

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Abderrahmane MIRA-BEJAIA



Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

Département des Sciences Commerciales

Mémoire de fin de Cycle

Pour l'obtention du diplôme de Master en Sciences Commerciales

Option : Marketing des services

Thème :

*Analyse des spécificités de l'interaction
personnel en contact-client dans les services de
santé*

Organisme d'accueil

Clinique privé Dr Rachid Ben Merad

Réalisé par :

✚ MOUHOUB Nihad

✚ YAHIAOUI Nadjette

Encadré par :

Mr. MHANAOUI Abdeslam

Année Universitaire : 2024-2025

Remerciements

Ce n'est pas parce que la tradition exige que cette page se trouve dans ce travail, mais parce que les gens à qui s'adressent nos remerciements les méritent vraiment.

Nous tenons d'abord à remercier monsieur MHANAOUI Abdeslam, notre encadrant de mémoire, pour sa disponibilité, ses précieux conseils, son accompagnement rigoureux et bienveillant tout au long de ce travail. Ses remarques pertinentes et son exigence académique ont grandement enrichi notre réflexion.

Nos remerciements vont également à l'ensemble du corps enseignant de l'université Abderrahmane Mira, qui, par la qualité de leur enseignement et leur engagement, nous ont permis d'acquérir les connaissances nécessaires à la rédaction de ce mémoire.

Nous remercions particulièrement le personnel médical de la clinique Dr Rachid Benmerad pour leur accueil chaleureux, leur temps accordé et leur coopération dans la phase de recueil des données, sans laquelle ce travail n'aurait pu être mené à bien.

Nous n'oublions pas nos familles, notamment nos parents, pour leur soutien inconditionnel, leur patience, leurs encouragements et leur amour, qui ont été pour nous une source constante de motivation.

Enfin, nous remercions nos amis et camarades de promotion pour leurs échanges enrichissants, leur soutien moral, et les moments de partage tout au long de cette aventure universitaire.

À toutes et à tous, merci



M.Nihad & Y.Nadjette -

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail A mes chères parentes qui sont ma source d'inspiration et les artisans de ma réussite

A mes chères sœurs et mes deux frères (Bilal et Walid) pour leur soutien discret et leur bienveillance

A mon cher fiancé et mon neveu Ilyas et meilleurs amis pour leur encouragement



- M.Nihad -

Dédicaces

Nous dédions ce mémoire, avant tout, à nous-même,

Je dédie ce travail à ma famille, en particulier mes parents, mon frère (Billal) et ma sœur(Sadra) et son fils (Idris), pour leur amour, leur force et leur soutien indéfectible.

Ma gratitude va aussi à mes amies, ainsi qu'à mes proches, pour leur présence constante et réconfortante.



- Y.Nadjette -

Sommaire

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Sommaire

Introduction Générale..... 1

Chapitre I

Rappel théorique sur l'interaction personnel de contact – client dans les services

Introduction 5

Section 01 : Les fondements du marketing des services 5

Section 02 : Les spécificités du travail de personnel en contact dans le domaine des services..... 12

Conclusion 20

Chapitre II

Revue de littérature sur l'interaction personnel de contact – client dans les services de santé

Introduction 22

Section 01 : Les fondements du marketing des services de santé..... 22

Section 02 : Les spécificités du travail du personnel en contact dans le domaine des services de santé..... 26

Conclusion 35

Chapitre III

Analyse des spécificités de l'interaction personnel en contact-client au sein de la clinique Dr Rachid BenMerad

Introduction 37

1. Section 1 : Cadre méthodologique 37

Section 02 : Réalisation des entretiens..... 38

Section 03 : Présentation et analyse des résultats..... 39

Conclusion 47

Conclusion Générale 48

Références bibliographiques..... 51

Tables des matières..... 55

Introduction Générale

« Le médecin moderne guérit parfois, soulage souvent, mais écoute toujours. »

Paul Tournier, Médecine de la personne

Cette citation résume avec justesse l'essence de la relation qui se noue entre un professionnel de santé et son patient. Elle met en lumière une dimension souvent négligée dans les approches purement curatives ou cliniques : celle de l'écoute, de l'interaction humaine et de la présence attentive. Ces éléments, qui relèvent plus de la communication que du soin au sens strict, s'inscrivent désormais au cœur des préoccupations des chercheurs et des professionnels, notamment dans une perspective marketing imposée par l'ouverture de ce secteur à l'initiative privée.

