions impalpables en indicateurs de gestion exploitables pour améliorer l'expérience patient.[1]

1.3.4. Intérêt du modèle

L'adoption du cadre SERVQUAL dans cette recherche offre une grille d'analyse objective pour traiter la problématique de la satisfaction patient. En mesurant les écarts (Gaps) entre les promesses de la clinique et le vécu réel du patient, ce modèle permet d'identifier précisément les dysfonctionnements organisationnels et les leviers de différenciation stratégique. Il constitue le socle méthodologique permettant de relier la démarche qualité de l'établissement à la perception finale de l'usager, coeur de notre étude.[2]

1.4. La dualité de la qualité : performance technique versus qualité relationnelle

La qualité en milieu hospitalier ne peut être appréhendée comme un bloc monolithique ; elle repose sur une dualité fondamentale entre l'acte médical et l'expérience humaine. Cette distinction s'articule autour de trois idées directrices :

1. **La distinction entre le « quoi » et le « comment » :** Dans le cadre de la prestation de soins, il convient de distinguer la **qualité technique** (ou qualité du résultat), qui renvoie à la réussite clinique de l'acte médical, de la **qualité fonctionnelle** (ou qualité du processus), qui concerne la manière dont le service est délivré au patient. Cette dualité signifie que l'excellence médicale par exemple le succès d'une chirurgie est une condition nécessaire mais insuffisante pour définir la qualité globale, car elle ne couvre que l'aspect « tangible » et biomédical de la prestation.[3]
2. **L'asymétrie d'information et le transfert du jugement :** Puisque le patient ne possède généralement pas l'expertise nécessaire pour évaluer la précision technique d'un geste chirurgical, il opère un transfert de son jugement vers la dimension relationnelle. En conséquence, l'empathie, la communication et la réactivité du personnel soignant deviennent les indices périphériques sur lesquels le patient fonde sa perception de la compétence technique de l'établissement. Le « prendre soin » n'est donc pas un simple

---

[1] *Kirmi et al., « La culture qualité dans l'univers hospitalier »,* **RERLED**, *2020, p. 22.*

[2] MAHJOUBI Dorra, L'impact de la technologie sur la mesure de la qualité de l'éducation : une approche par le SERVQUAL, Mémoire de M.Sc., HEC Montréal, 2001, p. 26.

[3] SAUNIER Paul-Laurent, *op. cit.*,p. 103.

complément de confort, mais le prisme par lequel le patient interprète la valeur de l'acte médical.[1]

3. **L'insuffisance de l'excellence clinique pure :** Une clinique peut offrir une qualité technique irréprochable et pourtant générer une profonde insatisfaction si la dimension humaine est défaillante. Des études empiriques démontrent que les facteurs non-techniques (accueil, écoute, accompagnement) influencent la satisfaction des patients à un niveau d'importance équivalent aux facteurs techniques. Ainsi, une performance technique sans qualité relationnelle conduit souvent à une perception de service médiocre, car la réussite de l'acte ne compense jamais le sentiment de déshumanisation du patient.[2]

1.5. Le patient au cœur du système

La transition d'une logique industrielle vers une logique de service place le patient dans une posture radicalement nouvelle : il n'est plus un simple destinataire de soins, mais un acteur essentiel de la prestation. Ce changement de paradigme repose sur trois dimensions clés.

1. La co-production au sein du système de servuction L'une des singularités majeures du service hospitalier réside dans la participation active du patient au processus de fabrication et de livraison de la prestation. Dans le cadre de la « servuction », le patient agit comme un « co-producteur » dont la présence et l'implication sont indispensables pour que le service existe et soit correctement exécuté. Cette participation se manifeste sous trois formes — physique, intellectuelle et affective transformant le patient en un véritable « quasi-employé » temporaire de l'organisation[3].

2. L'influence de la compliance et du partage d'informations sur la qualité

Le rôle actif du patient influence directement la qualité finale de sa prise en charge. La pertinence du diagnostic et l'efficacité du traitement dépendent de la capacité du patient à spécifier ses besoins et à fournir des informations précises au corps médical. De plus, sa « compliance » c'est-à-dire son adhésion aux protocoles de soins et sa coopération lors de l'interaction avec le personnel en contact constitue une ressource déterminante du système de production. Une

[1] *Ibid.*, p. 306.
[2] KESSAS Zakia, *L'application Du Marketing Des Services Dans Les Établissements Hospitaliers Privés : Comment Atteindre La Satisfaction Des Patients*, Mémoire de Magister, Université Abou BekrBelkaid - Tlemcen, 2012, p. 1.
[3] BOYER André et NEFZI Ayoub, « La perception de la qualité dans le domaine des services : Vers une clarification des concepts », *La Revue des Sciences de Gestion*, n° 237-238, 2009, p. 44.

défaillance dans cette collaboration entre le « soignant » et le « soigné » peut altérer la performance clinique, indépendamment de la compétence pure du prestataire.[1]

3.Le patient comme régulateur de sa propre sécurité

Au-delà de la co-réalisation de l'acte, le patient occupe une place centrale dans le dispositif de contrôle et d'amélioration de la qualité. En s'exprimant sur ses perceptions et son vécu lors du « moment de vérité », il permet à l'établissement de combler les lacunes entre les spécifications techniques et l'expérience réelle. Son implication dans sa propre sécurité est désormais reconnue comme un levier de gestion des risques, faisant de sa vigilance un rempart complémentaire contre les événements indésirables associés aux soins.[2]

1.6. Typologie des déterminants de la satisfaction du patient en clinique privée

La satisfaction du patient au sein d'une structure hospitalière privée est un construit multidimensionnel qui dépasse largement le simple succès thérapeutique. Pour préparer le passage à la mesure et à l'évaluation, il convient de synthétiser les facteurs d'influence selon quatre piliers fondamentaux :

1. **La dualité entre performance technique et facteurs non-techniques :** La satisfaction globale ne se limite pas à la réussite de l'acte chirurgical ou médical (qualité technique). Les recherches empiriques démontrent que les facteurs non-techniques influencent la perception de la qualité de soins à un niveau d'importance équivalent à la performance clinique pure.[3]
2. **L'environnement physique et le confort hôtelier :** Cette dimension regroupe les éléments tangibles du séjour qui impactent directement le vécu sensoriel du patient. Elle inclut la propreté rigoureuse des chambres et des sanitaires, le calme environnant (notamment la nuit), la qualité de la restauration (chambre et collation) ainsi que la modernité des équipements mis à disposition.[4]
3. **L'organisation des processus et la gestion du temps :** L'expérience du patient est jalonnée par des étapes organisationnelles critiques. La satisfaction dépend ici de la

[1]SAUNIER Paul-Laurent, *op. cit.*, p. 79.
[2]LA PRÉVENTION MÉDICALE, « Concepts clés en démarche d'amélioration de la qualité des soins », fiche méthode 300, mise à jour 25/09/2020, macsf.fr.

[3]Kessas, ***op. cit.***, p. *1*.

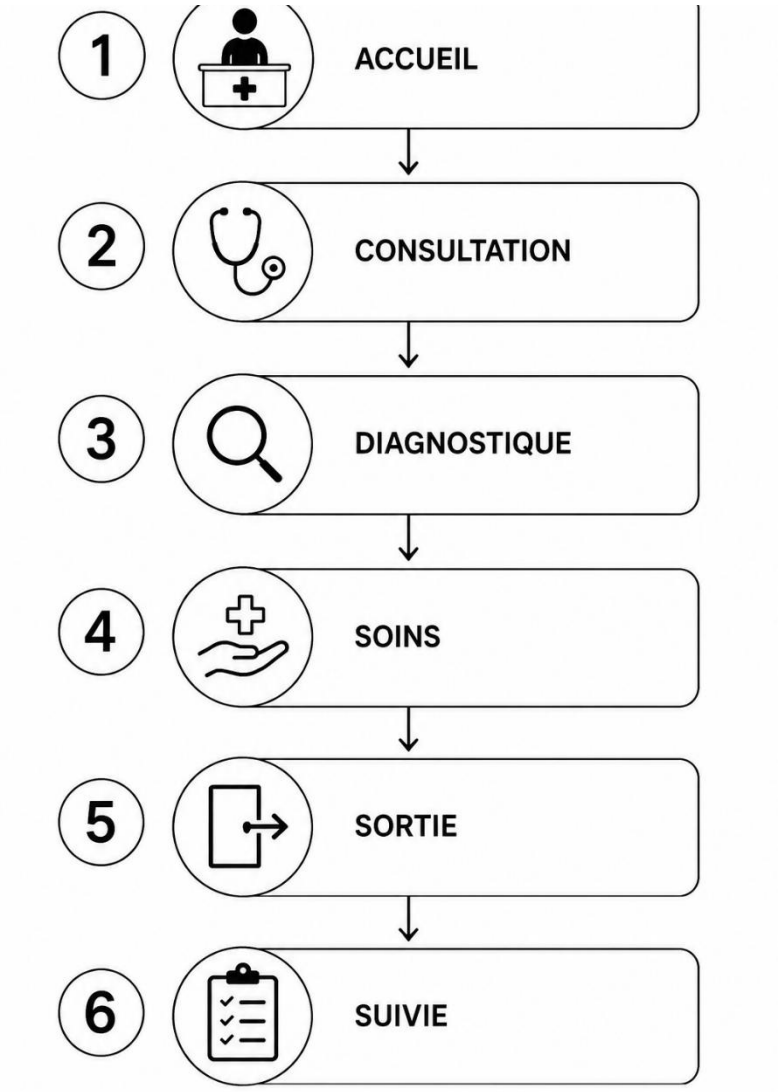
[4]*CQO at WORK, « La qualité perçue dans les services de santé », 2024.*

qualité de l'accueil (physique et téléphonique), de la fluidité des formalités administratives avant l'hospitalisation, de la réactivité du personnel face aux appels en chambre, et surtout de la maîtrise des délais d'attente lors de la prise en charge et de la sortie.[1]

4. **La communication médicale et le lien social :** C'est le déterminant le plus sensible de la qualité fonctionnelle. Il repose sur la courtoisie et le respect manifestés par les médecins et infirmiers, la capacité d'écoute du personnel, l'empathie perçue, ainsi que la clarté des informations transmises concernant le diagnostic, les traitements et l'administration des médicaments.[2]

[1] *Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS), Elsan, Résultats du Centre Médico-Chirurgical Les Cèdres, actualisés au 14/01/2026, p. 1*
[2] *Parasuraman et al., op. cit., p. 44.*

Figure 9: parcours patients dans une clinique



Source : élaboré par nous-mêmes à partir de notre revue de littérature.

Cette figure illustre les principales étapes du parcours patient au sein d'une structure de soins. Le processus débute par l'accueil du patient, suivi de la consultation médicale, puis de la phase diagnostique permettant l'identification des besoins de santé. S'ensuivent les soins ou traitements adaptés, avant la sortie du patient. Enfin, une étape de suivi est assurée afin de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge.

2. Section 02 : Mesure et évaluation de la qualité de service

Évaluer la qualité de service s'impose comme une démarche incontournable pour diagnostiquer les performances organisationnelles et cibler les leviers d'amélioration. Cette mesure mobilise une panoplie d'outils combinant l'analyse des résultats cliniques objectifs et la perception subjective des usagers.

Dans le secteur hospitalier, elle s'appuie sur des indicateurs cliniques, des audits internes et des enquêtes de satisfaction patient. Cette section présente les principaux instruments de mesure et leur contribution à l'amélioration continue des services.

2.1. L'éventail des outils de mesure : des indicateurs cliniques aux enquêtes de perception

Le pilotage de la performance au sein d'une clinique privée repose sur un impératif méthodologique : transformer des prestations immatérielles en données quantifiables, car, selon les principes de la gestion hospitalière, « il n'y a pas de qualité sans mesure »[1]. Cette évaluation s'articule autour de deux axes complémentaires qui permettent de saisir la dualité du service de soin **: les indicateurs cliniques objectifs** et **les mesures de la perception subjective du patient.**

1. **L'objectivation par les indicateurs cliniques et de sécurité :** La première dimension de l'évaluation concerne la **qualité technique**, centrée sur la sécurité et l'efficacité des soins. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) valide des **Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS)** qui permettent de mesurer rigoureusement les pratiques professionnelles. Ces métriques couvrent des domaines critiques tels que la prise en charge de la douleur, la prévention des infections associées aux soins (ex: infections du site opératoire , nosocomial) ou encore la qualité de la lettre de liaison à la sortie. Ces indicateurs constituent le socle de la « qualité réelle », fondée sur la conformité aux protocoles médicaux.
2. **La capture de l'expérience patient : enquêtes de satisfaction et indicateurs PREMs :** Parallèlement à la rigueur clinique, l'établissement doit mesurer la **qualité perçue** par l'usager. Les enquêtes de satisfaction, à l'instar du dispositif national

[1] *LA PRÉVENTION MÉDICALE, « Concepts clés en démarche d'amélioration de la qualité des soins », fiche méthode 300, mise à jour 25/09/2020.*

e-Satis, transforment le ressenti du séjour en indicateurs de gestion exploitables. Cette approche est aujourd'hui renforcée par les **PREMs** (*Patient Reported Experience Measures*), qui évaluent spécifiquement l'expérience vécue (accueil, empathie, communication), et les **PROMs**, centrés sur les résultats de santé rapportés par le patient[1]. Ces outils permettent de combler la lacune de connaissances entre les spécifications de la clinique et les attentes réelles des patients.

3. **La quantification des perceptions via le modèle SERVQUAL :** Pour structurer l'analyse de la satisfaction, les gestionnaires mobilisent souvent l'instrument **SERVQUAL** qu'on a déjà mentionné. Ce modèle multidimensionnel mesure la qualité à travers cinq piliers (fiabilité, réactivité, assurance, empathie et éléments tangibles) en calculant l'écart entre les attentes préalables du patient et ses perceptions effectives. Cet outil est reconnu pour sa capacité à transformer des éléments subjectifs en indicateurs de pilotage robustes et comparables.
4. **La finalité opérationnelle du pilotage intégré :** L'enjeu majeur pour la gouvernance de la clinique est de coupler ces différentes mesures pour « prendre des décisions éclairées et de mettre en place des actions correctives ciblées ». Une gestion efficace impose d'analyser conjointement la satisfaction (qualité perçue) et les indicateurs de processus (qualité offerte) afin de distinguer un simple problème de perception d'une réelle défaillance organisationnelle. Cette vision holistique place le patient au cœur du système tout en garantissant l'excellence médicale[2].

2.2. Les Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) : outils de pilotage stratégique

Au-delà de leur fonction de mesure, les IQSS s'inscrivent dans une démarche de gouvernance visant à transformer l'excellence clinique en levier de performance organisationnelle.

1. **La standardisation comme vecteur de transparence et de comparaison :** L'intérêt majeur des indicateurs validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) réside dans leur caractère standardisé, permettant le *benchmarking* entre établissements. Cette approche permet de convertir des processus de soins complexes en données comparables, assurant une transparence accrue vis-à-vis des usagers à travers des plateformes

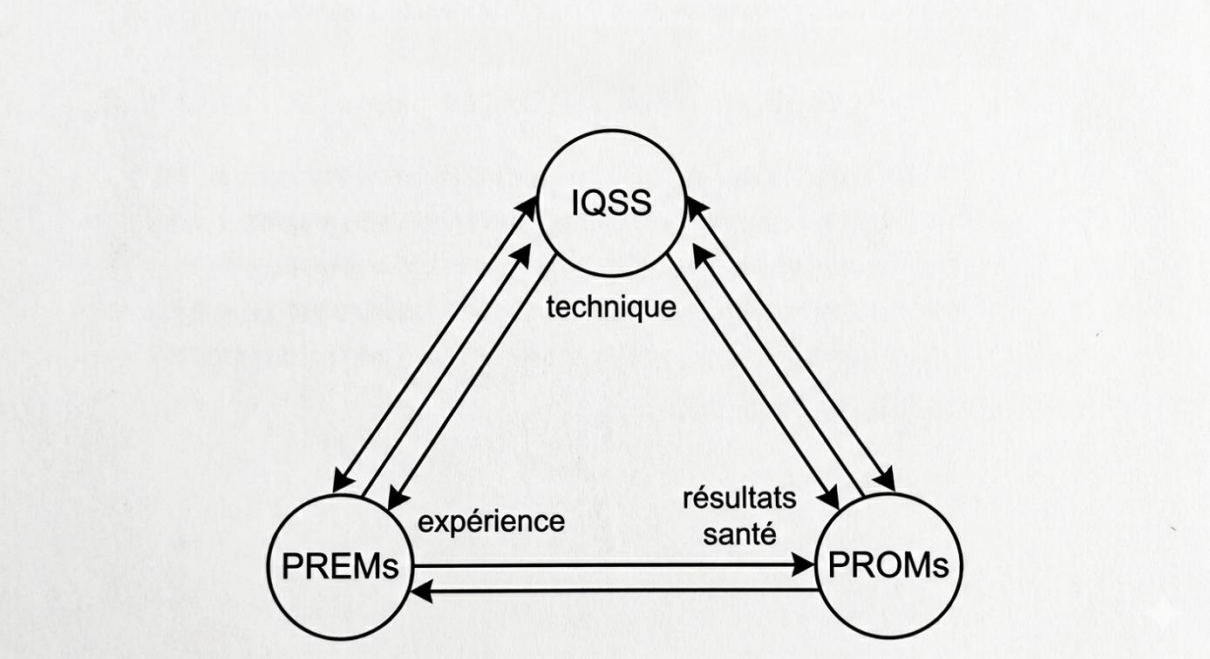
[1] *CQO at WORK, « La qualité perçue dans les services de santé », 18 septembre 2024*
[2] *Saunier,* **op. cit.**, *p. 115*

comme Qualiscope. Pour la direction d'une clinique privée, ces résultats constituent un signal fort du positionnement de l'établissement par rapport aux moyennes nationales[1].

2. **Un instrument de réduction des dysfonctionnements :** Les IQSS font office de tableau de bord permettant d'identifier les écarts entre les résultats réels et les objectifs de sécurité fixés. En ciblant des défaillances spécifiques telles que la conformité des événements thromboemboliques ou la gestion des infections post-opératoires, l'organisation peut instaurer des actions correctives précises. Cette démarche participe activement à la réduction des « coûts cachés » liés à la non-qualité, où chaque anomalie détectée par un indicateur devient une opportunité d'optimisation des ressources[2].
3. **L' IQSS, pivot du processus de certification :** La mesure de ces indicateurs n'est pas une simple exigence administrative, elle conditionne directement le niveau de certification de la clinique (allant de A à D). Les résultats obtenus servent de « cale » dans le cycle d'amélioration continue (PDCA), garantissant que les progrès techniques réalisés sont pérennisés dans le temps. Ainsi, les IQSS ne sont plus seulement des outils de constat, mais deviennent le socle sur lequel repose le leadership hospitalier pour assurer la sécurité du parcours patient[3].

[1] *Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS), Elsan, Résultats du Centre Médico-Chirurgical Les Cèdres, actualisés au 14/01/2026, p. 1.*
[2] *DEHBI Sara et ANGADE Khadija, « Contrôle et analyse des coûts-performances cachés liés aux dysfonctionnements au sein des hôpitaux », Université Ibn Zohr Agadir, p. 17-27.*
[3] *Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS), Elsan, op. cit., p. 1.*

Figure 10: Relation entre IQSS – PREMs – PROMs



Source : élaboré par nous-mêmes à partir de notre revue de littérature.

Commentaire :

Ce schéma présente de manière synthétique l'articulation entre les trois dimensions de la qualité des soins : les IQSS, les PREMs et les PROMs. Il met en évidence une approche globale et complémentaire de l'évaluation hospitalière.

Les IQSS renvoient à la qualité technique et à la sécurité des soins, les PREMs à l'expérience vécue par le patient tout au long de son parcours, et les PROMs aux résultats de santé perçus après la prise en charge.

La forme triangulaire souligne leur interdépendance et montre que la qualité des soins repose sur la combinaison de ces trois dimensions, et non sur un seul indicateur isolé.

2.3. Analyse et traitement des réclamations (un levier de diagnostic des non-conformités)

Le traitement des réclamations ne doit pas être perçu comme une simple contrainte administrative, mais comme une source d'information stratégique permettant d'identifier les défaillances du système de soins. Cette démarche permet de transformer un mécontentement ponctuel en un outil de diagnostic pour l'amélioration continue de l'établissement.

1. **Un capteur de la non-conformité et de la qualité perçue :** La réclamation constitue le signal direct d'un écart entre la prestation attendue et le service reçu. Elle permet de mettre en lumière des dysfonctionnements qui échappent parfois aux indicateurs cliniques traditionnels, en révélant la « non-qualité » du point de vue de l'usager. L'analyse de ces retours permet ainsi de combler la lacune de compréhension entre la direction et le patient[1].
    - *Exemple :* Si plusieurs patients déposent une réclamation concernant le bruit excessif dans les couloirs la nuit, cela diagnostique une non-conformité organisationnelle (gestion du personnel ou signalétique) que les indicateurs de réussite chirurgicale ne pourraient jamais détecter.
2. **La nécessité d'une traçabilité et d'une formalisation rigoureuse :** Pour que la réclamation devienne un levier de gestion, elle doit être captée et enregistrée de manière systématique. Qu'elles soient exprimées oralement au personnel ou par écrit via un cahier de doléances, la centralisation et la traçabilité des plaintes sont indispensables pour assurer une réponse cohérente et une analyse statistique fiable[2].
    - *Exemple :* Une clinique mettant en place un « portail patient » pour centraliser les plaintes peut identifier qu'un service spécifique (ex: la radiologie) génère 40 % des mécontentements liés aux délais d'attente, permettant ainsi un ciblage précis du problème logistique.
3. **Le passage du diagnostic à l'action corrective (Cycle PDCA) :** S'inscrivant dans la logique de la norme ISO 9001, le traitement des réclamations doit aboutir à des actions correctives ou préventives. L'objectif est de traiter la cause racine du problème pour éviter sa récurrence, garantissant ainsi une amélioration sûre et durable des prestations.

---

[1] *DEHBI Sara et ANGADE Khadija, « Contrôle et analyse des coûts-performances cachés liés aux dysfonctionnements au sein des hôpitaux », Université Ibn Zohr Agadir, p. 17.*
[2] *SAUNIER Paul-Laurent, op. cit., p. 250.*

L’absence de traitement des plaintes est, à l’inverse, un indicateur de faible maturité de la culture qualité de l’organisation[1].

- *Exemple :* Suite à des réclamations répétées sur des erreurs de facturation, la direction peut décider de former le personnel administratif à un nouveau logiciel (action corrective) pour supprimer définitivement cette source d'insatisfaction.

4. **Un levier de fidélisation et de restauration de la confiance :** La gestion des réclamations influence directement la réputation de la clinique. Une réponse rapide et empathique à une plainte permet souvent de restaurer la confiance du patient, le transformant parfois en un promoteur de l'établissement malgré l'incident initial[2].
    - *Exemple :* Un patient mécontent de l'accueil qui reçoit un appel de la direction pour s'excuser et expliquer les mesures prises se sentira écouté et valorisé, ce qui renforce sa fidélité à l'établissement pour ses soins futurs.

2.4. Le rôle de l'audit interne dans la détection des écarts de service

L’audit interne ne doit pas être perçu comme une simple inspection administrative, mais comme un instrument de pilotage permettant de vérifier le fonctionnement et l’efficacité des processus de soins. Dans le secteur hospitalier privé, il constitue le capteur essentiel pour identifier les « dysfonctionnements », définis comme les écarts entre le fonctionnement réel et le fonctionnement attendu par l’organisation. Son action s'articule autour de la détection de quatre types d'écarts majeurs :

2.4.1. La détection de l'écart de livraison (Gap 3) : de la procédure à la pratique

L’audit interne a pour mission première de vérifier si les processus décrits dans le manuel de gestion sont mis en pratique de façon effective sur le terrain. Il permet de mesurer l'écart entre les spécifications de qualité (les protocoles médicaux) et le service réellement fourni par le personnel. Cet audit « de terrain » est indispensable car, dans les services, le domicile ou la chambre du patient constituent des « boîtes noires » pour la direction[3].

- *Exemple :* Un auditeur interne observe la mise en œuvre du protocole de « prise en charge de la douleur ». Il peut ainsi détecter que, bien que le protocole exige une éva-

[1] *QUALI-CONSEIL, « La norme ISO 9001:2008, un outil de gestion », p. 13.*
[2] *CQO at WORK, « La qualité perçue dans les services de santé », 18 septembre 2024.*
[3] *Daniel Obled, LA NORME ISO 9001:2008, UN OUTIL DE GESTION, Quali-Conseil Inc, p. 14 et p.16 .*

luation toutes les 4 heures (standard), l'infirmière ne le réalise que lors de la distribution des repas par manque de temps, révélant un écart de livraison critique pour la sécurité des soins.

2.4.2. L'identification des lacunes de standardisation (Gap 2)

Le rôle de l'auditeur est aussi d'analyser si la direction parvient à traduire les attentes des patients en normes de service rigoureuses. L'audit interne permet de pointer l'absence de critères clairs ou l'inadéquation des ressources allouées pour atteindre les objectifs de qualité fixés[1].

- *Exemple :* L'audit peut révéler que la clinique a fixé un objectif de « réponse aux appels malades en moins de 3 minutes », mais que l'absence de terminaux mobiles pour le personnel soignant rend cet objectif techniquement irréalisable, créant un écart entre l'intention managériale et la norme opérationnelle.

2.4.3. L'objectivation des écarts de connaissance et de communication (Gap 1 et 4)

L'audit interne examine la circulation de l'information entre le patient, le personnel de contact et la direction. Il permet de corriger le « Gap de connaissance » (quand la direction ne comprend pas ce que le patient attend) et le « Gap de communication » (quand les promesses faites au patient dépassent la capacité réelle de l'établissement)[2].

- *Exemple :* En auditant les réclamations liées à la facturation, l'auditeur peut découvrir que le livret d'accueil promet un « tiers payant intégral », alors que les conventions avec certaines mutuelles ne le permettent pas. Cet écart de communication nuit à la confiance et à l'image de marque de la clinique.

2.4.4. L'audit comme « cale » du cycle d'amélioration continue (PDCA)

Dans la logique du cycle **PDCA** (*Plan-Do-Check-Act*), l'audit interne assure la fonction « Check » (vérifier). Il sert de « cale » pour prévenir tout retour en arrière après la mise en place d'actions correctives, garantissant que les progrès en matière de sécurité des soins sont pérennisés[3].

---

[1] *Kirmi et al., op. cit., p. 35.*
[2] *Ibid.*
[3] *LA PRÉVENTION MÉDICALE, « Concepts clés en démarche d'amélioration de la qualité des soins », fiche méthode 300, mise à jour 25/09/2020.*

- *Exemple :* Après une série d'erreurs médicamenteuses, la clinique impose un double contrôle visuel. L'audit interne, réalisé trois mois plus tard, vérifie que cette pratique est devenue un réflexe systématique et non une mesure éphémère, sécurisant ainsi le parcours du patient sur le long terme.

2.5. La gestion des preuves : comment transformer la donnée patient en indicateur de performance

La gestion de la performance dans une clinique privée ne peut plus reposer sur des impressions diffuses ; elle exige la construction d'un système de preuves fondé sur la donnée patient. Ce processus de transformation s'articule autour de quatre dimensions majeures :

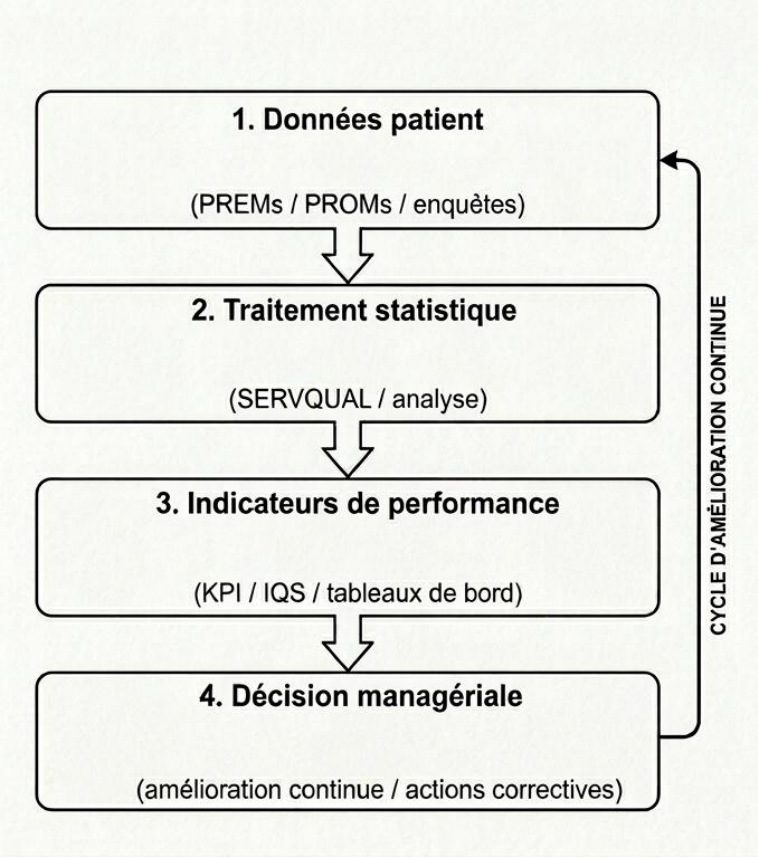
1. **L'objectivation de l'expérience patient : du ressenti à la donnée exploitable** : Le pilotage de la qualité en milieu hospitalier repose sur le principe fondamental qu'il n'y a pas de qualité sans mesure. Pour une clinique privée, l'enjeu est de transposer les perceptions subjectives des patients en « preuves » concrètes, quantifiables et exploitables. Cette transformation permet de sortir du domaine de l'intuition pour fonder les décisions managériales sur l'analyse rigoureuse d'informations et de données fiables[1].
2. **La capture méthodique de l'expérience vécue : PREMs et PROMs** : La donnée patient est recueillie à travers des instruments de mesure spécifiques tels que les **PREMs** (*Patient Reported Experience Measures*), qui évaluent l'expérience vécue lors du séjour, et les **PROMs** (*Patient Reported Outcome Measures*), centrés sur les résultats de santé rapportés par le patient lui-même. Ces outils, complétés par les enquêtes de satisfaction, servent de levier pour ajuster les pratiques cliniques et renforcer la sécurité des soins en intégrant directement la « voix du patient » dans la stratégie d'amélioration[2].
3. **La modélisation de la performance par le score SERVQUAL** : Pour transformer ces données brutes en indicateurs de performance (KPI), les gestionnaires mobilisent souvent le modèle **SERVQUAL**. Ce processus permet de convertir des réponses qualitatives (recueillies via des échelles de Likert) en pourcentages et moyennes statistiques, facilitant ainsi la lecture et l'interprétation des résultats par la direction.

[1] *La Prévention Médicale, op. cit.*
[2] *CQO at Work, op. cit.*

L'indicateur de qualité de service (IQS) devient alors une preuve mathématique de l'adéquation ou de la défaillance de la prestation par rapport aux attentes initiales[1].

4. **L'indicateur de performance comme preuve stratégique et outil de décision** : Le but ultime de cette transformation est d'apporter la « preuve de la valeur ajoutée » de l'établissement dans sa prise en charge. En intégrant ces indicateurs dans des tableaux de bord qualité, l'organisation peut identifier précisément les causes racines des dysfonctionnements et piloter des actions correctives ciblées. Ces preuves quantifiées constituent le socle de la performance globale, permettant de légitimer les choix de gouvernance auprès des financeurs et d'assurer la pérennité de la certification hospitalière[2].

Figure 11: Transformation de la donnée patient en indicateur de performance



Source : élaboré par nous-mêmes à partir de notre revue de littérature.

[1] *Mahjoubi, op. cit., p. 29.*
[2] *Saunier, op. cit., p. 282.*

3. Section 03 : Contribution de la certification ISO 9001 à l'amélioration de la qualité de service

La certification ISO 9001 ne se limite pas à une exigence administrative ; elle constitue un véritable levier de transformation pour les établissements de santé. Afin d'en analyser la contribution à l'amélioration de la qualité de service, cette section s'articule autour de trois axes complémentaires. Dans un premier temps, nous examinerons le cycle PDCA en tant que moteur méthodologique de l'amélioration continue des soins. Dans un second temps, nous analyserons comment la standardisation des processus permet de réduire la variabilité et de sécuriser le parcours patient. Enfin, nous démontrerons en quoi l'engagement managérial constitue le facteur humain déterminant pour ancrer une véritable culture de service au sein des équipes soignantes.

3.1. Le cycle PDCA comme moteur de l'amélioration continue des soins

La mise en œuvre de la norme ISO 9001 au sein d'une clinique privée repose sur une méthodologie rigoureuse : le cycle **PDCA** (*Plan-Do-Check-Act*). Ce cadre de gestion n'est pas étranger au monde médical, car il trouve un écho direct dans les principes fondamentaux de la prise en charge clinique. En effet, la séquence « signes, diagnostic, traitement et suivi du traitement » constitue l'équivalent exact de la démarche de management de la qualité. Cette convergence permet d'intégrer la rigueur administrative aux pratiques soignantes pour transformer chaque acte en une opportunité de progrès[1].

Le dynamisme de cette approche est symbolisé par la **roue de Deming**, qui agit comme une force motrice sur une « pente ascendante » représentant l'amélioration continue des prestations. Dans ce modèle, la phase de vérification (le « Check »), basée sur l'évaluation périodique des résultats, joue le rôle crucial de « cale ». Cette cale est indispensable pour prévenir tout retour en arrière et pour pérenniser les acquis sécuritaires et les bonnes pratiques déjà instaurées dans l'établissement. Sans cette étape de contrôle, les progrès réalisés risqueraient de s'estomper face aux contraintes opérationnelles quotidiennes[2].

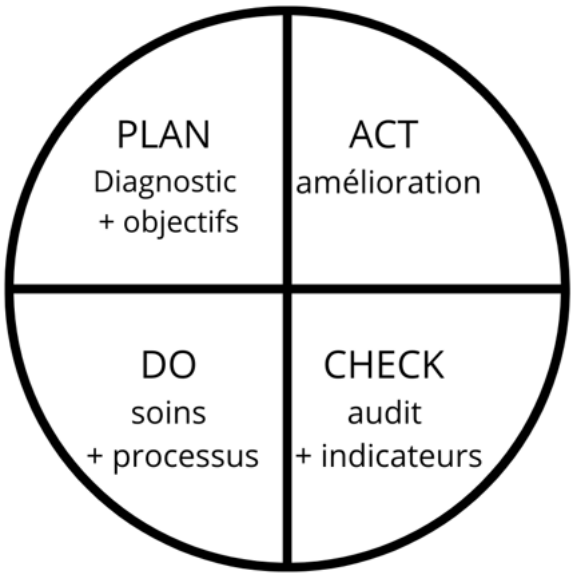
---

[1] *Kirmi et al., op. cit., p. 22-23.*

[2] *Patrice ROUSSEL, « Concepts clés en démarche d'amélioration de la qualité des soins », La Prévention Médicale, fiche méthode 300, mise à jour 25/09/2020*

L'objectif final de l'application du cycle PDCA est de transformer chaque dysfonctionnement, qu'il soit d'ordre clinique ou logistique, en une donnée d'entrée exploitable. En analysant systématiquement les causes des anomalies ou des événements indésirables, la direction peut planifier des **actions correctives** ciblées. Cette méthode permet non seulement d'éliminer les problèmes à la racine, mais aussi d'assurer une amélioration durable de la performance hospitalière en plaçant la sécurité du patient au cœur du système de décision[1].

Figure 12: Schéma du cycle PDCA appliqué à une clinique



Source : élaboré par nous-mêmes à partir de notre revue de littérature.

Le cycle PDCA (Plan–Do–Check–Act) représente une démarche d'amélioration continue appliquée à la gestion de la qualité en clinique. La phase *Plan* consiste à réaliser un diagnostic et définir les objectifs qualité. La phase *Do* correspond à la mise en œuvre des soins et des processus. La phase *Check* permet d'évaluer les résultats à travers des audits et des indicateurs de performance. Enfin, la phase *Act* vise à corriger et améliorer le système afin d'assurer une amélioration continue.

[1] *World Health Organisation (WHO), Measuring hospitals performance to improve the quality of care in Europe, Report 2003, p. 8, cité in Sara DEHBI et Khadija ANGADE, « Contrôle et analyse des coûts-performances cachés liés aux dysfonctionnements au sein des hôpitaux », p. 23*

3.2. Standardisation des processus et réduction de la variabilité

L'enjeu de la standardisation en milieu hospitalier privé est de répondre au défi majeur de l'**hétérogénéité des services**. Contrairement à un produit industriel, une prestation de soin est par nature fluctuante : elle ne peut être stockée et sa qualité varie selon le moment de la journée, l'état de fatigue du personnel soignant ou la réceptivité du patient. Cette variabilité intrinsèque signifie qu'un patient pourrait recevoir un traitement différent selon l'équipe de garde, ce qui constitue un risque pour la sécurité et une rupture d'équité[1].
La norme ISO 9001 répond à cette problématique non pas par une « robotisation » des soins, mais par une **maîtrise rigoureuse des variations** au sein des processus.

3.2.1. La formalisation, la traçabilité et la documentation des processus

La standardisation impose de décrire par écrit les processus de réalisation et de support. Ce travail de documentation permet de transformer des savoir-faire individuels et tacites en un **référentiel organisationnel partagé**. En obligeant les équipes à définir précisément « qui fait quoi, comment et quand », la clinique capitalise sur ses succès et réduit le flou opérationnel qui est souvent source d'erreurs médicales[2].

Cette formalisation s'appuie sur une gestion rigoureuse de l'**information documentée**, incluant l'utilisation systématique de **protocoles écrits** et de **modes opératoires** pour encadrer les pratiques. En milieu hospitalier, cela se traduit concrètement par la mise en place de **fiches de suivi**, de fiches de liaison, de fiches navettes et de check-lists permettant de maîtriser les risques opérationnels. L'**importance des dossiers patients** est ici capitale, non seulement pour assurer la continuité des soins, mais aussi pour répondre aux exigences réglementaires de transparence et de sécurité. Enfin, l'**archivage des données** et la documentation de la gestion des propriétés des patients garantissent la fiabilité des résultats et la traçabilité complète de chaque acte médical.[3]

[1] *SAUNIER Paul-Laurent, op. cit., p. 83-84*
[2] Ibid., p. 301
[3] **Olivier TRAN VAN**, *Rapport d'audit interne ISO 9001 version 2015 — Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière*, Unité REQPHARM, Juin 2022, page 5.

Table 6: Effets de la standardisation en milieu hospitalier

Dimension	Avant standardisation	Après ISO 9001
Organisation des soins	Variable selon les équipes	Processus homogènes
Risque d'erreur	Élevé	Réduit
Communication interne	Informelle	Structurée et tracée
Continuité des soins	Inégale	Assurée et coordonnée
Qualité perçue	Fluctuante	Stabilisée

Source : élaboré par nous-même à partir de notre analyse.

3.2.2. La réduction des coûts de non-qualité et la sécurisation du parcours patient

Une variabilité non maîtrisée entraîne des « dysfonctionnements » (écarts entre le service attendu et le service rendu) qui génèrent des **coûts cachés** importants : temps perdu en retouches administratives, gestion des réclamations, ou plus grave, allongement de la durée de séjour suite à une complication évitable. La standardisation agit comme un filtre préventif, stabilisant les résultats pour atteindre une performance d'ensemble constante[1].

3.2.3. La standardisation comme outil de sécurisation du parcours patient

La **standardisation** des processus vise à offrir des services de santé de manière consistante, homogène et régulière. En uniformisant les pratiques, l'établissement parvient à une **réduction des erreurs** médicales et limite les écarts par rapport aux protocoles établis. Cette approche favorise une meilleure **coordination des équipes** pluridisciplinaires, car chacun connaît précisément son rôle et les étapes à suivre, ce qui fluidifie la communication interne. La standardisation devient ainsi un levier de **sécurisation du parcours patient**, garantissant un accès à des soins sans danger et efficaces. Elle assure la **continuité des soins** en structurant le passage du patient entre les différents services ou intervenants. [2]

[1] *Ibid., p. 338-339*

[2] **Certification QSE**, *ISO 9001 en hôpital : Un levier stratégique pour la recherche clinique*, Mars 2025, Section "**Bénéfices de l'ISO 9001**".

1) **L'équité de soin par la garantie de la « pratique professionnelle » :** La standardisation garantit que, quelle que soit la condition du bénéficiaire (autonome ou très dépendant), la **rigueur de l'acte technique** reste identique. Par exemple, le protocole d'hygiène ou d'administration des médicaments ne doit pas fluctuer selon l'affinité entre le soignant et le soigné. Cette stabilité assure à chaque patient un niveau de sécurité « sans couture » tout au long de son parcours hospitalier.
2) **L'articulation entre standardisation technique et personnalisation relationnelle :** Il est crucial de noter que plus le **service de base** (l'acte médical) est standardisé et maîtrisé, plus le personnel dispose de la sérénité nécessaire pour se consacrer à la **qualité relationnelle**. La norme ISO 9001 fournit le cadre de sécurité technique (le « quoi ») qui sert de socle à la personnalisation du prendre-soin (le « comment »), permettant ainsi de concilier efficacité clinique et humanisation[1].

3.2.4. Les limites de la standardisation dans les services de santé

Malgré ses bénéfices, la standardisation rencontre des limites intrinsèques au secteur de la santé, car **chaque patient est différent** et présente des besoins uniques. La littérature souligne la "difficile standardisation des activités hospitalières" en raison de la nature même de la prestation de soins, où le patient est à la fois bénéficiaire et acteur de sa propre prise en charge. Il est impératif de **garder une dimension humaine** et de ne pas transformer le soin en un processus purement industriel ; la **qualité relationnelle** et l'écoute restent essentielles pour la satisfaction globale de l'usager. Une application trop rigide de la norme pourrait conduire à une résistance des professionnels qui voient dans la standardisation une menace pour leur autonomie clinique et la personnalisation des soins. [2]

3.3. L'impact de l'engagement managérial sur la culture de service au sein des équipes

3.3.1. Le rôle stratégique de la direction dans le SMQ

La norme ISO 9001 place explicitement le **leadership** au cœur du Système de Management de la Qualité (SMQ). La direction a pour mission de définir les orientations de l'éta-

[1] *Ibid., p. 248*
[2] CHAHOUATI Wadiâ, La norme ISO 9001 V 2015 à l'hôpital : Les exigences normatives face aux contingences hospitalières, Revue des Etudes et Recherches en Logistique et Développement, 2022, page 12.

blissement et de maintenir un climat interne propice à l'implication du personnel dans la réalisation des objectifs. Loin d'être une simple formalité, l'engagement de la direction constitue le socle indispensable au développement d'une véritable culture qualité. Cette exigence normative impose une vision managériale forte qui transcende les aspects techniques pour s'inscrire dans une transformation culturelle profonde de la clinique.[1]

Cette implication managériale se manifeste concrètement par trois leviers opérationnels essentiels. D'abord, **la définition d'une politique qualité** : la direction établit des objectifs qui orientent l'ensemble des décisions stratégiques, en intégrant les enjeux internes et externes de l'environnement hospitalier.[2]Ensuite, **l'allocation de ressources** : le management assure la disponibilité des ressources humaines et matérielles nécessaires au fonctionnement des processus, notamment à travers un investissement dans la formation continue du personnel. Enfin, **la communication bidirectionnelle** : une communication interne efficace permet d'éviter le cloisonnement organisationnel. La direction ne doit pas seulement imposer des procédures, mais favoriser l'écoute des remontées de terrain pour ajuster sa vision.[3]

3.3.2. De l'engagement managérial à l'adhésion des équipes

L'hypothèse 2 de notre recherche postule que l'efficacité du SMQ dépend de l'articulation entre l'engagement stratégique de la direction et l'implication opérationnelle des soignants. La réussite des démarches qualité repose sur la capacité du management à susciter une adhésion aux objectifs de l'entreprise. Sans une vision managériale claire, les protocoles ISO sont perçus comme des contraintes bureaucratiques rigides, générant des résistances au changement. À l'inverse, un leadership exemplaire transforme ces référentiels en outils qui sécurisent le quotidien des équipes et valorisent leur expertise technique. L'implication du personnel, principe fondamental du management de la qualité, permet alors de transformer chaque soignant en ambassadeur de la qualité de service[4].