Pendant longtemps, le marketing s'est principalement focalisé sur la satisfaction des clients, la promotion et à la distribution des produits physiques. Cette discipline, née dans un contexte lié aux biens tangibles, visait à influencer les comportements d'achat en s'appuyant sur des techniques de segmentation, de positionnement et de communication adaptées à des biens tangibles. Or, à partir des années 1970, certains chercheurs ont commencé à remettre en question l'applicabilité directe de ces principes aux services, soulignant la nécessité d'un cadre conceptuel spécifique. Parmi eux, Christian Grönroos, figure incontournable du courant nordique, a démontré que le marketing des services diffère fondamentalement de celui des produits, notamment en raison de caractéristiques telles que l'intangibilité, l'hétérogénéité, l'inséparabilité de la production et de la consommation, et la périssabilité. Ces réflexions ont permis l'émergence d'un champ autonome, le marketing des services, un domaine qui s'est progressivement imposé comme un domaine d'étude à part entière au sein de marketing. Ainsi, ce domaine couvre une panoplie d'activités de transport, d'hôtellerie et de la santé. Le développement du marketing des services de santé a marqué une nouvelle étape importante. Ce champ particulier repose sur des dynamiques encore plus complexes, dans la mesure où l'interaction entre le patient (client) et le personnel soignant (prestataire) s'inscrit dans un contexte de vulnérabilité, d'enjeux éthiques, et d'émotions intenses. Si l'on en croit les premiers travaux fondateurs, c'est Philip Kotler qui fut l'un des premiers à évoquer la possibilité d'appliquer les concepts du marketing au secteur de la santé dès les années 1970, notamment à travers la notion de « social marketing ». D'autres auteurs comme Léonel Bréchet ou Bernard Morin ont, par la suite, contribué à enrichir cette réflexion, en insistant sur la spécificité de la relation de soin.

Introduction Générale

Dans le champ du marketing des services et de la santé, plusieurs axes de recherche majeurs ont émergé, notamment la servuction, le modèle SERVQUAL, le blueprinting, ou encore le marketing mix élargi (7P), tous permettant d'analyser les différents leviers d'amélioration de l'expérience patient. Ces approches convergent vers une même priorité : comprendre et améliorer la qualité perçue du service, à travers l'analyse fine de l'interaction humaine au cœur de la prestation.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le présent travail, qui se concentre sur l'étude d'un axe très important qui est l'interaction personnel en contact – patient dans les services de santé. Ce choix s'appuie sur une double justification : d'une part, l'importance croissante accordée à l'expérience patient dans l'évaluation des performances des établissements de santé ; d'autre part, le manque d'études approfondies sur la spécificité de cette interaction dans le contexte algérien.

Le thème de ce travail de recherche s'intitule ainsi :

« Analyse des spécificités de l'interaction personnel en contact – client dans les services de santé ».

Le choix du lieu d'étude s'est porté sur la clinique Dr Rachid BenMerad à Béjaïa, un établissement privé qui offre un terrain particulièrement riche pour observer la complexité des échanges entre les soignants et les patients. Ce cadre a permis de conjuguer observation directe, entretiens qualitatifs, et réflexion théorique.

L'objectif principal de notre travail est d'identifier et d'analyser les spécificités propres à cette interaction, dans le but de mieux comprendre les leviers qui permettent d'en améliorer la qualité, tant du point de vue du soignant que de celui du patient.

La problématique de recherche à laquelle nous tenterons de répondre est la suivante :

Quelles sont les spécificités de l'interaction personnel en contact – client dans les services de santé ?

À cette problématique centrale s'ajoutent trois questions secondaires :

Q1 : Quelles sont les caractéristiques de l'interaction personnel en contact – client dans les services ?

Introduction Générale

Q2 : Quelles sont les caractéristiques de l'interaction personnel en contact – client dans les services de santé ?

Q3 : Quelles différences et ressemblances peut-on identifier entre ces deux formes d'interaction ?

Pour y répondre, nous avons mobilisé trois outils méthodologiques :

- Une revue de la littérature sur le thème de l'interaction dans les services, et dans le domaine de la santé,
- Un stage pratique basé sur l'observation au sein de la clinique Dr Rachid BenMerad,
- Une enquête qualitative via un guide d'entretien, avec une analyse de contenu des verbatim recueillis auprès de membres du personnel soignant, et les clients (patients).