3.3.3. Les conséquences observables sur la culture de service

Un engagement managérial authentique produit des effets mesurables sur la performance globale :

[1] **Daniel OBLED**, *La norme ISO 9001:2008, un outil de gestion*, Quali-Conseil Inc, page 6.
[2] **Brahim KIRMI et al.**, op. cit., page 33
[3] **Daniel OBLED**, op. cit., page 8.
[4] Paul-Laurent SAUNIER, *op. cit.*, p. 272.

- **Réduction du turnover :** Une direction qui valorise le capital humain et investit dans le bien-être au travail renforce la confiance organisationnelle et réduit la rotation du personnel[1].
- **Amélioration de la satisfaction patient :** Des équipes sécurisées et impliquées sont plus disponibles pour l'écoute et l'empathie, facteurs déterminants de la qualité perçue.
- **Maturité du SMQ :** Les audits internes ne sont plus vécus comme des inspections, mais comme des outils d'apprentissage permettant de vérifier l'efficacité des processus et de corriger les faiblesses[2].

[1] Ibid., p. 174 et p. 284.
[2] Daniel OBLED, *op. cit.*, p. 14.

Conclusion

Au terme de ce chapitre, il apparaît que la qualité de service au sein d'une clinique privée ne peut se réduire à la simple efficacité de l'acte médical. Comme nous l'avons exploré, la performance de l'institution repose sur une **double architecture** :
d'une part, une **qualité technique** rigoureuse, garante de la sécurité des soins et de la fiabilité des diagnostics ; d'autre part, une **qualité fonctionnelle** qui transforme l'expérience du patient à travers l'accueil, la communication et l'environnement physique.
L'utilisation du **modèle SERVQUAL** nous a permis de comprendre que la satisfaction ne naît pas de la prestation brute, mais de la réduction de l'écart (Gap) entre les attentes idéalisées du patient et son vécu réel. Les cinq dimensions clés **tangibilité, fiabilité, réactivité, assurance et empathie** constituent désormais la boussole managériale indispensable pour piloter cette « servuction » complexe. L'étude empirique de Benachenhou, Benhabib et Kessas confirme d'ailleurs que les facteurs non-techniques influencent la perception globale à un niveau d'importance équivalent aux facteurs techniques.
Cependant, transformer ces perceptions subjectives en leviers de performance exige une structure formelle. C'est ici que la **démarche qualité**, portée par des outils comme le **cycle PDCA** (Planifier, Faire, Vérifier, Agir), prend tout son sens. En standardisant les processus, la clinique ne se contente pas de réduire les risques et les coûts de non-qualité ; elle crée une culture d'**amélioration continue** où chaque dysfonctionnement devient une opportunité d'innovation.
En définitive, la qualité de service est le socle sur lequel se bâtit la confiance et, par extension, la fidélité du patient dans un marché de la santé de plus en plus concurrentiel. Cette maîtrise opérationnelle de la qualité de service trouve son prolongement naturel dans les exigences normatives internationales. C'est pourquoi, après avoir clarifié les enjeux de la prestation de service, il convient maintenant d'analyser comment le référentiel **ISO 9001:2015** offre un cadre universel pour pérenniser et certifier ce système de management de la qualité, objet de notre prochain chapitre.

CHAPITRE III :

la certificat ISO 9001 au sein de la clinique NOUACER : quelle amélioration de la qualité de service ?

Chapitre 03 : la certificat ISO 9001 au sein de la clinique NOUACER : quelle amélioration de la qualité de service ?

Introduction

Après avoir abordé dans les deux premiers chapitres les aspects théoriques relatifs à la norme International Organization for Standardization ISO 9001 version 2015 ainsi qu'à la qualité de service dans les établissements de santé, nous allons consacrer ce troisième chapitre à l'étude pratique menée au sein de la clinique NOUACER afin de répondre à notre problématique de recherche ainsi qu'aux hypothèses formulées.

Ce chapitre est subdivisé en trois sections principales :

La première section sera consacrée à la présentation de l'organisme d'accueil au sein duquel nous avons effectué notre stage pratique. Elle portera notamment sur l'organisation de la clinique, ses principales activités ainsi que son système de management de la qualité.

La deuxième section sera dédiée à la présentation de la démarche qualité mise en place au sein de la clinique ainsi qu'aux objectifs poursuivis à travers l'adoption de la certification ISO 9001 version 2015. Cette section permettra également de mettre en évidence l'implication de la direction et du personnel dans l'amélioration continue de la qualité des services offerts aux patients.

La troisième section sera consacrée à l'analyse et à l'interprétation des résultats de l'enquête réalisée auprès des patients ainsi qu'à l'entretien mené avec le directeur général, également responsable qualité de la clinique. Cette analyse a pour objectif d'évaluer l'impact de la démarche qualité sur l'amélioration de la qualité de service et sur la satisfaction des patients.

Enfin, nous terminerons ce chapitre par une synthèse des principaux résultats obtenus ainsi qu'une série de recommandations visant à renforcer davantage l'efficacité de la démarche qualité et l'amélioration continue des prestations de la clinique.

1. Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil

Le secteur des cliniques privées en Algérie connaît depuis les années 1990 une expansion significative dans un environnement de plus en plus concurrentiel, où la qualité des prestations est devenue un facteur de différenciation essentiel. Face à une patientèle exigeante et parfois tentée par des soins à l'étranger, ces établissements se tournent progressivement vers des référentiels internationaux tels que la norme ISO 9001, qui leur offre un cadre structurant pour optimiser leurs processus, clarifier les responsabilités et réduire les erreurs médicales. Toutefois, cette démarche se heurte encore à des obstacles majeurs : résistance au changement, coûts de certification élevés, manque de formation spécialisée et insuffisance de digitalisation. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude de terrain au sein de la Clinique NOUACER, dont nous allons à présent présenter l'organisation et la démarche qualité.

1.1. Présentation de la clinique NOUACER

La Clinique NOUACER est un centre de diagnostic médico-chirurgical situé dans la commune de Bab Ezzouar à Alger. Lancée le 07 février 2016, elle s'est rapidement imposée comme un établissement de référence à l'échelle. La clinique vise à offrir une prise en charge médicale répondant aux exigences de qualité, de sécurité et de satisfaction des patients.

1.1.1. **Mission et service de la clinique**

La clinique dispose de plusieurs services médicaux et techniques permettant d'assurer une prise en charge multidisciplinaire des patients. Parmi les principaux services proposés figurent :

- Service de Radiologie : Diagnostique et interventionnelle.
- Laboratoire d'analyses médicales : Analyses biologiques complètes.
- Urgences Médicales : Disponibles 7j/7 et 24h/24.
- Consultations Spécialisées : Cardiologie, médecine interne, rhumatologie, diabéto-endocrinologie, nutrition et diététique, médecine générale et pédiatrie.
- Une ambulance médicalisée est disponible (tarif selon la distance).

1.1.2. **Vision de la clinique**

La direction de la Clinique NOUACER s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, reposant sur trois piliers essentiels :

- Gestion économique efficiente.
- Intégration sociale.
- Respect de l'environnement.

1.2. Fiche technique de la clinique NOUACER

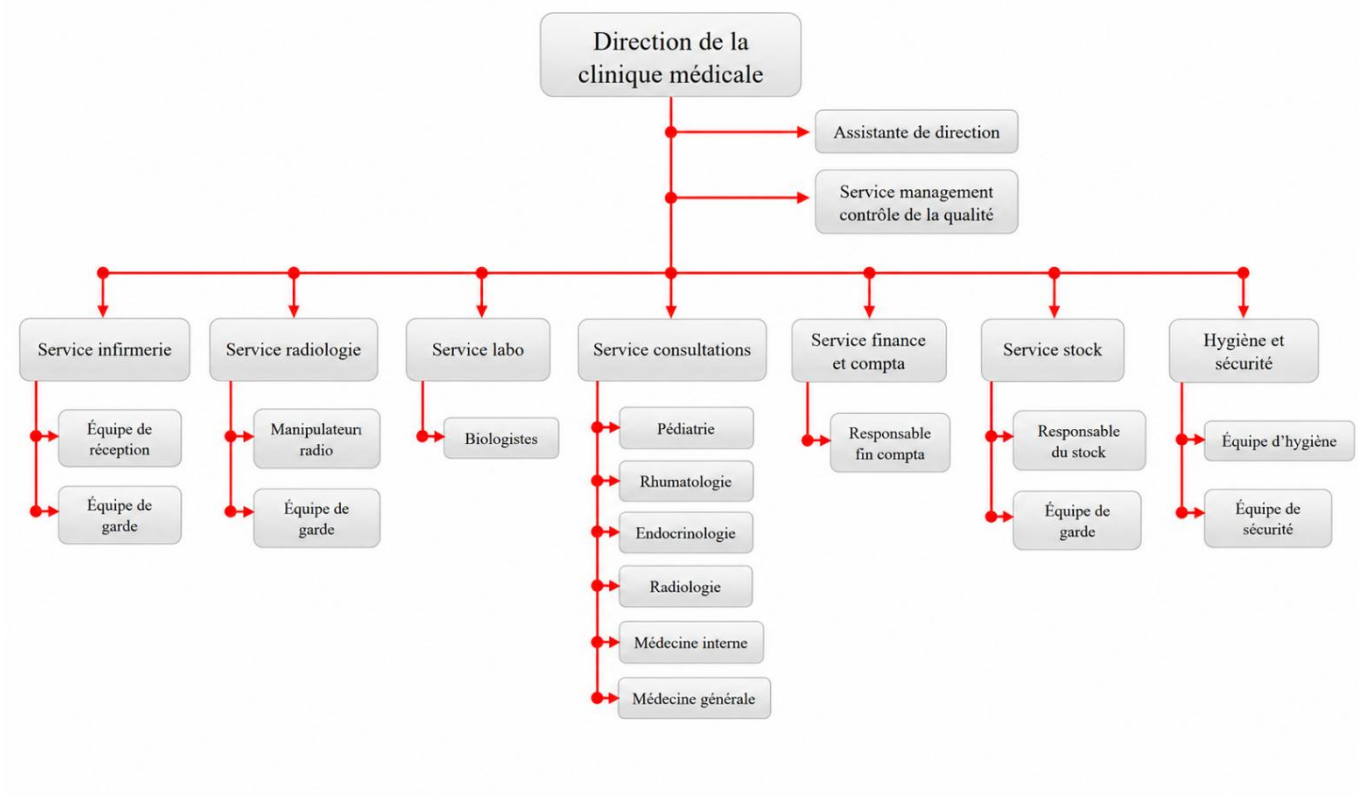
Table 7: Fiche technique de la clinique

L'établissement	La clinique NOUACER
Secteur d'activité	Santé
Slogon de la clinique	CLINIQUE NOUACER CLINIQUE MEDICO-DIAGNOSTIC
Type d'établissement	Clinique medico-diagnostique
Statut juridique	SARL NOUACER
Localisation	Cité 5 Juillet Bt D-94 N°106, Bab Ezzouar, Alger.
Effectif	35 (médecins et administratifs)
Superficie	R+1
Contacte	Tél/Fax : 023 835 514 / 023 835 353. Mob : 0560 363 714 / 0560 331 858.
Email	sarl.nouacer2013@gmail.com.
Site web	www.cliniquenouacer.com

Source : fiche élaborée par nos soins à partir des documents internes de la clinique.

1.3. Organigramme

Figure 13: l'organigramme de la clinique



Source : Élaboration personnelle à partir de l'organigramme de la clinique

L'organigramme de la clinique médicale présente l'organisation hiérarchique et fonctionnelle des différents services. Au sommet de cette structure se trouve la direction de la clinique médicale, qui assure la gestion globale, la prise de décision et la coordination de l'ensemble des activités.

La direction est appuyée par une assistante de direction ainsi qu'un service chargé du management et du contrôle de la qualité, garantissant le bon fonctionnement administratif et le respect des normes.

Sous cette direction, plusieurs services opérationnels sont organisés de manière structurée. Le service infirmerie regroupe l'équipe de réception ainsi que l'équipe de garde, assurant l'accueil des patients et la continuité des soins.

Le service radiologie comprend les manipulateurs radio ainsi que l'équipe de garde, responsables des examens d'imagerie médicale. Le service laboratoire est constitué des biologistes, chargés des analyses médicales nécessaires au diagnostic.

Le service consultations regroupe les différentes spécialités médicales, notamment la pédiatrie, la rhumatologie, l'endocrinologie, la radiologie, la médecine interne et la médecine générale. Ce service constitue un pilier central dans la prise en charge des patients.

Par ailleurs, le service finance et comptabilité est chargé de la gestion financière de la clinique, sous la responsabilité du responsable finance et comptabilité.

Le service stock assure la gestion des équipements et des consommables médicaux, tandis que le service hygiène et sécurité veille au respect des règles d'hygiène et à la sécurité des patients et du personnel, à travers ses équipes dédiées.

Ainsi, cet organigramme met en évidence une organisation structurée et complémentaire, permettant d'assurer une prise en charge efficace et de qualité au sein de la clinique.

2. Section 02 : la démarche qualité au sein de la clinique NOUACER

Après avoir abordé les aspects théoriques de la démarche qualité, nous allons présenter dans cette section son application au sein de la Clinique NOUACER
Cette démarche a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et des services, de répondre aux attentes des patients et d'assurer une amélioration continue des performances de la clinique. Dans cette section, nous allons présenter la démarche qualité adoptée par la clinique, les raisons de l'adoption de la certification ISO 9001, les objectifs recherchés ainsi que les différentes étapes de mise en œuvre du Système de Management de la Qualité.

2.1. Présentation de la démarche qualité

La démarche qualité mise en place au sein de la Clinique NOUACER repose sur l'instauration d'un Système de Management de la Qualité (SMQ) conforme aux exigences de la norme ISO 9001 :2015. Ce système englobe l'ensemble des activités médicales et administratives de la clinique, notamment les consultations spécialisées, les services de radiologie, les analyses médicales, les urgences. À travers cette démarche, la clinique cherche principalement à assurer une prise en charge efficace et sécurisée des patients. Pour cela, elle s'appuie sur une organisation structurée basée sur des procédures et des protocoles clairement définis. Cette standardisation permet d'harmoniser les pratiques entre les différents services et de limiter les erreurs ou les dysfonctionnements pouvant affecter la qualité des soins. Par exemple, des procédures spécifiques liées à l'accueil des patients, à l'hygiène ou encore au suivi médical sont mises en place afin d'assurer une meilleure coordination du travail et une continuité dans la prise en charge. L'utilisation d'une documentation normalisée favorise également une compréhension commune des pratiques au sein de la clinique.

Ainsi, cette démarche qualité contribue non seulement à améliorer l'efficacité organisationnelle de l'établissement, mais aussi à répondre aux attentes croissantes des patients en matière de qualité, de sécurité et de fiabilité des soins dans le secteur de la santé privée en Algérie.[1]

[1] Manuel qualité de la clinique NOUACER

2.2. Les raisons d'adoption de la certificat ISO 9001

D’après les informations recueillies auprès de la direction à travers le guide d’entretien, plusieurs raisons principales ont motivé cette décision.

La Clinique NOUACER a engagé cette démarche dans le but d’améliorer son organisation interne en harmonisant les pratiques entre les différents services. L’objectif est de réduire les dysfonctionnements, de renforcer la coordination et d’assurer un fonctionnement plus fluide des activités.

Bien que la clinique soit une structure de taille relativement modeste, elle a choisi de s’inscrire dans une démarche de certification ISO 9001 :2015, traduisant la volonté de la direction d’améliorer la performance globale et la qualité des prestations offertes aux patients.

Cette certification vise également à renforcer la crédibilité de l’établissement, à améliorer la satisfaction des patients et à consolider son positionnement dans un environnement de santé de plus en plus concurrentiel.

Par ailleurs, la démarche qualité permet de structurer les processus internes grâce à la formalisation des procédures, facilitant ainsi la coordination entre les différents services et l’organisation des activités médicales.

Elle répond également aux exigences réglementaires du secteur de la santé, tout en contribuant à améliorer la sécurité des patients par la standardisation des pratiques et la maîtrise des risques.

Enfin, malgré certaines contraintes liées aux ressources disponibles, la démarche qualité constitue un investissement stratégique permettant à la clinique de s’inscrire dans une dynamique d’amélioration continue et de développement durable.

2.3. Les objectifs recherchés à travers la démarche

Il est important de préciser que les objectifs recherchés à travers la démarche qualité se distinguent des raisons d’adoption. Ces objectifs correspondent aux résultats attendus de la mise en place du système qualité. L’analyse des données issues du guide d’entretien permet de les regrouper en plusieurs axes principaux.

2.3.1. **Objectifs liés à la qualité et à la sécurité des soins**

L'un des objectifs fondamentaux est d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients. Cela se traduit par la mise en place de protocoles et de procédures permettant de réduire les risques d'erreurs médicales et d'améliorer la fiabilité des soins.

2.3.2. **Objectifs liés à la satisfaction des patients**

La clinique cherche également à améliorer la satisfaction des patients en renforçant la qualité de l'accueil, en réduisant les délais de prise en charge et en améliorant la communication ainsi que le suivi des soins. L'objectif est de renforcer la confiance des patients envers l'établissement.

2.3.3. **Objectifs liés à l'organisation interne**

La démarche qualité vise aussi à améliorer le fonctionnement interne de la clinique à travers la structuration des activités, la clarification des responsabilités et le renforcement de la coordination entre les différents services médicaux et administratifs.

2.3.4. **Objectifs liés à la maîtrise des risques et à l'amélioration continue**

Un autre objectif important est la maîtrise des risques et des dysfonctionnements. La clinique cherche à identifier rapidement les problèmes et à mettre en place des actions correctives. Cette démarche s'inscrit dans une logique d'amélioration continue des pratiques et des performances.

2.3.5. **Objectifs stratégiques et institutionnels**

Enfin, la démarche qualité permet de renforcer l'image, la crédibilité et le positionnement de la clinique. Elle répond également aux exigences liées à la certification Organisation internationale de normalisation 9001, en apportant un gage de confiance auprès des patients et des partenaires.

2.4. Présentation de l'organisme certificateur KIOSCERT

KIOSCERT[1] Certification est un organisme international spécialisé dans la certification des systèmes de management, des produits et des services selon les standards internationaux. Il joue un rôle important dans l'évaluation de la conformité des organisations aux exigences normatives.

2.4.1. **Activité principale**

KIOSCERT intervient dans le domaine de la certification et de l'évaluation de la conformité. Il accompagne les entreprises et organisations dans l'obtention de certifications reconnues, afin de garantir la qualité de leurs processus, la sécurité de leurs activités et leur conformité aux normes internationales.

2.4.2. **Domaines de certification**

L'organisme couvre plusieurs domaines de certification :

- ✓ ***Systèmes de management (ISO)***

KIOSCERT certifie plusieurs systèmes de management, notamment :

- ISO 9001 : Management de la qualité
- ISO 14001 : Management environnemental
- ISO 45001 : Santé et sécurité au travail
- ISO 27001 : Sécurité de l'information

- ✓ ***Certification des produits***
- ✓ ***Certifications spécialisées***
- ✓ ***Vérification environnementale***

[1] KIOSCERT, *Présentation de l'organisme*, disponible sur : https://kioscert.com/ (consulté le 05 mai 2026).

2.4.3. Mission et rôle

La mission de KIOSCERT est de :

- renforcer la fiabilité et la conformité des organisations
- accompagner les entreprises vers les standards internationaux
- promouvoir la qualité, l'éthique et la durabilité dans les pratiques organisationnelles

2.4.4. Processus de certification

Le processus de certification suit généralement les étapes suivantes :

1. Soumission de la demande et candidature
2. Étude et évaluation du dossier
3. Audit sur site ou à distance
4. Délivrance du certificat en cas de conformité

2.4.5. Positionnement de l'organisme

KIOSCERT se positionne comme un organisme international présent dans plusieurs pays. Il repose sur des principes fondamentaux tels que:

- l'indépendance
- l'impartialité
- la conformité aux exigences des normes internationales d'accréditation

2.5. Le processus de certificat ISO 9001

Le processus d'obtention de la certification ISO 9001 :2015 au sein de la Clinique NOUACER s'est déroulé de manière progressive et structurée. Les données issues des entretiens avec la direction et des documents internes permettent de le présenter en plusieurs phases principales :

2.5.1. Phase de diagnostic et d'analyse initiale

Au départ, la clinique a engagé une phase de diagnostic interne afin d'évaluer son mode de fonctionnement global. Cette étape a permis d'analyser les pratiques existantes au niveau des services médicaux, administratifs et techniques, et d'identifier les principaux dysfonctionnements ainsi que les besoins d'amélioration. L'objectif était de mieux comprendre les insuffisances organisationnelles et de poser les bases d'une démarche qualité structurée.

2.5.2. Phase de mise en place du Système de Management de la Qualité (SMQ)

À la suite de cette analyse, la clinique NOUACER a entamé la structuration de son Système de Management de la Qualité (SMQ). Cette phase a été marquée par l'élaboration d'un manuel qualité définissant la politique qualité de l'établissement, les objectifs poursuivis ainsi que les responsabilités des différents acteurs. Ce document a constitué une référence essentielle pour encadrer la démarche qualité.

2.5.3. Phase de formalisation des procédures

Durant cette phase, plusieurs procédures ont été mises en place afin d'encadrer et de standardiser les activités. Elles concernent notamment:

- La gestion documentaire ;
- La gestion des dossiers patients ;
- La gestion des non-conformités ;
- Les actions correctives et préventives ;
- Les audits internes ;
- Et le suivi des indicateurs qualité.

Ces procédures ont permis d'améliorer la coordination entre les services et de renforcer la maîtrise des activités.

2.5.4. Phase de formation et de sensibilisation du personnel

Par la suite, la clinique NOUACER a accordé une importance particulière à la formation et à la sensibilisation du personnel. Des sessions de formation ont été organisées afin de présenter les exigences de la norme et d'accompagner les équipes dans l'appropriation des nouvelles procédures. Cette étape a été déterminante pour garantir l'implication et l'adhésion du personnel médical, administratif et technique.

2.5.5. Phase de mise en œuvre et d'évaluation interne

Une fois les procédures déployées, la clinique a procédé à des audits internes ainsi qu'à une revue de direction. Ces actions ont permis d'évaluer l'efficacité du système de management de la qualité, de vérifier la conformité des pratiques et d'identifier les écarts éventuels. Des actions correctives ont ensuite été mises en œuvre afin d'améliorer le fonctionnement global de la clinique.

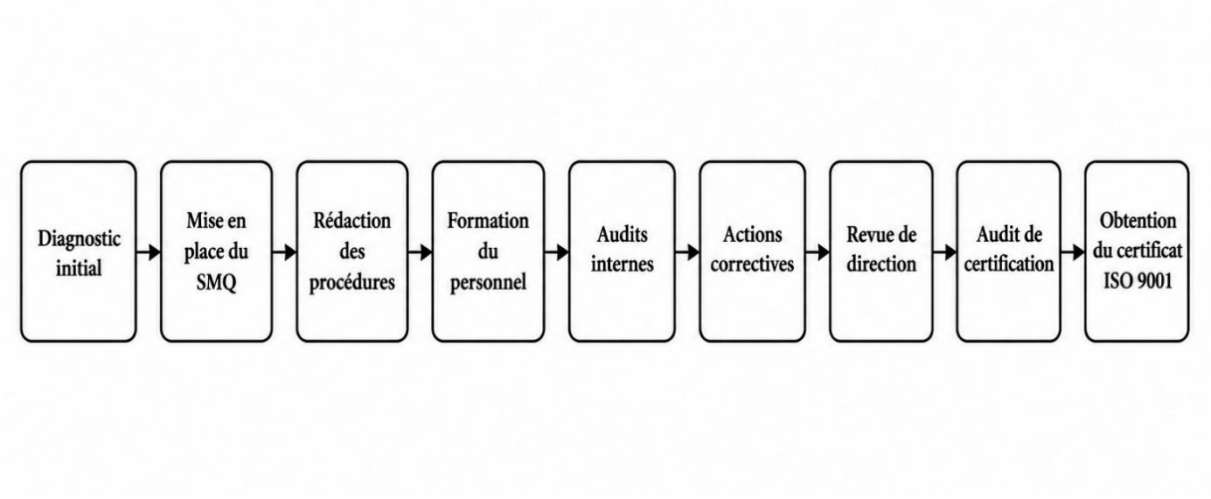
2.5.6. **Phase de certification et de reconnaissance externe**

Enfin, la clinique NOUACER a fait appel à un organisme certificateur externe **KIOSCERT** pour réaliser l'audit de certification. À l'issue de cette évaluation, la conformité du système a été validée, permettant à la clinique d'obtenir la certification ISO 9001 :2015.

2.5.7. **Phase d'amélioration continue**

Après l'obtention de la certification, la clinique s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue à travers le suivi des activités et la mise en œuvre d'actions d'optimisation afin de maintenir la performance du système qualité.

Figure 14: Le processus de certification ISO 9001



Source : Élaboration personnelle à partir de données interne de la clinique

2.6. La mise en œuvre de la démarche qualité

Lors de notre stage, et à travers l'entretien réalisé ainsi que les échanges informels avec le personnel, nous avons observé que la mise en œuvre de cette démarche qualité vise principalement à améliorer l'organisation interne et à optimiser la qualité des soins prodigués aux patients. Elle mobilise l'ensemble des services de la clinique, qu'ils soient médicaux, administratifs ou techniques, dans une logique d'harmonisation des pratiques et d'amélioration continue.

2.6.1. **Élaboration de la politique et des objectifs qualité**

Dans un premier temps, la direction a établi une **politique qualité** ainsi que des **objectifs stratégiques** orientés vers l'amélioration de la qualité des soins, la **sécurité des patients** et la performance globale de l'établissement. Ces orientations ont été diffusées à l'ensemble du personnel afin d'assurer leur appropriation et de favoriser leur implication dans la démarche.

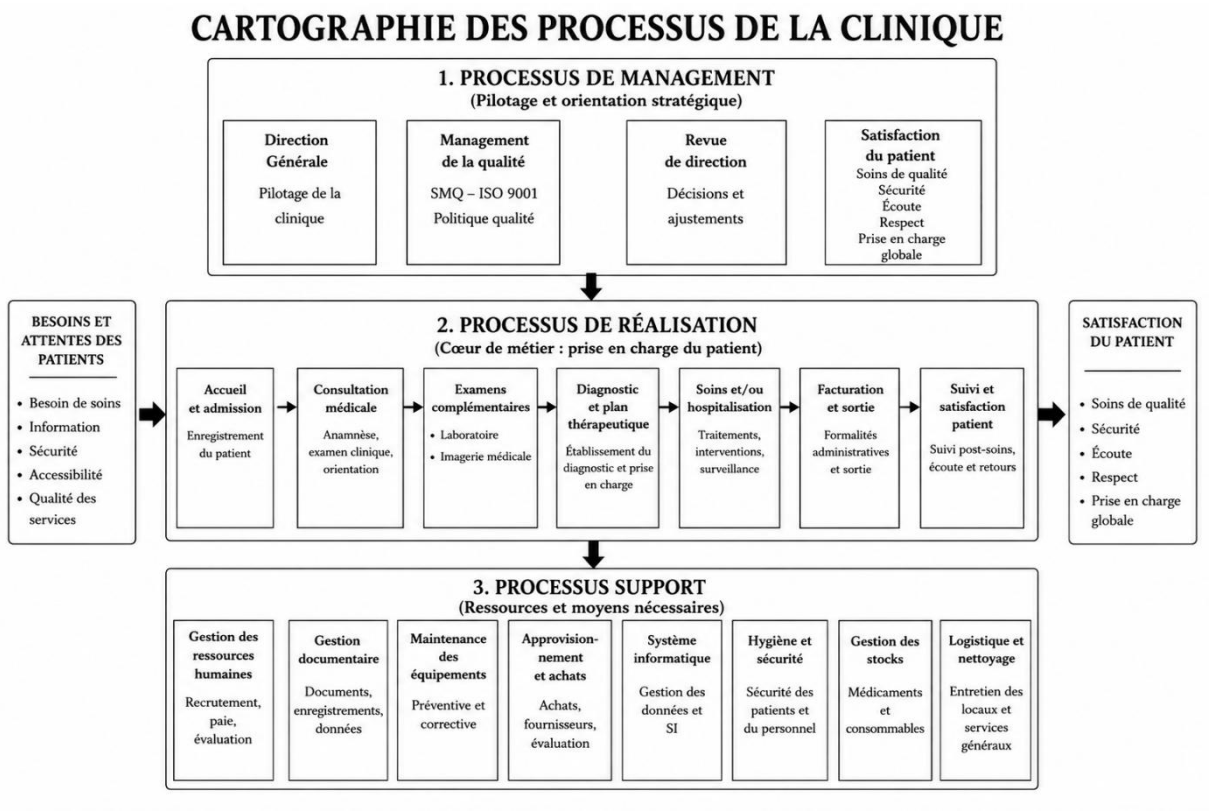
2.6.2. **Structuration des procédures et organisation des activités**

Par la suite, la clinique a mis en œuvre un ensemble de **procédures opérationnelles** visant à normaliser les activités quotidiennes. Chaque service a été invité à adopter des règles de fonctionnement précises afin de garantir une meilleure **coordination interservices** et de limiter les erreurs dans l'exécution des tâches.

Afin de matérialiser cette organisation et de répondre à l'**approche processus** exigée par la norme ISO 9001 :2015, la clinique NOUACER a élaboré une **cartographie globale de ses activités**. Cet outil stratégique permet de visualiser les interactions entre les différents services et de s'assurer que chaque tâche contribue efficacement à la satisfaction du patient. Conformément aux standards du management de la qualité, les activités de la clinique sont regroupées en trois familles de processus interdépendantes :

- **Les processus de management :** Ils assurent le pilotage stratégique de l'établissement, incluant la définition de la politique qualité et la revue de direction.
- **Les processus de réalisation :** Ils représentent le cœur de métier de la clinique et le parcours direct du patient, regroupant l'accueil, les consultations médicales, le laboratoire d'analyses et le service de radiologie.
- **Les processus de support :** Ils apportent les ressources nécessaires (humaines, techniques et documentaires) pour soutenir les activités médicales et administratives.

Figure 15: la cartographie des processus de la clinique NOUACER



Source : document interne

2.6.3. **Mise en place du système de gestion documentaire**

La clinique a également instauré un dispositif de **gestion documentaire**, permettant de maîtriser les documents qualité, d'assurer leur diffusion, leur accessibilité et leur mise à jour régulière. Cette organisation a contribué à renforcer la **traçabilité des informations** et à améliorer la gestion administrative.

Dans ce cadre, plusieurs **processus clés ont été formalisés et documentés** afin d'unifier les pratiques et d'assurer une meilleure maîtrise des activités. Parmi les principaux processus mis en place, on retrouve notamment :

le processus d'**accueil et admission des patients** ;
le processus de **consultation médicale** ;
le processus de **laboratoire d'analyses médicales** ;
le processus de **radiologie / imagerie médicale** ;

Afin d’illustrer concrètement la formalisation des processus dans le cadre de la démarche qualité, un exemple de fiche processus est présenté ci-après. Les autres processus élaborés au sein de la clinique figurent en annexe.

Figure 16: processus accueil et admission des patients au sein de la clinique NOUACER

CLINIQUE NOUACER CLINIQUE MEDICO-DIAGNOSTIC	**Fiche de processus** Accueil et admission des patients

FINALITE DE PROCESSUS		
Assurer un accueil efficace et une admission rapide et sécurisée des patients		
PILOTE DE PROCESSUS	**TYPE DE PROCESSUS**	
Responsable accueil	Processus opérationnel	
ELEMENTS D'ENTREE	**PRINCIPALES ACTIVITIES**	**ELEMENTS DE SORTIE**
• Arrivée du patient ; • Demande de consultation ou d'hospitalisation ; • Dossier administratif ; • Pièce d'identité ; • Prescription médicale / rendez-vous ; • Documents d'assurance ou de prise en charge.	1. Accueil et orientation du patient ; 2. Vérification des informations administratives ; 3. Création ou mise à jour du dossier patient ; 4. Enregistrement de l'admission ; 5. Attribution du service concerné ; 6. Transmission des informations aux services médicaux ; 7. Orientation du patient vers le service demandé.	• Patient admis et orienté ; • Dossier patient enregistré ; • Informations transmises aux services concernés ; • Traçabilité administrative assurée.

Clinique Nouacer

RESSOURCE NECESSAIRE	ELEMENT DE CONTROLE DU PROCESSUS
Ressources humaines • Agents d'accueil ; • Personnel administratif ; • Personnel médical concerné. Ressources matérielles • Ordinateurs ; • Logiciel de gestion des patients ; • Téléphone ; • Documents administratifs.	Indicateurs de performance • Temps moyen d'attente ; • Nombre de réclamations ; • Taux d'erreurs administratives ; • Taux de satisfaction des patients ; • Délai de traitement des admissions. Risques liés au processus • Erreurs dans les informations administratives ; • Retard dans la prise en charge ; • Mauvaise orientation du patient ; • Perte de documents ; • Insatisfaction des patients.

Source : document interne

2.6.4. Pilotage de la performance à travers les indicateurs qualité

Afin de mesurer l'efficacité du système, plusieurs **indicateurs de performance qualité** ont été définis, notamment :

- les délais de prise en charge des patients ;
- le nombre de réclamations ;
- les non-conformités relevées ;
- ainsi que le niveau de satisfaction des patients.

Ces outils de pilotage permettent d'identifier les axes d'amélioration et d'orienter les actions correctives.

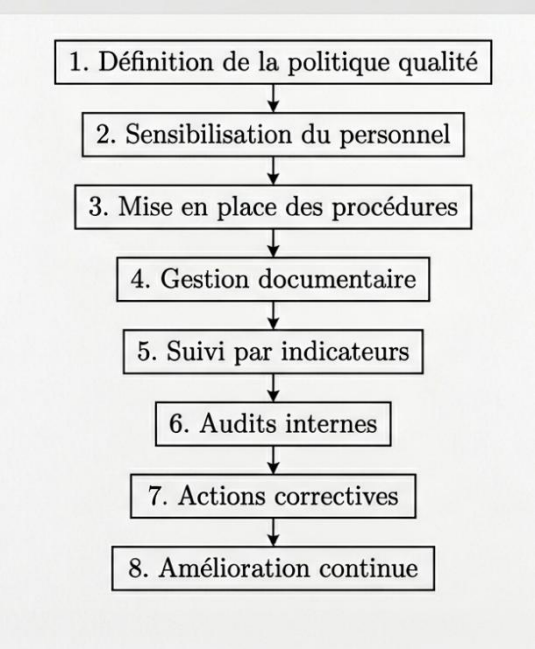
2.6.5. Mobilisation et sensibilisation du personnel

La réussite de la démarche repose également sur l'engagement du personnel. Dans ce sens, des actions de **sensibilisation**, de **formation continue** ainsi que des réunions internes ont été organisées afin de renforcer la **culture qualité** et d'accompagner les équipes dans l'application des nouvelles pratiques.

2.6.6. Suivi, évaluation et amélioration continue

Enfin, des **audits internes réguliers** ont été réalisés afin de vérifier la conformité des pratiques et d'identifier les écarts éventuels. Les anomalies constatées ont donné lieu à la mise en œuvre d'**actions correctives et préventives**, contribuant ainsi à l'amélioration continue du système de management de la qualité.

Figure 17: La mise en œuvre de la démarche qualité au sein de la clinique NOUACER



Source : Élaboration personnelle à partir de manuel qualité de la clinique

Afin de mieux illustrer les changements apportés par la démarche qualité au sein de la Clinique NOUACER le tableau suivant présente une comparaison entre la situation avant et après la mise en place du système qualité ISO 9001:2015.

Il convient de préciser que la Clinique NOUACER reste une structure en phase de développement. Malgré des ressources limitées et certains défis organisationnels, la clinique a progressivement engagé plusieurs actions d'amélioration dans le cadre de la démarche qualité ISO 9001:2015. Les changements observés demeurent évolutifs et s'inscrivent dans une logique d'amélioration continue.

Table 8: tableau comparative de la clinque avant et après la démarche qualité

Avant la démarche qualité	Après la démarche qualité
Activités réalisées de manière parfois informelle	Début de formalisation des procédures de travail
Coordination limitée entre certains services	Amélioration progressive de la communication interne
Gestion documentaire peu organisée	Mise en place d'un système documentaire plus structuré
Absence de certains outils de suivi	Début d'utilisation de quelques outils de contrôle et de suivi
Personnel peu sensibilisé aux notions de qualité	Renforcement progressif de la culture qualité
Responsabilités parfois non clairement définies	Clarification progressive des rôles et responsabilités
Fonctionnement centré principalement sur l'aspect médical	Intégration progressive des pratiques de management qualité
Peu de standardisation des pratiques	Harmonisation progressive de certaines méthodes de travail

Source : Élaboration personnelle à partir document interne de la clinique

2.7. Les difficultés rencontrées de la mise en œuvre de la démarche qualité

L'une des principales difficultés rencontrées concernait la résistance au changement de certains membres du personnel. Au début, certains employés percevaient les nouvelles procédures et les exigences documentaires comme une charge de travail supplémentaire. L'adaptation aux nouvelles méthodes de travail a donc nécessité du temps et un important travail de sensibilisation.

Parmi les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la démarche qualité, la clinique a également fait face à une faible familiarisation d'une partie du personnel médical avec les concepts de gestion, de management et de management de la qualité. En effet, les professionnels de santé sont principalement formés aux aspects médicaux et techniques de leur métier, tandis que les notions liées à l'organisation, au pilotage des processus et aux exigences des systèmes qualité restent parfois moins maîtrisées.

Cette situation a nécessité des efforts supplémentaires de sensibilisation, de formation et d'accompagnement afin de développer progressivement une culture qualité au sein de la clinique et de faciliter l'adhésion du personnel aux nouvelles pratiques organisationnelles.

La clinique a également rencontré des difficultés liées au manque de maîtrise des exigences de la norme Organisation internationale de normalisation 9001:2015, notamment au début de

la démarche. Une partie du personnel n'était pas suffisamment familiarisée avec les notions de système qualité, de traçabilité ou de gestion documentaire.

Par ailleurs, la mise en place de la documentation qualité a demandé un effort organisationnel important. L'élaboration des procédures, des protocoles, des formulaires et des enregistrements a nécessité beaucoup de temps et une forte implication des responsables de services.

La coordination entre les différents services représentait également un défi, notamment pour harmoniser les pratiques et assurer une application uniforme des procédures qualité dans toute la clinique.

En outre, certaines contraintes matérielles et organisationnelles ont parfois ralenti la mise en œuvre de la démarche, telles que la charge de travail quotidienne, le manque de temps pour les réunions qualité ou encore la nécessité d'assurer simultanément la continuité des soins et l'application des nouvelles exigences organisationnelles.

Afin de surmonter ces difficultés, la direction de la clinique a mis en place plusieurs actions, notamment :

- l'organisation de formations continues;
- La sensibilisation régulière du personnel ;
- l'accompagnement des équipes ;
- Le renforcement de la communication interne ;
- ainsi que l'implication progressive des différents services dans la démarche qualité.

Grâce à ces actions, la clinique a réussi progressivement à développer une culture qualité au sein de l'établissement et à améliorer l'adhésion du personnel aux objectifs du système de management de la qualité.

Table 9: Principales difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la démarche qualité au sein de la Clinique NOUACER

Difficultés rencontrées	Impacts observés	Solutions mises en place
Résistance du personnel	Difficulté d'application des procédures	Sensibilisation et formation
Manque de maîtrise des exigences ISO	Erreurs organisationnelles	Accompagnement des équipes
Charge documentaire	Retard dans certaines tâches	Structuration documentaire
Coordination entre services	Dysfonctionnements internes	Réunions et communication

Source : Élaboration personnelle à partir de manuel qualité de la clinique

3. Section 03 : Analyse et interprétation des résultats

Après avoir détaillé le fonctionnement de la clinique NOUACER et les mécanismes de son Système de Management de la Qualité (SMQ), cette troisième section est dédiée au cœur de notre étude empirique. L'objectif est d'évaluer l'efficacité réelle de la norme ISO 9001 sur l'amélioration de la qualité de service. Pour ce faire, nous procédons à une analyse croisée des données recueillies via un entretien semi-directif avec la direction et un questionnaire de satisfaction distribué aux patients.

3.1. Méthodologie de la recherche

3.1.1. Nature de l'étude :

Cette recherche s'inscrit dans une démarche de nature **exploratoire et mixte**, combinant des approches qualitative et quantitative. Elle ne vise pas la généralisation statistique des résultats à l'ensemble du secteur de la santé, mais cherche plutôt à obtenir une **compréhension approfondie** d'un système organisationnel spécifique dans son contexte réel.
Pour répondre à notre problématique concernant l'impact de la certification ISO 9001 au sein de la clinique NOUACER, nous avons opté pour une **étude de cas unique**. Ce choix méthodologique est justifié par les points suivants :

- ✓ **Une approche qualitative (Entretien) :** Nous avons mené un entretien semi-directif avec le directeur général, qui occupe également le responsable qualité de la clinique. Cet outil permet de recueillir des données détaillées sur la vision stratégique, les motivations de la certification et les changements organisationnels introduits.
- ✓ **Une approche quantitative (Questionnaire) :** En complément, un questionnaire a été distribué aux patients afin de mesurer leur perception réelle de la qualité de service. Cette méthode permet d'analyser des données chiffrées en termes de fréquences et de pourcentages.

L'intérêt de cette étude mixte réside dans **la confrontation des points de vue**. Il s'agit de croiser la "**qualité voulue**" par la direction (vision stratégique) avec la "**qualité perçue**" par les usagers (réalité du terrain) pour évaluer l'efficacité réelle de la démarche qualité.

En définitive, cette étude de cas nous permet d'analyser de manière holistique la mise en place du Système de Management de la Qualité (SMQ) et d'identifier les écarts éventuels entre les objectifs théoriques de la norme et la satisfaction finale des patients.