Le plan retenu pour ce mémoire se décline en trois chapitres :

- Le premier chapitre présente les fondements théoriques du marketing des services et les modèles clés de l'interaction client – personnel en contact dans les services,
- Le deuxième chapitre est consacré à l'adaptation de ces modèles au contexte spécifique des services de santé,
- Le troisième chapitre porte sur l'analyse des résultats de terrain, à travers l'étude des spécificités de l'interaction personnel en contact – patient observées au sein de la clinique Dr Rachid BenMerad..

Chapitre I

*Rappel théorique sur l'interaction
personnel de contact - client dans les
services*

Introduction

Le secteur des services se distingue fondamentalement de celui des biens par des caractéristiques spécifiques qui influencent la manière dont les organisations interagissent avec leurs clients. Le paradigme relationnel du marketing prend place et marque la fin de l'optique transactionnelle, longtemps dominante les esprits. Cette dynamique relationnelle est au centre de ce mémoire, qui met en avant l'interaction entre le personnel en contact et les clients dans les services de santé.

Cette interaction prend tout son sens dans le modèle de servuction, concept qui priorise la participation conjointe du client et du personnel en contact à la production du service. En effet, le personnel de contact y occupe un rôle majeur, à la fois opérationnel et relationnel, influençant directement la perception de la qualité du service. Par ailleurs, ce personnel constitue un élément essentiel du mix marketing des services, en particulier dans sa composante humaine (people), où il représente l'interface principale entre l'organisation et le client. Dans ce chapitre nous allons présenter d'abord les fondements du marketing des services, et puis le rôle du personnel en contact et enfin l'évolution des recherches scientifiques sur l'interaction qu'il entretient avec les clients. Le chapitre se conclura par une synthèse critique permettant de mettre en perspective les apports de la littérature.

Section 01 : Les fondements du marketing des services

Dans le but de bien cerner notre problématique de recherche, nous avons jugé important de revenir d'abord sur les fondements du marketing des services. En effet, cette section présente tout d'abord le concept de service et ses spécificités qui le distinguent des biens. Elle aborde ensuite les principaux types de services identifiés dans la littérature affiliée au sujet. Enfin, elle expose les définitions du marketing des services ainsi que ses spécificités. Ces éléments sont une exigence indispensable avant d'aborder rigoureusement les dimensions liées au personnel en contact dans la section suivantes.

1.1. Les fondements des services

1.1.1. Définition des services

Afin de bien situer notre problématique de recherche dans le domaine des services, il est primordial de bien définir le concept des services. Ainsi après consultation des différents ouvrages en la matière, notre choix est porté sur les définitions suivantes, en raison de la crédibilité scientifique de leurs auteurs. Ces définitions suivent ordre chronologique:

Selon **E. Langeard et P. Eiglier**¹, « c'est la résultante de l'interaction entre trois éléments de base : le client, le support physique et le personnel en contact ; cette résultante constitue le bénéfice qui doit satisfaire le besoin du client ».

En raison de la non-disponibilité d'une définition directe de la notion de service dans les ouvrages récents de **C. Lovelock**, nous avons dû l'extraire d'un ouvrage antérieur. Ainsi, d'après

C. Lovelock², « le service est une action ou une prestation offerte par une partie à une autre ; bien que le processus puisse être lié à un produit physique, la prestation est transitoire, souvent intangible par nature, et ne résulte pas normalement de la possession de l'un des facteurs de production ».

1.1.2. Les spécificités des services

Dans les années 1970 **Regis MCKENNA** a parlé des spécificités des services, mais ils ont été popularisés et véritablement définis par des chercheurs en marketing comme Christian **GRÖNROOS**, **ZEITHAMAL**, **BERRY** en 1980. Les recherches de ces pionniers ont été après interprétées et cités par plusieurs auteurs tels que **C. LOVELOCK**, **J. WIRTZ**, **D. LAPERT** et **A. MUNOS (2014)**, affirment l'existence de cinq spécificités des services³ :