3.1.2. Outils de collecte

A. Le guide d'entretien semi-directif (Approche qualitative)

Cet outil a été conçu pour recueillir le témoignage du **Directeur Général** de la clinique NOUACER. Afin d'Accéder à une vision globale et stratégique de la démarche qualité, du leadership et du pilotage des processus.

B. Le questionnaire de satisfaction (Approche quantitative)

En complément de la vision stratégique, un questionnaire a été élaboré pour capturer l'**expérience réelle des patients**. Pour Mesurer la "qualité perçue" par les usagers afin de l'opposer à la "qualité voulue" par la direction.

3.1.3. Échantillonnage

Le choix de l'échantillon répond à la volonté de croiser deux niveaux d'information : la gestion stratégique (Direction) et l'expérience vécue (Patients).

A. L'échantillon qualitatif (La Direction)

Pour l'approche qualitative, nous avons opté pour un **échantillon ciblé et restreint**, composé d'un seul interlocuteur clé : le **Directeur Général**, qui occupe également la fonction de **Responsable Qualité** de la clinique NOUACER.

Ce choix s'explique par la structure organisationnelle de la clinique, où le pilotage du Système de Management de la Qualité (SMQ) est fortement centralisé au niveau de la direction. Dans cette configuration, le directeur est la source la plus pertinente pour expliquer la stratégie, les motivations de la certification ISO 9001.

B. L'échantillon quantitatif (Les Patients)

Pour mesurer la qualité perçue, la population cible est constituée des **patients ayant fréquenté les différents services** de la clinique NOUACER (radiologie, laboratoire, consultations, urgences).

- **Méthode d'échantillonnage :** Nous avons opté pour une méthode d'échantillonnage non probabiliste par convenance, consistant à sélectionner les patients les plus accessibles et disponibles au moment de l'enquête. Ainsi, tous les individus de la population n'avaient pas la même probabilité d'être choisis. Les questionnaires ont été administrés aux patients volontaires présents au sein de la clinique via Google Forms sur site.
- **Taille de l'échantillon :** Notre échantillon final se compose des 62 patients. Dans le cadre d'une étude de cas à visée exploratoire, cette taille se justifie par la nature même de la recherche; l'objectif est d'analyser en profondeur la situation de la clinique plutôt que de généraliser les résultats.

Conformément aux principes de ce type d'étude, la pertinence de l'échantillon est davantage subordonnée à la richesse des données recueillies qu'à leur volume[1]. L'enquête a été conduite durant le mois d'avril 2026 auprès des patients de la clinique NOUACER.

3.2. Analyse du guide d'entretien (Vision de la Direction)

Afin de répondre à la problématique de cette recherche, nous avons adopté une approche qualitative reposant sur un entretien semi-directif réalisé avec le Directeur Général de la clinique NOUACER, qui assure également la fonction de Responsable Qualité. Ce choix s'explique par la structure organisationnelle de l'établissement : le pilotage du Système de Management de la Qualité (SMQ) est fortement centralisé au niveau de la direction, tandis que le personnel médical et technique est davantage impliqué dans l'exécution des soins, avec une participation limitée aux aspects de management et d'amélioration continue. Le directeur

[1] Gavard-Perret M.-L. et al., *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion*, 2012, p. XX.

constitue donc la source la plus pertinente pour appréhender la stratégie, la mise en œuvre et le suivi du SMQ.

3.2.1. Le déroulement de l'entretien :

L'entretien a été conduit en face à face avec le Directeur Général de la clinique NOUACER les réponses ont été consignées par prise de notes manuscrite au cours de l'échange, puis re-transcrites intégralement à l'issue de l'entretien en vue de leur analyse thématique.

Le tableau ci-dessous présente le profil de l'interviewé.

Table 10: profil d'interviewé

Interviewé	***Poste occupé***	***Mode d'administration***	***Heure et date***	***Durée de l'entretien***
Docteur khelil Ibrahim	***-Directeur general de la clinique -Responsable qualité***	***Face à face***	***28-04-2026 a 15:00***	***30 Minutes***

Source : élaborer par nous-mêmes

Les données issues de cet entretien ont fait l'objet d'une analyse qualitative de type thématique. Nous avons procédé à une lecture approfondie et répétée de la transcription afin d'identifier les idées récurrentes et les éléments significatifs, ce qui nous a permis de faire émerger les principaux thèmes structurant la vision de la direction.

À cet effet, nous avons élaboré un guide d'entretien composé de 15 questions, réparties en cinq axes :

Axe 1 — Les motivations de la certification *(Questions 1 et 2)* : comprendre les raisons de l'engagement dans la démarche qualité, qu'il s'agisse d'un choix stratégique interne ou d'une réponse à une exigence externe.

Axe 2 — Les objectifs et changements organisationnels *(Questions 3 et 4)* : identifier les objectifs recherchés ainsi que les principales transformations internes induites par la mise en place du SMQ.

Axe 3 — Les outils qualité et les difficultés de mise en œuvre *(Questions 5 et 6)* : recenser les outils mobilisés et analyser les principaux obstacles rencontrés ainsi que les solutions adoptées.

Axe 4 — L'implication du personnel et le rôle du leadership *(Questions 7, 8 et 9)* : examiner le rôle de la direction, le degré d'implication du personnel et l'importance de la formation continue.

Axe 5 — L'impact sur la qualité de service *(Partie II, Questions 1 à 7)* : évaluer les améliorations perçues, la mesure de la satisfaction des patients et l'impact global de la démarche sur les services de la clinique.

3.2.2. **Analyse des résultats**

Axe 1 — Les motivations de la certification

Questions :

La démarche qualité est-elle un choix stratégique ou une obligation ?

Pourquoi votre clinique a-t-elle fait appel à cette démarche ?

La première question que nous avons cherché à Clarifier est la suivante : pourquoi la Clinique NOUACER a-t-elle décidé de s'engager dans une démarche qualité ? S'agit-il d'une obligation imposée l'extérieur ou d'un choix assumé par la direction ?

D'après les propos du Directeur Général, il s'agit clairement d'un **choix volontaire et réfléchi**. Il l'exprime ainsi :

« La démarche qualité représente un choix stratégique pour nous et une nécessité pour notre clinique. Dans le contexte actuel, les établissements de santé doivent répondre à des exigences croissantes en matière de sécurité des soins, d'organisation et de satisfaction des patients. »

Interprétation :

Cette réponse nous apprend plusieurs choses. D'abord, la Clinique NOUACER n'a pas attendu d'y être forcée pour agir. Elle a pris les devants en intégrant une démarche d'amélioration de ses services avant même que cela ne lui soit imposé. Ensuite, cette décision n'est pas non plus

totalement détachée du contexte : le secteur de la santé évolue, les attentes des patients augmentent, et la clinique en est consciente.

On peut donc dire que la démarche repose sur deux logiques qui se complètent : une **volonté interne** d'améliorer le fonctionnement de la clinique, et une **prise de conscience externe** des nouvelles exigences du secteur sanitaire. Cette double dynamique rejoint ce que Garvin (1984)[1] appelait la distinction entre la qualité que l'on subit et la qualité que l'on choisit. La Clinique NOUACER appartient clairement à la seconde catégorie.

Axe 2 — Les objectifs et les changements organisationnels

Questions :

Quels étaient les objectifs recherchés lors de sa mise en place ?

Lors de la mise en place de la démarche, quels changements organisationnels ont été introduits ?

Une fois les motivations clarifiées, nous avons cherché à comprendre comment cette volonté stratégique s'est traduite dans le fonctionnement quotidien de la clinique. Ce que nous avons constaté, c'est que la démarche qualité a provoqué des **changements concrets et visibles** dans l'organisation interne.

Le Directeur Général nous en donne un exemple précis :

« Chaque service dispose désormais de procédures écrites précisant les étapes à suivre pour certaines activités sensibles, comme la gestion des dossiers patients ou la désinfection du matériel médical. »

Interprétation :

Avant la mise en place du SMQ, beaucoup de pratiques reposaient sur des habitudes non écrites, transmises de bouche à oreille. Aujourd'hui, ces pratiques sont **formalisées dans des documents accessibles à tous**, ce qui garantit que chaque membre du personnel sait exactement ce qu'il doit faire et comment le faire. Cela permet également de mieux contrôler la qualité du travail et d'identifier plus facilement les erreurs éventuelles.

D'autres changements ont également été introduits : les responsabilités de chaque service ont été mieux définies, la gestion des documents a été améliorée et la communication entre les différents services de la clinique a été renforcée. Tous ces changements s'inscrivent dans les exigences de la norme ISO 9001:2015, qui place l'approche par les processus au cœur du management de la qualité.

[1] ***GARVIN, David A. (1984).*** *« What Does "Product Quality" Really Mean? », Sloan Management Review, vol. 26, n° 1, pp. 25-43*

Le tableau ci-dessous nous permet de comparer les objectifs que la clinique s'était fixés au départ avec les résultats effectivement obtenus :

Table 11: Tableau comparatif objectifs/résultats

Objectif initial	Résultat obtenu	Niveau d'atteinte
Fidélisation des patients	Satisfaction nettement améliorée selon les enquêtes	Atteint
Réduction des erreurs médicales	Fiches de non-conformité mises en place, incidents mieux gérés	Partiellement atteint
Standardisation des procédures	Procédures écrites formalisées dans chaque service	Atteint
Amélioration de la communication entre services	Coordination interservices renforcée	Atteint
Optimisation des coûts et des ressources	En cours, effets non encore pleinement mesurés	En cours
Formation du personnel	Limitée aux responsables de service ; personnel opérationnel non encore formé	Insuffisant

Source : élaboré par nous-mêmes à partir des données de l'entretien

La lecture de ce tableau est instructive. Plusieurs objectifs importants ont été atteints, notamment la standardisation des procédures et l'amélioration de la satisfaction des patients. Cependant, certains points restent à travailler, en particulier la formation du personnel opérationnel qui n'a pas encore bénéficié d'une sensibilisation aux concepts de la qualité. Ce constat reviendra tout au long de notre analyse comme l'un des principaux points faibles de la démarche.

Axe 3 — Les outils qualité et les difficultés de mise en œuvre

Questions :

Quels outils qualité utilisez-vous au quotidien (procédures, audits, indicateurs, etc.) ?

Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en œuvre de la démarche qualité ? Comment ont-elles été surmontées ?

Après avoir identifié les objectifs et les changements organisationnels, nous avons voulu comprendre quels outils la clinique utilise concrètement pour faire vivre sa démarche qualité au quotidien, et quelles difficultés elle a rencontrées en chemin. Concernant les outils, le Directeur Général nous décrit un exemple concret de leur utilisation :

« Lorsqu'un retard important est signalé dans la prise en charge d'un patient, une fiche de non-conformité est ouverte afin d'identifier les causes du problème et de mettre en place des actions correctives adaptées. »

Cet exemple illustre bien la logique du cycle PDCA de Deming, qui structure la démarche qualité de la clinique. Les procédures écrites servent à planifier les bonnes pratiques (Plan), le personnel les applique au quotidien (Do), les audits et les indicateurs permettent de vérifier que tout fonctionne correctement (Check), et les fiches de non-conformité permettent de corriger ce qui ne va pas (Act). Cette approche méthodique montre que la clinique a bien intégré les principes fondamentaux d'un système de management de la qualité.

Cela dit, la mise en place de ces outils ne s'est pas faite sans mal. La principale difficulté rencontrée a été la résistance au changement du personnel. Il faut comprendre que le personnel d'une clinique est avant tout formé pour soigner les patients, pas pour remplir des fiches de suivi ou respecter des procédures administratives. Demander à des infirmiers ou à des techniciens de s'approprier des concepts comme la traçabilité ou la gestion des non-conformités représente un vrai effort d'adaptation, surtout dans une structure de petite taille où les ressources sont limitées.

Pour faire face à cette difficulté, la direction adopte une approche progressive et pragmatique. En l'absence de référents qualité formellement désignés, le suivi des pratiques s'effectue de manière informelle, à travers les échanges quotidiens entre la direction et les équipes. Cette proximité permet à la direction de rester informée des dysfonctionnements et des besoins du terrain, même sans dispositif formalisé. Ce choix s'explique principalement par des contraintes financières réelles : la formation de l'ensemble du personnel aux exigences du SMQ, la mise en place d'indicateurs qualité complets et le recours à des consultants externes représentent des coûts importants, difficilement supportables pour un établissement de petite taille. La clinique avance donc pas à pas, en consolidant progressivement sa démarche selon ses moyens disponibles, ce qui reflète une réalité courante dans les petites structures de santé privées en Algérie.

Axe 4 — L'implication du personnel et le rôle du leadership

Questions :

Selon vous, l'implication du personnel influence-t-elle les résultats attendus de cette démarche ?

Quel est le rôle de la direction dans l'implication du personnel dans la démarche qualité ?

D'après vous, la formation du personnel est-elle suffisante pour assurer son intégration dans la démarche qualité ?

Nous avons ensuite abordé la question de l'implication du personnel, qui est souvent présentée dans la littérature comme l'un des facteurs les plus déterminants pour la réussite d'une démarche qualité. Le Directeur Général partage cette conviction sans hésitation :

« Une démarche qualité ne peut être efficace que si l'ensemble des collaborateurs participe activement à son application. »

Interprétation:

Cette affirmation du Directeur Général rejoint parfaitement le principe n 3 de la norme ISO 9001:2015, qui place l'implication du personnel au cœur du système de management de la qualité. Cependant, comme nous l'avons déjà observé dans les axes précédents, un écart important apparaît entre cet idéal d'implication collective et la réalité du terrain.

Dans la pratique, cet engagement se traduit par l'organisation de réunions régulières avec les responsables de service. Ces réunions permettent de maintenir la dynamique qualité et de s'assurer que la démarche ne reste pas confinée au bureau de la direction.

Cependant, comme mentionné dans l'axe 3, la formation aux exigences du SMQ n'a concerné jusqu'ici que les responsables de service, en raison des contraintes financières que la clinique doit gérer. Le reste du personnel ceux qui sont en contact direct avec les patients au quotidien n'a pas encore reçu de sensibilisation formelle aux concepts de base de la qualité. Cet écart est problématique, car c'est précisément ce personnel de terrain qui est en première ligne pour appliquer les procédures et détecter les dysfonctionnements. Mais, il convient de préciser que malgré cette absence de formation formelle, le personnel opérationnel continue de délivrer et d'offrir des soins de qualité grâce à ses compétences médicales et à son expérience professionnelle.

Une autre particularité mérite d'être signalée concernant la question Q8. Le Directeur Général occupe à la fois le poste de directeur de la clinique et celui de responsable qualité. D'un côté, cela montre que la qualité est prise au sérieux au plus haut niveau de la hiérarchie, ce que Kotter (1996) considère comme une condition indispensable à tout changement organisationnel réussi. De l'autre côté, cette concentration des responsabilités sur une seule personne représente un risque réel pour la pérennité du SMQ : si cette personne venait à quitter son poste ou à manquer de disponibilité, l'ensemble de la démarche qualité pourrait s'en trouver fragilisée. En définitive, l'analyse de cet axe confirme que le leadership de la direction est le principal moteur de la démarche qualité à la Clinique NOUACER, mais qu'il ne peut suffire à lui seul. La pleine efficacité du SMQ nécessite une implication progressive et croissante de l'ensemble du personnel, qui devra être accompagnée, à mesure que les ressources financières le permettront, par un programme de formation adapté à chaque profil[1].

Axe 5 — L'impact sur la qualité de service
Questions:
Les patients sont-ils plus satisfaits qu'avant ?
Comment la démarche a-t-elle concrètement amélioré la qualité de service ?

La dernière question que nous avons posée est sans doute la plus importante : est-ce que tout ce travail a réellement amélioré la qualité des services offerts aux patients ?

La réponse du Directeur Général été à la fois positive et honnête :

« Les améliorations sont constatées, mais elles sont progressives et encore en cours. Les patients sont nettement plus satisfaits. La standardisation des pratiques, l'amélioration de l'accueil, la responsabilisation du personnel et la coordination renforcée ont contribué à améliorer la qualité de service. »

Interprétation :

La réponse du Directeur Général est significative à deux niveaux. D'un côté, elle confirme que la certification ISO 9001 a produit des effets concrets et mesurables sur la qualité de service :

---

[1] ***KOTTER, John P. (1996).*** *Leading Change, Boston, Harvard Business School Press.*

meilleur accueil, pratiques standardisées, personnel plus responsabilisé et coordination inter-services renforcée. Ces résultats s'inscrivent dans le cadre théorique du modèle SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml et Berry (1988), qui explique que la satisfaction des patients dépend de l'écart entre ce qu'ils attendent et ce qu'ils reçoivent réellement. En standardisant ses pratiques et en améliorant son accueil, la clinique a contribué à réduire cet écart.

De l'autre côté, les mots « progressives et encore en cours » sont révélateurs. Le Directeur Général reconnaît lui-même que la démarche n'a pas encore atteint sa pleine maturité. Cela correspond aux résultats de notre questionnaire, qui montrent des scores plus faibles sur la réactivité et la tangibilité, notamment le temps d'attente et la gestion des rendez-vous.

Ce qui nous a également frappé dans les propos du Directeur Général, c'est l'évocation d'un projet de **système de prise de rendez-vous en ligne**, qu'il présente comme une illustration concrète de l'amélioration continue :

« On est en train d'essayer de construire un nouveau système de prise de rendez-vous en ligne… c'est exactement ce que veut dire l'amélioration continue on améliore toujours. »

Cette phrase résume bien l'état d'esprit dans lequel s'inscrit la démarche qualité de la Clinique NOUACER. Il ne s'agit pas de cocher des cases pour obtenir un certificat, mais de construire progressivement une culture de l'amélioration, qui pousse constamment l'établissement à se remettre en question et à chercher de nouvelles façons de mieux servir ses patients.

Finalement, l'analyse de cet entretien nous a permis de dégager une image claire et cohérente de la démarche qualité de la Clinique NOUACER : une volonté stratégique sincère, des outils bien mis en place, des résultats encourageants, mais aussi des défis importants qui restent à relever notamment en matière de formation du personnel et de gestion des délais de prise en charge. Ces constats seront confirmés et enrichis par les résultats du questionnaire de satisfaction patients, que nous présentons dans la section suivante.

3.3. Analyse et interprétation du questionnaire

3.3.1. Méthode d'analyse :

Les réponses du questionnaire ont été collectées à l’aide de Google Forms. Les données ont ensuite été exportées vers Google Sheets puis téléchargées sous format CSV afin de faciliter leur traitement et leur analyse.

L’analyse des données a été réalisée à travers une méthode quantitative descriptive basée sur le calcul des moyennes, pourcentages et scores de satisfaction. Afin de permettre une analyse statistique rigoureuse en termes de fréquences et de pourcentages, nous avons utilisé des échelles de Likert. Chaque patient est invité à évaluer sa satisfaction sur une échelle allant de 1 à 5, définie selon les paliers suivants :

1- Pas du tout satisfait
2- Peu satisfait
3- Moyennement satisfait
4- Satisfait
5- Très satisfait.

Cette méthode permet de quantifier des éléments subjectifs et de les transformer en **indicateurs de performance (KPI)** exploitables pour identifier les écarts entre les attentes des patients et la prestation effective de la clinique.

Le questionnaire est structuré autour des dimensions clés de la qualité de service, directement inspirées du **modèle SERVQUAL** (fiabilité, réactivité, assurance, empathie et éléments tangibles). Il est important de noter que les fondements et les mécanismes de ce modèle ont été préalablement détaillés dans le cadre théorique de ce travail (Chapitre 02).

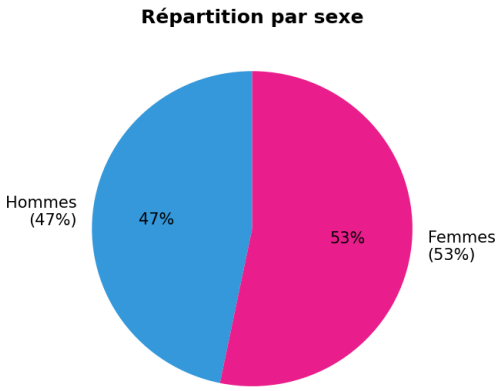
Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux, graphiques et analyses comparatives permettant d’évaluer le niveau de satisfaction des patients au sein de la Clinique NOUACER.

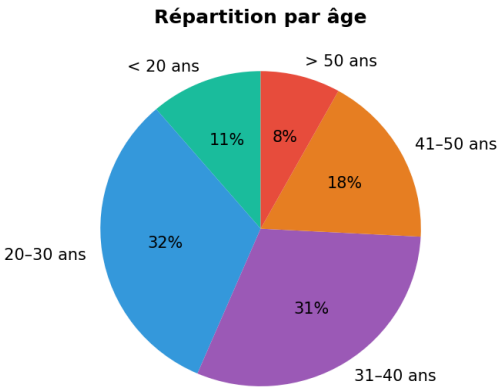
Les questions du questionnaire ont été classifiées selon plusieurs axes d’analyse afin de faciliter l’interprétation des résultats. Le questionnaire détaillé figure en annexe du mémoire.

3.3.2. Présentation de l'échantillon :

Le questionnaire de satisfaction a été administré auprès de 62 patients de la Clinique NOUACER durant le mois d'avril 2026. L'échantillon se répartit entre 43 répondants francophones et 19 arabophones, reflétant la diversité linguistique de la patientèle de l'établissement.

1. Répartition par sexe et âge :





Commentaire :

L'échantillon est légèrement féminin (53 % de femmes, 47 % d'hommes). La tranche 20–40 ans représente 63 % des répondants, cohérente avec une patientèle active d'une clinique privée.

2. Service fréquenté

Service	Répondants	Pourcentage
Consultation médicale	23	37 %
Urgences	14	23 %
Imagerie / Radiologie	11	18 %
Laboratoire / Analyses	14	22 %

Commentaire :

Le service de consultation médicale est le plus fréquenté avec 37 % des répondants, suivi des services des urgences et du laboratoire avec respectivement 23 % et 22 %. Le service d'imagerie/radiologie représente la plus faible proportion de patients (18 %). Cette distribution

équilibrée entre les différents services indique que le questionnaire capture une vision globale et représentative de l'ensemble des prestations offertes par la clinique, renforçant ainsi la validité des résultats obtenus.

Score global de satisfaction

Le score global de satisfaction est calculé comme la moyenne arithmétique de l'ensemble des réponses aux 15 questions pour l'ensemble des 62 répondants

---

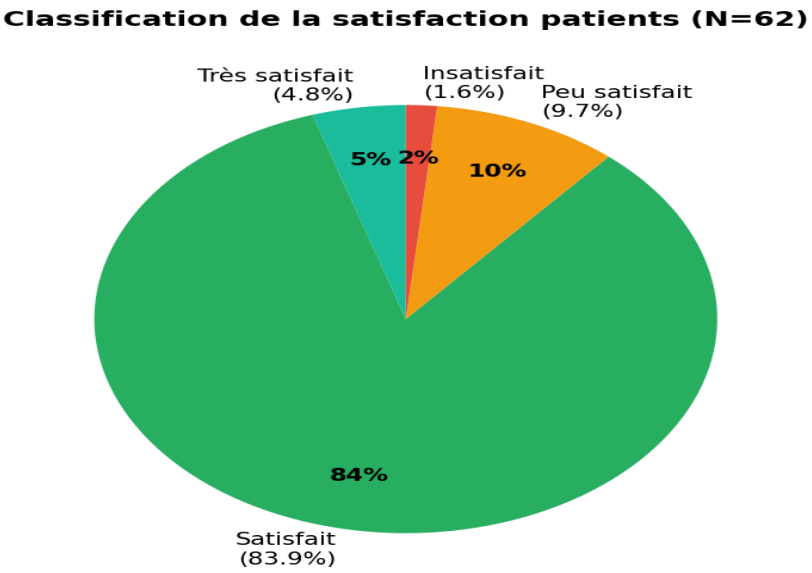
Formule :

Score global = Σ scores de toutes les questions / (N × 15) = 3,84 / 5

Classification des patients

Chaque patient a été classifié selon la moyenne personnelle de ses 15 réponses :

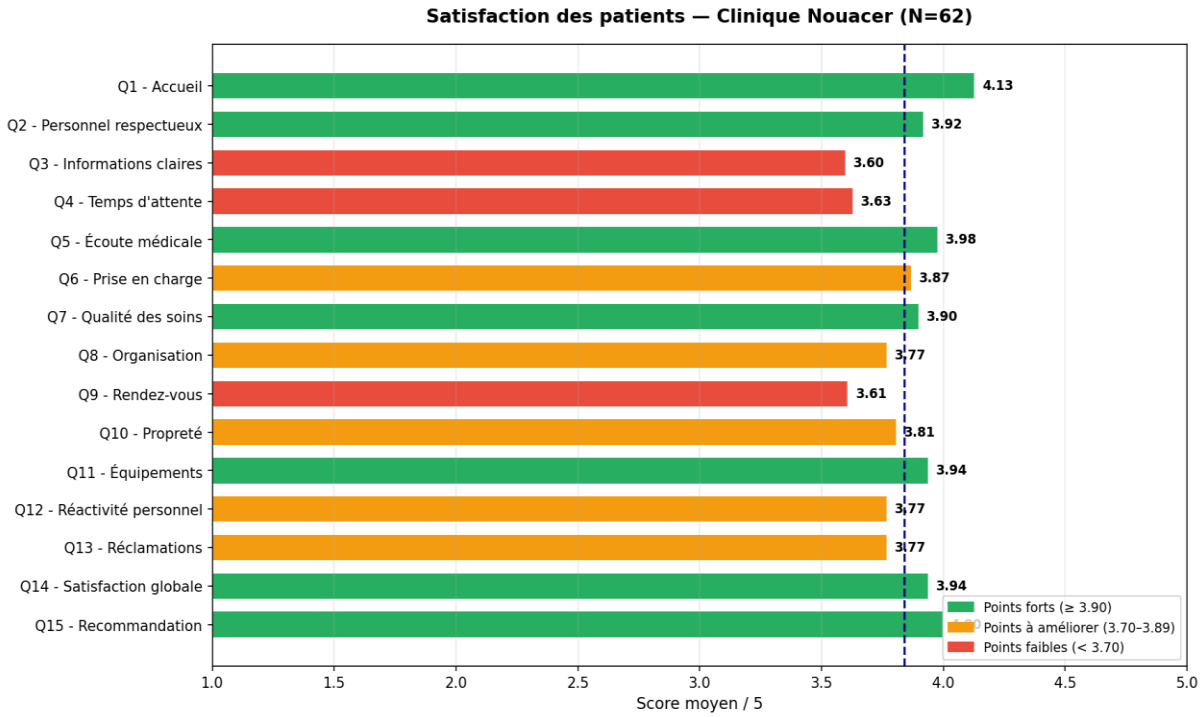
Niveau de satisfaction	Critère	Nombre	Pourcentage
Très satisfait	Moyenne ≥ 4,5	3	4,8 %
Satisfait	3,5 ≤ moy. < 4,5	52	83,9 %
Peu satisfait	2,5 ≤ moy. < 3,5	6	9,7 %
Insatisfait	Moyenne < 2,5	1	1,6 %



Commentaire:

Ces résultats indiquent qu'une large majorité des patients (88,7 %) se déclarent satisfaits ou très satisfaits des services de la Clinique NOUACER. Seuls 11,3 % expriment une insatisfaction, ce qui constitue un signal d'alerte à prendre en considération dans le cadre de la démarche d'amélioration continue.

Résultats par question



N°	Question	Moy./5	Satisfaits	Neutres	Niveau
Q1	Accueil satisfaisant	4,13	76 %	13 %	✅ Fort
Q2	Personnel respectueux	3,92	81 %	10 %	✅ Fort
Q3	Informations claires	3,60	55 %	32 %	❌ Faible
Q4	Temps d'attente	3,63	55 %	32 %	❌ Faible
Q5	Personnel médical à l'écoute	3,98	77 %	16 %	✅ Fort
Q6	Prise en charge	3,87	73 %	19 %	⚠ Moyen
Q7	Qualité des soins	3,90	69 %	24 %	✅ Fort
Q8	Services organisés	3,77	66 %	24 %	⚠ Moyen
Q9	Rendez-vous bien gérés	3,61	55 %	32 %	❌ Faible

Q10	Locaux propres et confortables	3,81	69 %	21 %	⚠ Moyen
Q11	Équipements modernes	3,94	71 %	21 %	✓ Fort
Q12	Réactivité du personnel	3,77	66 %	26 %	⚠ Moyen
Q13	Réclamations prises en compte	3,77	66 %	24 %	⚠ Moyen
Q14	Satisfaction globale	3,94	81 %	13 %	✓ Fort
Q15	Recommanderait la clinique	4,00	76 %	16 %	✓ Fort

Commentaire :

L'enquête menée auprès de 62 patients de la Clinique NOUACER révèle une satisfaction globalement positive, avec une moyenne générale de **3,84/5**, un taux de satisfaction globale de **81 %** et un taux de recommandation de **76 %**. Ces résultats témoignent d'un capital de confiance solide entre la clinique et sa patientèle.

L'analyse par dimension met cependant en évidence un profil contrasté. D'un côté, les forces de la clinique reposent sur trois piliers reconnus par les patients : la **qualité de l'accueil** (4,13/5), l'**écoute médicale** (3,98/5) et la **modernité des équipements** (3,94/5). De l'autre, trois dimensions concentrent l'essentiel des insatisfactions et appellent une intervention prioritaire : la **clarté des informations** (3,60/5), le **temps d'attente** (3,63/5) et la **gestion des rendez-vous** (3,61/5), avec près d'**un patient sur deux** insatisfait ou neutre sur ces trois items.

Analysés à travers le prisme du modèle SERVQUAL, ces résultats confirment que si les dimensions **assurance** et **tangibilité** sont globalement maîtrisées, les dimensions **réactivité** et **empathie** présentent des écarts significatifs entre les attentes des patients et le service perçu. C'est sur ces deux axes que porteront les recommandations formulées dans la section suivante.

3.3.3. **Analyse par dimension (modèle SERVQUAL)**

Le modèle SERVQUAL, abordé dans la partie théorique, repose sur l'idée que la qualité de service dépend de l'écart entre les attentes des patients avant le service et leur perception

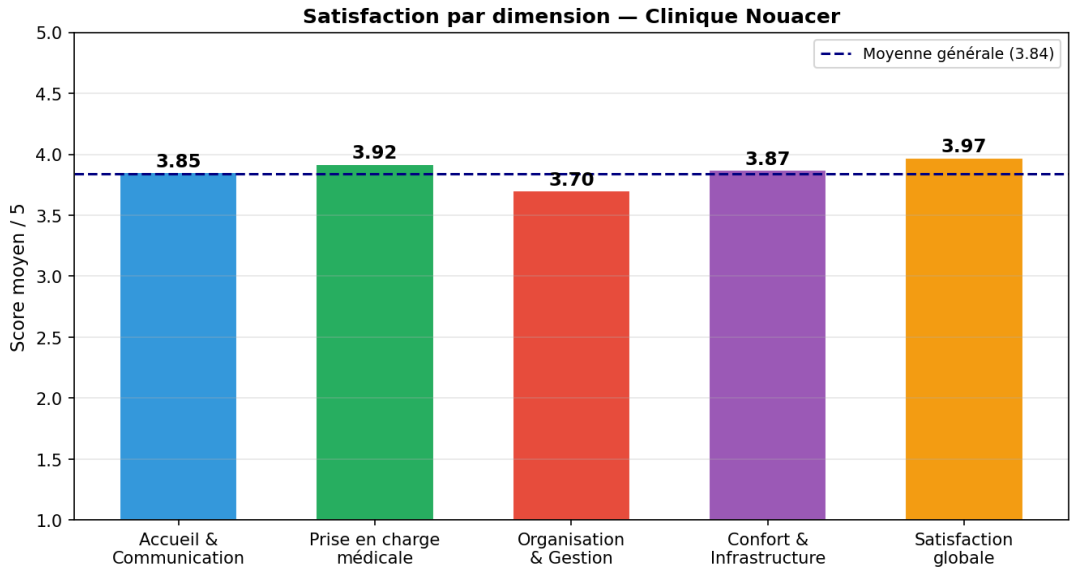
après l'avoir reçu. Afin d'évaluer cette qualité, le modèle s'appuie sur cinq dimensions principales ***: la tangibilité, la fiabilité, la réactivité, l'assurance et l'empathie***. Ces dimensions ont servi de base pour analyser la satisfaction des patients au sein de la Clinique NOUACER.

SERVQUAL repose sur une idée simple[1] :

La qualité perçue = Perceptions du client − Attentes du client

Dans le cadre de notre étude, les 15 items du questionnaire ont été regroupés en cinq dimensions inspirées de ce modèle, adaptées au contexte spécifique de la Clinique NOUACER. L'analyse qui suit présente les résultats obtenus pour chacune d'elles.

Les 15 questions ont été regroupées en cinq dimensions inspirées du modèle SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml et Berry (1988), qui évalue la qualité de service perçue à travers cinq axes fondamentaux.



Dimension 1 — Accueil & Communication (3,85/5)

L'accueil des patients est le point le plus fort (Q1 : 4,13/5). En revanche, la clarté des informations fournies (Q3 : 3,60/5) constitue le maillon le plus faible de l'ensemble du questionnaire,

[1] Parasuraman *et al.*, *op. cit.*, pp. 12–40.

avec 45 % de patients insatisfaits ou neutres. Cela indique un besoin fort d'amélioration de la communication patient-personnel.

Dimension 2 — Prise en charge médicale (3,92/5)

C'est la dimension la mieux évaluée. L'écoute médicale (3,98/5) et la qualité des soins (3,90/5) reflètent la compétence clinique des équipes soignantes. Ces résultats valident l'objectif central de la démarche qualité de la clinique.

Dimension 3 — Organisation & Gestion (3,70/5)

C'est la dimension la plus fragile. Le temps d'attente (3,63/5) et la gestion des rendez-vous (3,61/5) enregistrent les scores les plus faibles avec 45 % de patients insatisfaits ou neutres dans les deux cas. La prise en compte des réclamations (3,77/5) et l'organisation des services (3,77/5) sont également insuffisantes.

Dimension 4 — Confort & Infrastructure (3,87/5)

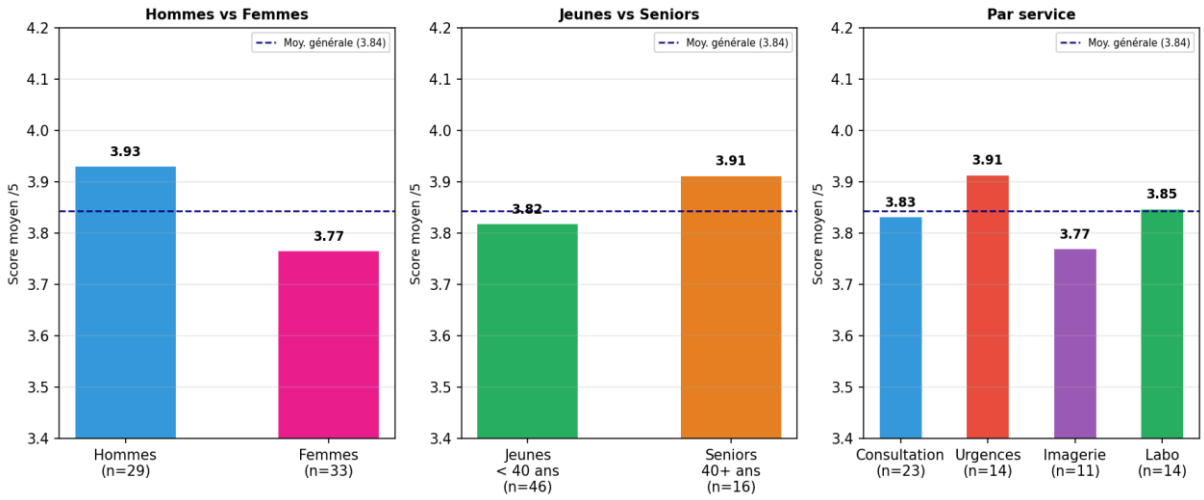
La propreté (3,81/5) et la modernité des équipements (3,94/5) sont globalement bien appréciées, bien que 31 % des patients restent insatisfaits concernant la propreté des locaux.

Dimension 5 — Satisfaction globale (3,97/5)

81 % des patients se déclarent globalement satisfaits et 76 % recommanderaient la clinique, ce qui confirme une perception positive d'ensemble malgré les fragilités identifiées.

3.3.4. **Analyse comparative**

Cette section compare les niveaux de satisfaction selon différentes variables sociodémographiques et comportementales afin d'identifier les groupes les plus et les moins satisfaits.



Hommes vs Femmes

Groupe	N	Score moyen /5	Écart
Hommes	29	3,93	+0,09
Femmes	33	3,77	−0,09

Les hommes expriment une satisfaction légèrement supérieure (3,93 vs 3,77). Cet écart, bien que modéré, suggère que certains aspects du service sont perçus différemment selon le genre, notamment en matière d'accueil et de communication.

Jeunes (< 40 ans) vs Seniors (40+ ans)

Groupe	N	Score moyen /5	Écart
Jeunes (< 40 ans)	46	3,82	−0,09
Seniors (40+ ans)	16	3,91	+0,09

Les patients seniors affichent une satisfaction légèrement supérieure à celle des jeunes patients. Ce résultat peut s'expliquer par des attentes plus élevées chez les jeunes générations, davantage habituées aux services numériques et aux processus rapides.

Nouveaux patients vs Habitués

Groupe	N	Score moyen /5	Particularité
Nouveaux patients	26	3,86	Infos : 3,46
Patients habitués	36	3,83	RDV : 3,56

Les nouveaux patients sont légèrement plus satisfaits en moyenne, mais ils présentent un score plus bas sur la clarté des informations (3,46 vs 3,69). Cela indique qu'ils ne bénéficient pas d'une orientation suffisante lors de leur première visite. Les patients habitués, quant à eux, sont plus insatisfaits de la gestion des rendez-vous (3,56), ce qui reflète un problème structurel d'organisation sur le long terme.

Comparatif par service

Service	N	Score moyen /5	Classement
Urgences	14	3,91	□ 1er
Laboratoire	14	3,85	□ 2e
Consultation	23	3,83	□ 3e
Imagerie	11	3,77	4e

Le service des urgences obtient le score le plus élevé (3,91/5), ce qui est remarquable compte tenu de la pression habituellement exercée sur ce type de service. Le service d'imagerie obtient le score le plus faible (3,77/5) et mérite une attention particulière dans les plans d'amélioration.

3.3.5. **Analyse de fiabilité — Alpha de Cronbach**

L'Alpha de Cronbach est un indicateur statistique permettant d'évaluer la cohérence interne du questionnaire, c'est-à-dire le degré auquel les différentes questions mesurent bien le même construit : la satisfaction des patients.

Valeur Alpha	Qualité	Interprétation	Recommandé ?
α > 0,90	Excellente	Très forte cohérence	✅ Oui
0,80 – 0,90	Bonne	Cohérence satisfaisante	✅ Oui
0,70 – 0,80	Acceptable	Cohérence modérée	⚠ Acceptable
< 0,70	Faible	Manque de cohérence	❌ Non

Dans cette étude, les 15 questions de satisfaction ont été codées sur une échelle de Likert allant de 1 à 5 :

- 1 = Très insatisfait
- 2 = Insatisfait
- 3 = Neutre
- 4 = Satisfait
- 5 = Très satisfait

Après la codification des réponses, les données ont été analysées statistiquement afin de calculer l'Alpha de Cronbach selon la formule suivante :

$$\alpha = \frac{k-1}{k}\left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_T^2}\right)$$

Où :

- K représente le nombre de questions,
- σi2 représente la variance de chaque question,
- σT2 représente la variance totale du questionnaire.

Le résultat obtenu dans cette étude est :

$$\alpha = 0{,}886$$

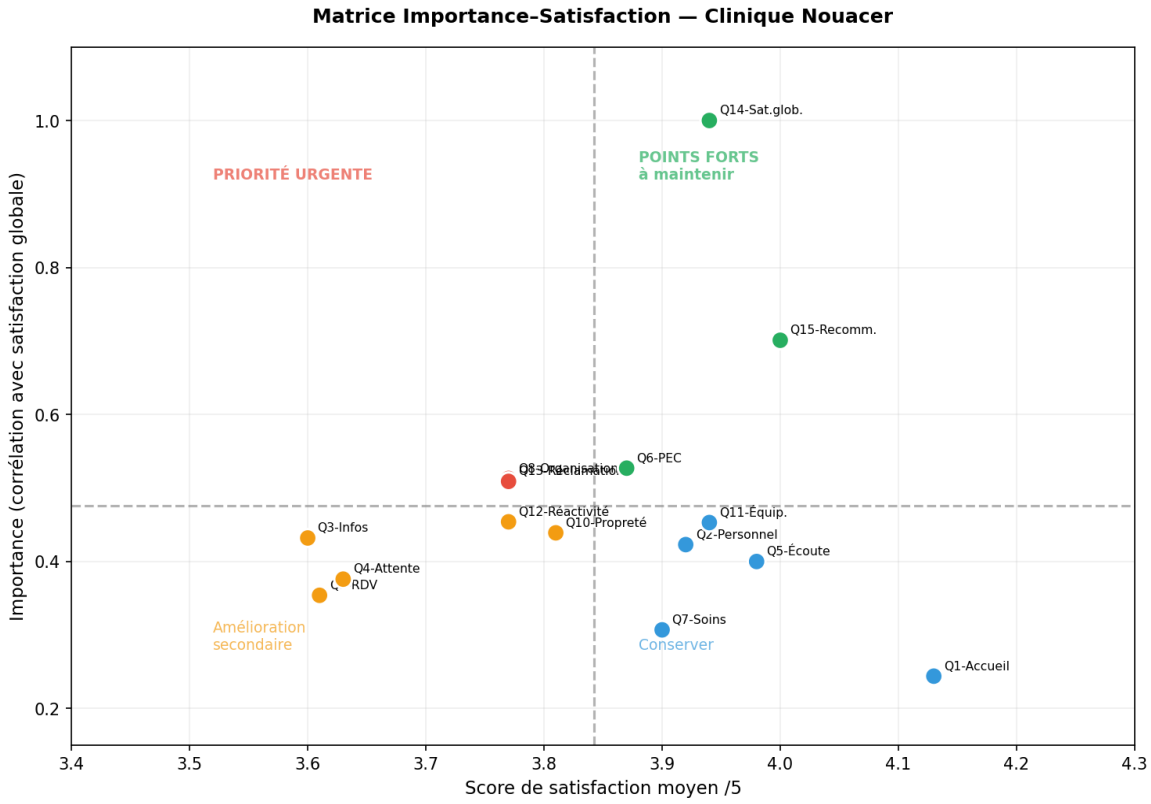
Ce résultat indique une bonne cohérence interne du questionnaire, ce qui signifie que les différentes questions évaluent de manière fiable la satisfaction des patients.

Résultat : Alpha de Cronbach global = *0,886 → BONNE cohérence interne*

Un Alpha de Cronbach de 0,886 indique une bonne cohérence interne du questionnaire. Cela signifie que les 15 questions mesurent de manière cohérente et fiable le construit global de satisfaction des patients. Ce résultat valide la qualité de l'instrument de mesure utilisé dans cette étude et renforce la crédibilité académique des résultats obtenus.

3.3.6. **Matrice Importance–Satisfaction**

La matrice Importance–Satisfaction est un outil stratégique permettant de prioriser les axes d'amélioration. L'importance de chaque question est estimée par sa corrélation avec la satisfaction globale (Q14). Les questions sont positionnées dans quatre quadrants selon leur niveau de satisfaction et leur importance perçue.



Quadrant	Critère	Questions	Interprétation
PRIORITÉ URGENTE	Importance élevée + satisfaction faible	Q8, Q13	Corriger immédiatement
Point fort à maintenir	Importance élevée + satisfaction élevée	Q6, Q14, Q15	Préserver et capitaliser
Amélioration secondaire	Importance faible + satisfaction faible	Q3,Q4,Q9,Q10,Q12	Améliorer progressivement
Conserver	Importance faible + satisfaction élevée	Q1,Q2,Q5,Q7,Q11	Maintenir le niveau actuel

Les questions Q8 (organisation des services) et Q13 (prise en compte des réclamations) constituent les priorités urgentes, car elles combinent une forte influence sur la satisfaction globale et des scores faibles. Ces deux dimensions doivent faire l'objet d'un plan d'action immédiat dans le cadre du Système de Management de la Qualité.

Il convient de préciser que si Q3, Q4 et Q9 présentent des scores faibles, leur corrélation avec la satisfaction globale est moins directe que celle de Q8 et Q13, ce qui explique leur classement en amélioration secondaire. Cela ne minimise pas pour autant leur importance dans l'expérience patient, et elles feront l'objet de recommandations spécifiques dans la section suivante.

3.3.7. **Discussion des résultats**

Les résultats de cette étude s'inscrivent dans un corpus scientifique bien établi sur la satisfaction des patients dans les établissements de santé. Cette section confronte nos résultats avec la littérature existante afin de leur conférer une dimension académique et comparative.

Comparaison avec le modèle SERVQUAL

Le modèle SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml et Berry (1988) identifie cinq dimensions clés de la qualité de service : la tangibilité, la fiabilité, la réactivité, l'assurance et l'empathie. Nos résultats s'inscrivent pleinement dans ce cadre théorique. La dimension de fiabilité (prise en charge médicale : 3,92/5) et d'empathie (écoute médicale : 3,98/5) obtiennent les meilleurs scores, tandis que la réactivité (3,77/5) et l'organisation (3,70/5) constituent les points de fragilité, en parfaite cohérence avec les prédictions du modèle.

Le temps d'attente : un facteur universel d'insatisfaction

Notre étude confirme que le temps d'attente (3,63/5) est l'un des principaux vecteurs d'insatisfaction, ce qui rejoint les conclusions de nombreux travaux académiques. Selon Dansky et Miles (1997), le temps d'attente est systématiquement identifié comme le principal déterminant négatif de la satisfaction dans les établissements de santé. De même, une méta-analyse de Hall et Dornan (1988) portant sur 221 études hospitalières identifie la rapidité d'accès aux soins comme un facteur déterminant de satisfaction. Nos résultats s'inscrivent donc dans une réalité universelle du secteur sanitaire.

La communication : un enjeu central

Le score faible de la clarté des informations (3,60/5) confirme les conclusions de Stewart (1995) qui démontre que la qualité de la communication médecin-patient est fortement corrélée à la satisfaction globale et à l'observance thérapeutique. Dans notre étude, ce constat est encore plus marqué chez les nouveaux patients (3,46/5), ce qui suggère une défaillance dans le processus d'accueil et d'orientation des primo-consultants.

Le paradoxe de la fidélisation

Un résultat intéressant de notre étude est que les patients habitués ne sont pas significativement plus satisfaits que les nouveaux patients (3,83 vs 3,86). Ce paradoxe de la fidélisation est documenté dans la littérature par Fornell (1992), qui explique que les patients réguliers développent des attentes plus élevées au fil du temps, réduisant ainsi leur écart de satisfaction perçue. Ce phénomène invite la clinique à maintenir un effort constant d'amélioration pour répondre aux exigences croissantes de sa patientèle fidèle.

3.4. Synthèse des résultats et discussion

3.4.1. **Synthèse de l'étude qualitative (entretien)**

L'entretien mené avec le Docteur Khelil Ibrahim, Directeur Général et Responsable Qualité de la Clinique NOUACER, a permis de dresser un portrait cohérent et nuancé de la démarche qualité engagée par l'établissement. Cinq enseignements majeurs en ressortent.

Premièrement, la démarche qualité repose sur un **choix stratégique volontaire**, motivé par la volonté d'anticiper les exigences croissantes du secteur de la santé en matière de sécurité des

soins et de satisfaction patients, et non par une contrainte réglementaire imposée de l'extérieur. Ce positionnement proactif, qui rejoint la distinction de Garvin (1984) entre qualité subie et qualité voulue, constitue un atout majeur pour la pérennité de la démarche.

Deuxièmement, sa mise en place a engendré des **transformations organisationnelles concrètes** : formalisation des procédures, clarification des responsabilités, renforcement de la traçabilité et instauration d'audits internes, en cohérence avec les exigences de la norme ISO 9001:2015.

Troisièmement, les **outils mobilisés** : procédures écrites, fiches de non-conformité, enquêtes de satisfaction et plans d'actions correctives couvrent l'ensemble du cycle PDCA de Deming, témoignant d'une démarche structurée et opérationnelle.

Quatrièmement, la **résistance au changement** demeure le principal obstacle, amplifiée par un déficit de formation du personnel opérationnel aux concepts qualité. Ce gap, reconnu par la direction elle-même, constitue le maillon faible de la démarche et le principal levier d'amélioration à court terme.

Cinquièmement, la démarche produit des **effets positifs progressifs** sur la qualité de service : amélioration de la rapidité de prise en charge, meilleure coordination interservices et hausse perceptible de la satisfaction patients, des gains appelés à se consolider à mesure que le SMQ sera pleinement ancré dans les pratiques quotidiennes.

3.4.2. **Synthèse de l'étude quantitative (questionnaire)**

L'analyse du questionnaire de satisfaction administré auprès de 62 patients confirme et enrichit les résultats qualitatifs. Avec un score global de **3,84/5** et un taux de satisfaction de **88,7 %**, la Clinique NOUACER enregistre une perception globalement positive de la part de sa patientèle. La fiabilité de l'instrument est validée par un Alpha de Cronbach de **0,886**, attestant d'une bonne cohérence interne du questionnaire.

L'analyse par dimension SERVQUAL révèle une hiérarchie claire : la prise en charge médicale (3,92/5) et la satisfaction globale (3,97/5) constituent les points forts de l'établissement, tandis que l'organisation et la gestion (3,70/5) représentent la dimension la plus fragile, notamment à travers le temps d'attente (3,63/5) et la gestion des rendez-vous (3,61/5).

L'analyse comparative met en évidence trois tendances notables : les hommes sont légèrement plus satisfaits que les femmes (3,93 vs 3,77) ; les seniors expriment une satisfaction supérieure à celle des jeunes patients (3,91 vs 3,82), ce qui s'explique par des attentes plus élevées chez ces derniers ; et les nouveaux patients souffrent davantage d'un déficit d'information lors de leur première visite (3,46/5), tandis que les habitués sont plus critiques sur la gestion des rendez-vous (3,56/5).

La matrice Importance–Satisfaction identifie deux **priorités urgentes** : l'organisation des services (Q8) et la gestion des réclamations (Q13), qui combinent une forte influence sur la satisfaction globale et des scores insuffisants. Ces deux axes doivent faire l'objet d'un plan d'action immédiat.

3.4.3. **Mise en perspective croisée**

La confrontation des deux études fait apparaître une **cohérence remarquable** entre la perception de la direction et celle des patients. Les points forts identifiés par le Directeur Général qualité des soins, amélioration de l'accueil, coordination interservices sont confirmés par les scores élevés des patients sur ces mêmes dimensions. De même, les faiblesses reconnues par la direction formation insuffisante du personnel, gestion des réclamations à renforcer, temps d'attente à réduire trouvent un écho direct dans les scores les plus faibles du questionnaire.

Cette convergence entre données qualitatives et quantitatives renforce la **validité interne de l'étude** et confirme que la Clinique NOUACER dispose d'une vision lucide et réaliste de sa situation qualité. Elle offre une base empirique solide pour orienter les prochaines étapes de la démarche d'amélioration continue, en priorisant la formation du personnel opérationnel, la réduction des temps d'attente et la modernisation du système de gestion des rendez-vous.

3.5. Recommandations

À travers notre étude, notre analyse des indicateurs, nos recherches ainsi que nos observations au sein de la Clinique NOUACER, nous proposons les suggestions et recommandations suivantes :

- Décentraliser le pilotage de la qualité en mettant en place un comité qualité pluridisciplinaire regroupant les services médicaux, paramédicaux et administratifs, afin d'assurer une meilleure coordination et la continuité de la démarche qualité.
- Étendre la formation qualité à l'ensemble du personnel, à travers des modules adaptés à chaque fonction (gestion des non-conformités pour le personnel soignant, gestion documentaire et réclamations pour le personnel administratif).
- Optimiser la gestion des rendez-vous et réduire les délais d'attente via un système de prise de rendez-vous en ligne avec confirmation automatique par SMS, accompagné d'une analyse des flux de patients.
- Mettre en place des **affichages informatifs dans la salle d'attente** afin de diffuser clairement les informations essentielles (parcours de soins, consignes, délais, services disponibles).
- Installer un **écran TV d'information (affichage dynamique)** permettant de présenter en continu les informations utiles aux patients (procédure d'accueil, orientation, conseils, messages de prévention, fonctionnement de la clinique).
- Améliorer la gestion des réclamations patients en formalisant un protocole structuré incluant un accusé de réception sous 24 heures, un traitement sous 48 heures et une traçabilité dans un registre des non-conformités.
- Développer une démarche de benchmarking avec d'autres établissements certifiés ISO 9001 afin de comparer les pratiques et identifier les axes d'amélioration.
- Améliorer le confort et l'expérience patient en augmentant la capacité d'accueil, en affichant les temps d'attente estimés et en créant un espace adapté pour les enfants.
- Accélérer la transmission des résultats médicaux grâce à la digitalisation et à la transmission électronique des analyses et examens.
- Valoriser les points forts de la clinique (accueil, prise en charge médicale, équipements) dans la communication externe afin de renforcer l'image et la compétitivité.
- Évaluer régulièrement la satisfaction des patients à travers des enquêtes semestrielles afin d'assurer un suivi continu de l'amélioration de la qualité.

3.6. Limites et perspectives de l'étude

Malgré les résultats obtenus et les efforts fournis tout au long de cette recherche, notre étude présente certaines limites qu'il convient de souligner. Comme toute recherche scientifique, elle a été réalisée dans un contexte particulier qui peut influencer la portée des résultats.

- L’étude a été menée auprès d’un nombre limité de patients, ce qui peut réduire la généralisation des résultats.
- La recherche a été réalisée au sein d’une seule clinique privée, à savoir la Clinique NOUACER. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être généralisés à l’ensemble des établissements de santé privés en Algérie.
- La période de réalisation de l’étude étant relativement courte, il n’a pas été possible d’évaluer les effets de la certification ISO 9001 sur le long terme.
- L’absence d’une comparaison avec d’autres cliniques certifiées ou non certifiées constitue également une limite de cette recherche.
- l’étude qualitative repose sur un seul entretien réalisé avec le Directeur Général. L’intégration d’autres acteurs, tels que le personnel soignant, le personnel administratif, les patients ou les auditeurs qualité, aurait permis d’obtenir une vision plus complète de la démarche qualité.

Ainsi, ces limites ne remettent pas en cause les résultats obtenus, mais constituent des pistes d’amélioration et de réflexion pour de futurs travaux de recherche consacrés à la qualité des soins dans le secteur de la santé privée en Algérie.

Conclusion

Ce troisième chapitre visait à confronter les apports théoriques à la réalité du terrain, en analysant la démarche qualité ISO 9001:2015 telle qu'elle est perçue et mise en œuvre au sein de la Clinique NOUACER. À travers une approche méthodologique mixte, combinant entretien qualitatif et questionnaire quantitatif, nous avons pu mettre en évidence l'écart entre la qualité attendue par le management et la qualité perçue par les patients.

Les résultats révèlent une forte convergence entre les deux sources de données. Les points forts identifiés par la direction se retrouvent globalement dans les évaluations des patients, tandis que les insuffisances relevées sur le terrain correspondent aux dimensions les moins bien notées dans le questionnaire. Cette cohérence témoigne d'une certaine lucidité organisationnelle, favorable à une dynamique d'amélioration continue.

Malgré cela, la certification ISO 9001 ne constitue pas une finalité en soi, mais un cadre de référence dont l'efficacité dépend de la capacité de la clinique à surmonter progressivement ses contraintes actuelles, notamment en matière de formation du personnel, de réduction des délais d'attente et d'amélioration de la communication avec les patients. C'est à cette condition que la démarche qualité pourra produire pleinement ses effets et se transformer en véritable avantage concurrentiel durable.

Enfin, les recommandations proposées dans ce chapitre constituent une feuille de route opérationnelle visant à accompagner cette évolution. Elles seront approfondies et synthétisées dans la conclusion générale du mémoire.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'objectif de ce travail est de mettre en lumière la contribution de la démarche qualité dans l'amélioration de la qualité de service dans le secteur de la santé, précisément dans une clinique privée. La qualité de service est considérée aujourd'hui comme un avantage concurrentiel permettant aux entreprises de se différencier et de mieux se positionner sur leur marché.

Ce mémoire avait pour ambition de répondre à la problématique suivante : ***« Dans quelle mesure la mise en place de la démarche qualité contribue-t-elle à l'amélioration de la qualité de service au sein de la clinique ? ».*** Pour y répondre, nous avons mobilisé à la fois un cadre théorique solide et une étude empirique rigoureuse menée au sein de la Clinique NOUACER.

Sur le plan théorique, les deux premiers chapitres ont permis de poser les fondements conceptuels de notre étude, en présentant les exigences de la norme ISO 9001:2015 et les principaux modèles de mesure de la qualité de service, notamment le modèle SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml et Berry (1988). Ces apports théoriques ont constitué le prisme analytique à travers lequel les résultats empiriques ont été interprétés.

Sur le plan empirique, l'étude menée au sein de la Clinique NOUACER, combinant un entretien semi-directif avec le Directeur Général et un questionnaire de satisfaction administré auprès de 62 patients, a permis de confronter la qualité voulue par le management à la qualité perçue par les usagers.

Concernant la première hypothèse, selon laquelle la démarche qualité contribue à la satisfaction des patients, elle est **confirmée**. Le score global de satisfaction de 3,84/5 et le taux de recommandation de 76 % attestent d'une perception positive de la part des patients. La qualité de l'accueil, la compétence médicale et la modernité des équipements sont largement reconnues. Cependant, des fragilités persistent sur le temps d'attente, la gestion des rendez-vous et la clarté des informations, ce qui indique que les effets de la démarche sont réels mais encore progressifs.

Concernant la deuxième hypothèse, selon laquelle l'engagement de la direction et du personnel assure l'amélioration de la qualité de service, elle est **partiellement confirmée**. L'engagement fort du Directeur Général a été le moteur principal de la démarche et a permis des avancées concrètes en matière de structuration des processus et de coordination interservices. Cependant, si le déficit de formation du personnel opérationnel n'a pas empêché ce dernier de délivrer des soins de qualité grâce à ses compétences médicales, il constitue néanmoins un frein à la pleine appropriation de la culture qualité. La pleine efficacité du SMQ exige une implication collective et transversale de l'ensemble du personnel, et non du seul encadrement.

En réponse directe à notre problématique, cette étude démontre que la démarche qualité ISO 9001:2015 contribue de manière significative mais progressive à l'amélioration de la qualité de service au sein de la Clinique NOUACER. Cette contribution est clairement mesurable sur le plan organisationnel à travers la structuration des processus et l'amélioration de la coordination, et perceptible sur le plan de la satisfaction des patients. Elle reste cependant incomplète sur certaines dimensions clés, notamment la réactivité, la gestion des délais et la communication patient, qui constituent les principaux axes d'amélioration à court terme.

Enfin, cette recherche, bien qu'exploratoire et limitée au cas de la Clinique NOUACER, ouvre des perspectives intéressantes pour de futures études. Une analyse comparative entre plusieurs cliniques privées certifiées ISO 9001 en Algérie, ou une étude longitudinale sur deux à trois ans, permettrait d'approfondir la compréhension de l'impact réel de la certification dans le contexte algérien.

C'est à ce prix que la Clinique NOUACER pourra transformer sa démarche qualité en véritable avantage concurrentiel dans le domaine de la santé privée en Algérie.

Bibliographies

Ouvrages :

- **DNV** (s.d.). *ISO 9001 pour le secteur de la santé*.
- **ELSAN** (2026). *Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) : Résultats du Centre Médico-Chirurgical Les Cèdres*, actualisés au 14/01/2026.
- **GARVIN, David A.** (1984). « What Does "Product Quality" Really Mean? », *Sloan Management Review*, vol. 26, n° 1.
- **GARVIN, David A.** (1987). *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge*. New York: Free Press.
- **KOTTER, John P.** (1996). *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.
- **LA PRÉVENTION MÉDICALE** (2020). « Concepts clés en démarche d'amélioration de la qualité des soins », fiche méthode 300.
- **LE BORGNE, Marion** (2018). *Fiche de poste : Ingénieur qualité et gestion des risques*. Polyclinique du Val de Sambre, Réf. VDS-FP-012.
- **QualiREG** (2015). *Système de Management de la Qualité : La nouvelle norme ISO 9001 version 2015*.
- **ZEITHAML, V. A., PARASURAMAN, A. & BERRY, L. L.** (1985). *Problems and Strategies in Services Marketing*.

Articles et Revues :

- **BADJI, D. & DUBOURG, A.** (2020). *Bilan des démarches qualité ISO 9001 des services biomédicaux en établissement de santé*. Master Ingénierie de la santé.
- **BOYER, André & NEFZI, Ayoub** (2009). « La perception de la qualité dans le domaine des services : Vers une clarification des concepts », *La Revue des Sciences de Gestion*, n° 237-238.
- **CHRU de Nancy** (2022). *2022, l'année des certifs*.
- **JABBAR, S. et al.** (2017). « Optimisation de la cartographie des processus du système d'information de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V », *Santé Publique*, vol. 29, n° 3, p. 374.
- **KIRMI et al.** (2020). « La culture qualité dans l'univers hospitalier », *RERLED*.

- **MOHAMED FIRNI et al.** (2020). *Management de la qualité dans les entreprises marocaines*.
- **PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A. & BERRY, L. L.** (1985). « A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research », *Journal of Marketing*, vol. 49.
- **PHANUEL, Dominique** (2002). « Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle », *Politiques et Management Public*, vol. 20, n° 4.
- **ROUSSEL, Patrice** (2020). « Concepts clés en démarche d'amélioration de la qualité des soins », *La Prévention Médicale*, fiche méthode 300.

Norme :

- **AFNOR (2015).** *NF EN ISO 9001 : Systèmes de management de la qualité - Exigences*.
- **COFRAC (s.d.).** *Accréditation, certifications, labels... Quelles différences ?*.
- **Institut Algérien de Normalisation (IANOR) (2026).** *Missions et Vision*, consulté en 2026.
- **ISO (2015).** *Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire (norme ISO 9000:2015)*. Genève : Organisation internationale de normalisation.

Thèses et Mémoires académiques :

- **BUHANNIC, Hélène** (2018). *La certification ISO 9001:2015 d'une DRH, freins et leviers*. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).
- **CORVAISIER, Arnaud** (2004). *Un exemple de management par la qualité : la certification ISO 9001 version 2000*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP).
- **KESSAS, Zakia** (2012). *L'application du marketing des services dans les établissements hospitaliers privés : comment atteindre la satisfaction des patients*. Mémoire de Magister, Université Abou Bekr Belkaid de Tlemcen.
- **LETENNEUR, Benoît** (2017). *Le management par la qualité du directeur des soins : et pourquoi pas le lean*. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).

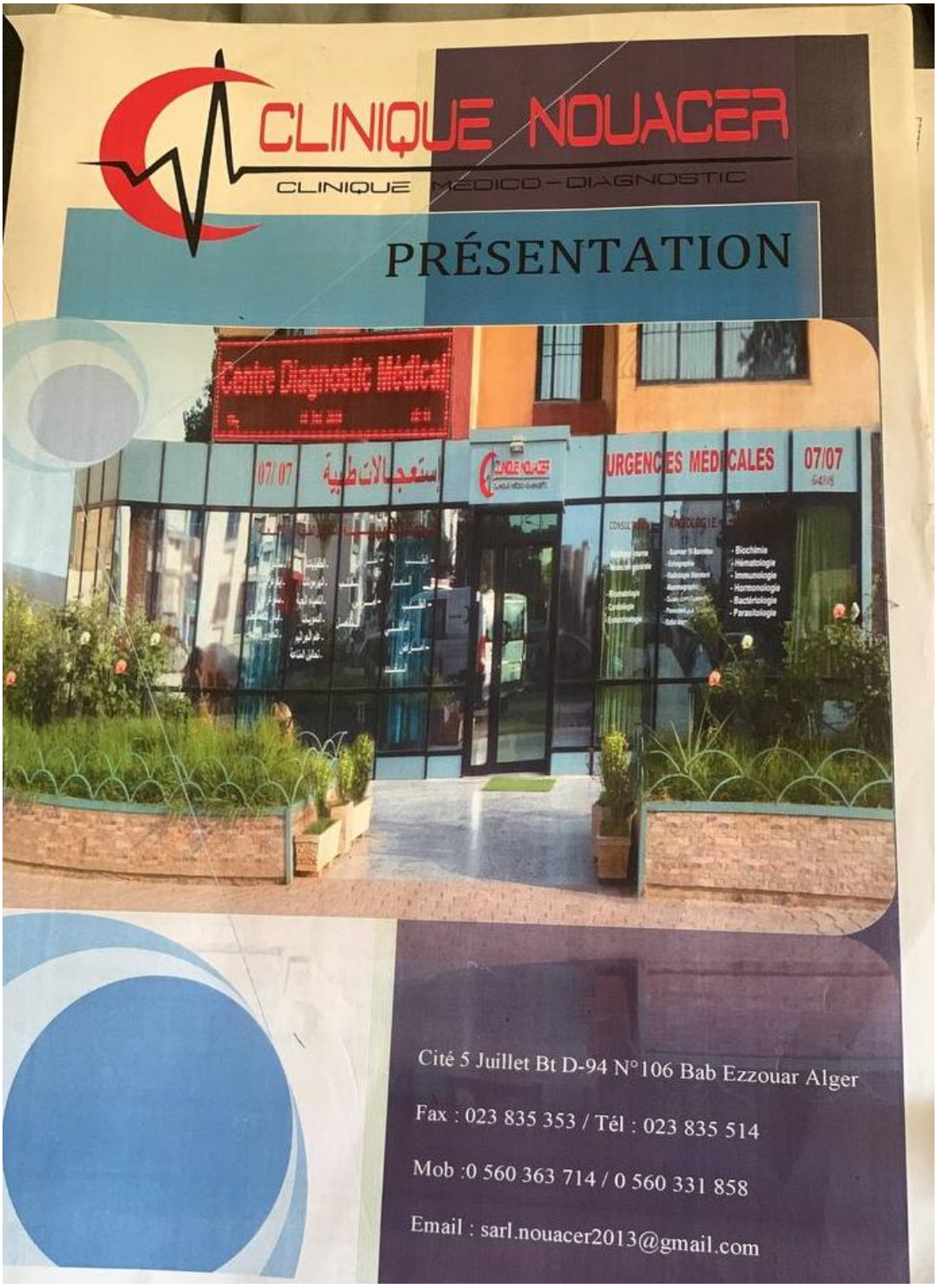
- **MAHJOUBI, Dorra** (2001). *L'impact de la technologie sur la mesure de la qualité de l'éducation : une approche par le SERVQUAL*. Mémoire de M.Sc., HEC Montréal.
- **MERIDJA, A.** (2021). *Les pratiques de management par la qualité totale dans les entreprises algériennes*. Thèse de doctorat, École Supérieure de Commerce, Alger.
- **OKYERE, Martin** (2021). *Impact de l'audit de norme ISO 9001*. Mémoire de Master, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou.
- **SAUNIER, Paul-Laurent** (2012). *Qualité et contrôle dans les services : le cas des services à la personne*. Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université d'Orléans.
- **YAICHE, Abd El Ghani** (2018). *La contribution à la mise en œuvre de la démarche qualité selon les exigences de la norme ISO 9001 version 2015*. Mémoire de Master, École Nationale Supérieure de Management (ENSM).

Sources numériques:

- Blog Gestion de Projet. (s.d.). *Guide mise en place SMQ efficace : 7 étapes clés à suivre*. Consulté le 06 mai 2026, sur : Guide mise en place SMQ efficace : 7 étapes clés à suivre
- KIOSCERT, *Présentation de l'organisme*. Consulté le 05 mai 2026 sur : https://kioscert.com/
- Sami. (2026). *ISO 9001 : Guide complet du système de management de la qualité*. Consulté le 05 mai 2026, sur : ISO 9001 : Guide complet du système de management de la qualité
- ZHAN, Hong. (2024). « La qualité perçue dans les services de santé », *CQO at WORK !*, publié le 18 septembre 2024. Consulté le 06 mai 2026, sur : CQO at WORK ! – La qualité perçue dans les services de santé

Annexes

Annexe 1: présentation de la clinique



Annexe 2: Manuel qualite de la clinique NOUACER.

CLINIQUE NOUACER
CLINIQUE MEDICO-DIAGNOSTIC

Manuel Qualité

Identification: SARL NOUACER CENTRE DE DIAGNOSTIC MEDICAL

Date	Version	Nature de changement
MARS 2025	01	Création des processus
26/03/2025	01	Début d'application

Rédaction	Approbation	Date d'approbation
RMQ	Directeur Général	

Annexe 3: certificat ISO 9001:2015 de la clinique NOUACER



KIOSCERT
CERTIFICATE

CERTIFICATE

This certificate

SARL NOUACER CENTRE DE DIAGNOSTIC MEDICAL

Of the Company

Cité 05 Juilliet Bts D94 N°106 Bab Ezzouar / Alger / Algerie

The facilities at the addresses have been **audited by KIOSCERT** and Quality Management System

ISO 9001:2015

It has been observed that the conditions applied with the following scope

Certification Scope

PRIVATE HOSPITAL ESTABLISHMENT (CLINIC AND SPECIALIZED CARE CENTER) AND PRIVATE AMBULANCE SERVICES

Technical Area / EA Code: 38

Certificate First Issue Date / 10.04.2025 Certificate Validity Date / 09.04.2026

Certificate Release Date / 10.04.2025 Certificate No / QMS-25-1004-SAR

Certificate Revision Number & Date / 00 / - Certificate Period / 3 Years

NAC

ISO 9001 KIOSCERT CERTIFICATE

KIOSCERT CERTIFICATION SERVICES LIMITED

Approval

KIOSCERT CERTIFICATION SERVICES LIMITED

KIOSCERT

KIOSCERT CERTIFICATION SERVICES LIMITED
Address-1811 London England N11 T3L
Phone : +44 077 488 1812E E-mail : seimt@kioscert.co.uk | support@kioscert.co.uk
Web : www.kioscert.co.uk
Web http:// validity information, www. | infro: www.kioscert.com/kioscert
Certificae vanidity inntat, England and Walas, wnd. Convannd Mooway 14284313

Annexe 4: Fiche de processus

CLINIQUE NOUACER CLINIQUE MEDICO-DIAGNOSTIC	**Fiche de processus** Laboratoire d'analyses médicales

FINALITE DE PROCESSUS		
Réaliser des analyses biologiques fiables afin d'aider au diagnostic médical et à la prise en charge des patients		
PILOTE DE PROCESSUS	**TYPE DE PROCESSUS**	
Biologiste / Chef de laboratoire	Processus opérationnel	
ELEMENTS D'ENTREE	**PRINCIPALES ACTIVITIES**	**ELEMENTS DE SORTIE**
• Prescription médicale ; • Échantillons biologiques (sang, urine, etc.) ; • Dossier patient ; • Informations administratives ; • Demande d'analyse.	1. Accueil et identification du patient ; 2. Réception et enregistrement des échantillons ; 3. Vérification de la conformité des prélèvements ; 4. Réalisation des analyses biologiques ; 5. Contrôle de qualité des résultats ; 6. Validation des résultats par le biologiste ; 7. Transmission des résultats au médecin ; 8. Archivage des données.	• Résultats d'analyses validés ; • Compte rendu biologique ; • Transmission des résultats au médecin ; • Mise à jour du dossier patient.

RESSOURCE NECESSAIRE	ELEMENT DE CONTROLE DU PROCESSUS
Ressources humaines • Biologistes ; • Techniciens de laboratoire ; • Personnel administratif. Ressources matérielles • Équipements d'analyse ; • Réactifs et consommables ; • Logiciel de gestion du laboratoire ; • Matériel de prélèvement.	Indicateurs de performance • Délai de rendu des résultats ; • Nombre d'analyses réalisées ; • Taux d'erreurs ou de rejets ; • Taux de satisfaction des prescripteurs/patients ; • Respect des délais de traitement. Risques liés au processus • Erreur d'identification des échantillons ; • Contamination des prélèvements ; • Résultats erronés ; • Retard de transmission des résultats ; • Panne des équipements.

Annexe 5: Guide d'entretiens (directeur général)

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de Master en Management et Entrepreneuriat, portant sur le rôle de la certification ISO 9001 sur l'amélioration de la qualité de service dans le secteur de la santé : cas de la Clinique NOUACER, nous réalisons cet entretien afin de compléter notre étude empirique. Les informations recueillies seront utilisées uniquement à des fins académiques et scientifiques. Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour votre précieuse contribution à cette recherche.

Q1. D'après vous, la démarche qualité est-elle un choix stratégique ou une obligation ?

Q2. Pourquoi votre clinique a-t-elle fait appel à cette démarche ?

Q3. Quels étaient les objectifs recherchés lors de sa mise en place ?

Q4. Lors de la mise en place de la démarche, quels changements organisationnels ont été introduits ?

Q5. Quels outils qualité utilisez-vous au quotidien (procédures, audits, indicateurs, etc.) ?

Q6. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en œuvre de la démarche qualité (coût, complexité, résistance au changement, etc.) ? Comment ont-elles été surmontées ?

Q7. Selon vous, l'implication du personnel influence-t-elle les résultats attendus de cette démarche ?

Q8. Quel est le rôle de la direction dans l'implication du personnel dans la démarche qualité ?

Q9. D'après vous, la formation du personnel est-elle suffisante pour assurer son intégration dans la démarche qualité ?

Q10. Pourquoi la qualité de service est-elle importante pour votre clinique ?

Q11. Après la mise en place du processus qualité, avez-vous constaté une amélioration de la qualité de service ?

Q12. Quels aspects du service se sont améliorés (délais, rapidité de prise en charge, communication, etc.) ?

Q13. Comment mesurez-vous la qualité de service au sein de votre clinique ?

Q14. D'après vous, les patients sont-ils plus satisfaits qu'avant la mise en place de la démarche qualité ?

Q15. Selon vous, comment la démarche qualité a-t-elle concrètement amélioré la qualité de service de votre clinique ?

En fin, Quelles recommandations donneriez-vous à une clinique souhaitant adopter la démarche qualité ?

Annexe 6: Questionnaire de satisfaction patients

Ce questionnaire de satisfaction a été élaboré afin de recueillir l'avis des patients sur la qualité des services offerts par la clinique privée NOUACER.

Bonjour, dans le cadre d'un mémoire de Master portant sur l'amélioration de la qualité des services de la Clinique NOUACER, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire anonyme. Vos réponses sont confidentielles et serviront uniquement à des fins scientifiques. Merci.

PARTIE I — Informations générales

Q1. Votre sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Q2. Votre tranche d'âge : ☐ Moins de 20 ans ☐ 20 – 30 ans ☐ 31 – 40 ans ☐ 41 – 50 ans ☐ Plus de 50 ans

Q3. Quel service avez-vous fréquenté ? ☐ Consultation médicale ☐ Urgences ☐ Imagerie / Radiologie ☐ Laboratoire / Analyses

Q4. Nombre de visites à la clinique : ☐ Première visite ☐ 2 – 5 visites ☐ Plus de 5 visites

---

PARTIE II — Évaluation de la satisfaction

Veuillez évaluer chaque item sur une échelle de 1 à 5 : 1 = Très insatisfait / 2 = Peu satisfait / 3 = Moyennement satisfait / 4 = Satisfait / 5 = Très satisfait

---

Q1. L'accueil que vous avez reçu à la clinique était satisfaisant. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q2. Le personnel était respectueux et aimable. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q3. Les informations fournies étaient claires et compréhensibles. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q4. Le temps d'attente avant d'être pris en charge était acceptable. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q5. Le personnel médical était à votre écoute et répondait à vos questions. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q6. Vous vous êtes senti(e) bien pris(e) en charge tout au long de votre visite. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q7. Les soins ou services reçus ont répondu à vos attentes. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q8. Les différents services de la clinique sont bien organisés. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q9. La gestion des rendez-vous était efficace et bien organisée. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q10. Les locaux (salles, couloirs, sanitaires) étaient propres et confortables. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q11. Les équipements et le matériel médical semblaient modernes et fiables. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q12. Le personnel répondait rapidement à vos besoins et demandes. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q13. Vos réclamations ou remarques ont été prises en considération. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q14. Globalement, vous êtes satisfait(e) des services de la Clinique NOUACER. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Q15. Recommanderiez-vous la Clinique NOUACER à votre entourage ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

PARTIE III — Suggestions et remarques

Avez-vous des suggestions pour améliorer nos services ?

.....

Merci pour votre participation !

Table des matières

Dédicace

Remerciements

Résumé

Abstract

ملخص

Liste des tableaux

Liste des Figures

Liste des abréviations

Liste des annexes

SOMMAIRE

Introduction générale ***1***

Chapitre 01 : La Démarche qualité ISO 9001 ..... ***6***

Introduction **6**

1. Section 01 : Fondements du management de la qualité **7**

1.1. Définition de la qualité **7**

1.1.1. Définition ISO (Approche normative) **7**

1.1.2. Définition de l'OMS (Approche santé) **8**

1.1.3. Synthèse générale **8**

1.2. Évolution historique du concept de qualité **8**

1.3. Les dimensions de la qualité **10**

1.4. Le management de la qualité : définition et objectifs **12**

1.4.1. Définition du management de la qualité **12**

1.4.2. Objectifs du management de la qualité **13**

1.4.3. Outils de management de la qualité : **13**

1.4.4. Transition vers le système de management de la qualité (SMQ) : **14**

2. Section 02 : La norme ISO 9001 et le système de management de la qualité **16**

2.1. Présentation de la norme ISO 9001 ..... **16**

2.1.1. Définition de la norme ISO 9001 ..... **16**

2.1.2. Organisme de normalisation (ISO) **16**

2.1.3. Les objectifs de la norme ISO 9001 17
2.1.4. L'évolution de la norme ISO 9001 : 18
2.2. Le Système de Management de la Qualité (SMQ) 20
2.2.1. Missions et finalités stratégiques du SMQ 21
2.2.2. Spécificités du SMQ dans le domaine de la santé 22
2.3. Principes de la norme ISO 9001 22
2.3.1. Orientation client : 23
2.3.2. Leadership : 23
2.3.3. Implication du personnel : 24
2.3.4. Approche processus : 24
2.3.5. Amélioration : 25
2.3.6. Prise de décision fondée sur des preuves : 25
2.3.7. Management des relations avec les parties intéressées 26
2.4. Les exigences de la norme ISO 9001 26
2.4.1. Contexte de l'organisation (Chapitre 4) 27
2.4.2. Leadership (Chapitre 5) 28
2.4.3. Planification (Chapitre 6) 29
2.4.4. Support (Chapitre 7) 29
2.4.5. Réalisation des activités opérationnelles (Chapitre 8) 30
2.4.6. Évaluation des performances (Chapitre 9) 31
2.4.7. Amélioration (Chapitre 10) 32
2.5. Apports de la norme ISO 9001 et du SMQ 33
3. Section 03 : Démarche qualité et certification 35
3.1. Étapes de la démarche qualité : 35
3.1.1. Phase PLAN : Préparation et planification stratégique 35
3.1.2. Phase DO : Déploiement opérationnel 36
3.1.3. Phase CHECK : Évaluation et mesure 36
3.1.4. Phase ACT : Amélioration et reconnaissance 36
3.2. Différence entre certification et accréditation 37
3.2.1. La Certification : 37
3.2.2. L'Accréditation : 38
3.3. Processus de certification 39
3.3.1. Phase de Préparation et Planification 39
3.3.2. Audit interne et revue de direction 39
3.3.3. Le Processus d'Audit Externe 40
3.3.4. Cycle de Vie du Certificat 40
3.4. Contexte Spécifique à l'Algérie 41
Conclusion 41
Chapitre 02 : La qualité de service dans le secteur hospitalier 44

Introduction 44

1. Section 01 : Concepts et dimensions de la qualité de service 45

1.1. La distinction entre qualité de produit et qualité de service 45

1.2. La spécificité du service de soin : 48

1.2.1. 1. L'immatérialité radicale et le changement d'état 48

1.2.2. 2. Le patient, co-producteur vulnérable de sa propre santé 48

1.2.3. 3. La primauté de la qualité fonctionnelle et le « moment de vérité » 48

1.3. Le modèle SERVQUAL appliqué au secteur hospitalier : les cinq dimensions de la qualité 50

1.3.1. Présentation du modèle SERVQUAL 50

1.3.2. Les 5 dimensions du modèle SERVQUAL 50

1.3.3. Application dans le secteur hospitalier 51

1.3.4. Intérêt du modèle 52

1.4. La dualité de la qualité : performance technique versus qualité relationnelle 52

1.5. Le patient au cœur du système 53

1.6. Typologie des déterminants de la satisfaction du patient en clinique privée 54

2. Section 02 : Mesure et évaluation de la qualité de service 57

2.1. L'éventail des outils de mesure : des indicateurs cliniques aux enquêtes de perception 57

2.2. Les Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) : outils de pilotage stratégique . 58

2.3. Analyse et traitement des réclamations (un levier de diagnostic des non-conformités) 61

2.4. Le rôle de l'audit interne dans la détection des écarts de service 62

2.4.1. La détection de l'écart de livraison (Gap 3) : de la procédure à la pratique 62

2.4.2. L'identification des lacunes de standardisation (Gap 2) 63

2.4.3. L'objectivation des écarts de connaissance et de communication (Gap 1 et 4) 63

2.4.4. L'audit comme « cale » du cycle d'amélioration continue (PDCA) 63

2.5. La gestion des preuves : comment transformer la donnée patient en indicateur de performance 64

***3.* Section 03 : Contribution de la certification ISO 9001 à l'amélioration de la qualité de service** 66

3.1. Le cycle PDCA comme moteur de l'amélioration continue des soins 66

3.2. Standardisation des processus et réduction de la variabilité 68

3.2.1. La formalisation, la traçabilité et la documentation des processus 68

3.2.2. La réduction des coûts de non-qualité et la sécurisation du parcours patient 69

3.2.3. La standardisation comme outil de sécurisation du parcours patient 69

3.2.4. Les limites de la standardisation dans les services de santé 70

3.3. L'impact de l'engagement managérial sur la culture de service au sein des équipes 70

3.3.1. Le rôle stratégique de la direction dans le SMQ 70

3.3.2. De l'engagement managérial à l'adhésion des équipes 71

3.3.3. Les conséquences observables sur la culture de service 71

Conclusion *73*

Chapitre 03 : la certificat ISO 9001 au sein de la clinique NOUACER : quelle amélioration de la qualité de service ? *75*

Introduction **75**

1. Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil **76**

1.1. Présentation de la clinique NOUACER **76**

1.1.1. Mission et service de la clinique **76**

1.1.2. Vision de la clinique **76**

1.2. Fiche technique de la clinique NOUACER **78**

1.3. Organigramme **79**

2. Section 02 : la démarche qualité au sein de la clinique NOUACER **81**

2.1. Présentation de la démarche qualité **81**

2.2. Les raisons d'adoption de la certificat ISO 9001 ..... **82**

2.3. Les objectifs recherchés à travers la démarche **82**

2.3.1. Objectifs liés à la qualité et à la sécurité des soins **83**

2.3.2. Objectifs liés à la satisfaction des patients **83**

2.3.3. Objectifs liés à l'organisation interne **83**

2.3.4. Objectifs liés à la maîtrise des risques et à l'amélioration continue **83**

2.3.5. Objectifs stratégiques et institutionnels **83**

2.4. Présentation de l'organisme certificateur KIOSCERT **84**

2.4.1. Activité principale **84**

2.4.2. Domaines de certification **84**

2.4.3. Mission et rôle **85**

2.4.4. Processus de certification **85**

2.4.5. Positionnement de l'organisme **85**

2.5. Le processus de certificat ISO 9001 ..... **85**

2.5.1. Phase de diagnostic et d'analyse initiale **85**

2.5.2. Phase de mise en place du Système de Management de la Qualité (SMQ) **86**

2.5.3. Phase de formalisation des procédures **86**

2.5.4. Phase de formation et de sensibilisation du personnel **86**

2.5.5. Phase de mise en œuvre et d'évaluation interne **86**

2.5.6. Phase de certification et de reconnaissance externe **87**

2.5.7. Phase d'amélioration continue **87**

2.6. La mise en œuvre de la démarche qualité **87**

2.6.1. Élaboration de la politique et des objectifs qualité **88**

2.6.2. Structuration des procédures et organisation des activités **88**

2.6.3. Mise en place du système de gestion documentaire **89**

2.6.4. Pilotage de la performance à travers les indicateurs qualité **93**

2.6.5. Mobilisation et sensibilisation du personnel 93
2.6.6. Suivi, évaluation et amélioration continue 93
2.7. Les difficultés rencontrées de la mise en œuvre de la démarche qualité 95
3. Section 03 : Analyse et interprétation des résultats 98
3.1. Méthodologie de la recherche 98
3.1.1. Nature de l'étude : 98
3.1.2. Outils de collecte 99
3.1.3. Échantillonnage 99
3.2. Analyse du guide d'entretien (Vision de la Direction) 100
3.2.1. Le déroulement de l'entretien : 101
3.2.2. Analyse des résultats 102
3.3. Analyse et interprétation du questionnaire 108
3.3.1. Méthode d'analyse : 108
3.3.2. Présentation de l'échantillon : 109
3.3.3. Analyse par dimension (modèle SERVQUAL) 114
3.3.4. Analyse comparative 116
3.3.5. Analyse de fiabilité — Alpha de Cronbach 118
3.3.6. Matrice Importance–Satisfaction 120
3.3.7. Discussion des résultats 121
3.4. Synthèse des résultats et discussion 122
3.4.1. Synthèse de l'étude qualitative (entretien) 122
3.4.2. Synthèse de l'étude quantitative (questionnaire) 123
3.4.3. Mise en perspective croisée 124
3.5. Recommandations 124
3.6. Limites et perspectives de l'étude 125
Conclusion 125
Conclusion générale 129
Bibliographies 131
Annexes 134
Table des matière 142