- **L'intangibilité** : c'est la caractéristique principale qui différencie le service du produit. Les services ne peuvent pas être vus, touchés ou sentis comme les biens peuvent l'être, ce qui rend son marketing plus complexe.
- **La simultanéité** : dans les services la production et la consommation sont indissociables, alors que les biens sont produits puis vendus et ensuite consommés les services sont produits et consommés simultanément.
- **Participation du client à la production de service** : le client est une partie intégrante du processus de service et donc tout changement dans l'interaction avec client à un impact sur les modes d'organisation interne.
- **Contact direct entre clients et personnel de service** : le service est produit partiellement ou dans son entier par le personnel en contact avec la clientèle. L'intangibilité du service, l'intégration du client dans le processus de production et sa participation active

¹ E. Langeard et P. Eiglier, *La servuction : le marketing des services*, McGraw-Hill, Paris, 1987.

² C. Lovelock et D. Lapert, *Marketing des services*, Publi-Union Éditions, Paris, 1999.

³ C. Lovelock, J. Wirtz, D. Lapert, A. Munos, *Marketing des services*, 8^e éd., Paris, Pearson Éducation France, 2014.

sont autant d'éléments qui conduisent à des relations directes entre les clients et le personnel d'entreprises en contact avec eux.

- **La variabilité:** la qualité et la nature d'un service peut varier sensiblement en fonction du producteur des services, du client et du moment.

Les services possèdent des caractéristiques particulières (intangibilité, hétérogénéité, inséparabilité, périssabilité) qui les différencient fondamentalement des biens. Ces spécificités représentent souvent des contraintes pour les entreprises, notamment en matière de qualité, de standardisation et de gestion de la relation client. Mais le marketing des services est justement inventé pour réduire les effets de ces contraintes, sans les faire disparaître. Cette idée vient de **Jean-Marc Lehu**, qui parle de la réduction des spécificités : le but est de rendre les services plus fiables, plus clairs et mieux maîtrisés, pour rassurer le client et améliorer son expérience.

1.2. Typologies des services

1.2.1. Les types des services selon leur nature

Selon **Lovelock et Wirtz (2014)**, les services peuvent être classés en fonction de leur **nature**, c'est-à-dire selon la manière dont ils interagissent avec le client ou avec ses possessions. Cette typologie repose sur quatre grandes catégories⁴ :

- **Les services dirigés vers les personnes** : ils impliquent une interaction directe avec le client, dont le corps ou l'esprit constitue l'objet du service (ex. : soins médicaux, coiffure, éducation).
- **Les services dirigés vers les possessions physiques** : le service est appliqué à un bien appartenant au client, sans que sa présence soit nécessaire (ex. : réparation automobile, blanchisserie).
- **Les services dirigés vers les stimuli mentaux** : ils visent à influencer les pensées ou les émotions du client, souvent à travers des contenus ou expériences (ex. : médias, spectacles, publicité).
- **Les services dirigés vers l'information** : ils impliquent la collecte, le traitement ou la diffusion d'informations pour le compte du client (ex. : services bancaires, conseils juridiques, télécoms).

⁴ C. Lovelock et J. Wirtz, *Marketing des services*, 8^e éd., Paris, Pearson Éducation France, 2014.

Cette classification permet de mieux cerner les particularités de chaque type de service en matière de relation client, de conception de l'offre et de mode de prestation.

1.2.2. Les types des services selon l'interaction (low contact/ high contact)

Les notions des services low-contact et high-contact ont été introduits dans les publications de Christopher H. LOVELOCK dans les années 1980, où il explique que les services se distinguent selon le degré d'interaction nécessaire : certains exigent une forte implication du personnel en contact avec les clients, alors que d'autres reposent sur des mécanismes d'auto-service ou des interfaces électroniques, comme les services en ligne.

- **Les services à forte interaction (high-contact services)** : impliquent des interactions importantes, continues et personnelles entre le client et le personnel en contact. Le client est souvent physiquement présent dans l'organisation de services.
- **Les services à faible interaction ("low-contact services")**, en revanche, nécessitent peu ou pas d'interaction directe entre le client et les employés ; beaucoup se déroulent via des canaux technologiques (par exemple, services en ligne).⁵

1.3. Les fondements du marketing des services

1.3.1. Définition du marketing des services

Jusqu'aux années 1960 le marketing était presque purement orienté vers les biens tangibles, mais avec la croissance du secteur tertiaire notamment dans les économies développées (Banques, assurances, hôtels...), on a réalisé que ces activités nécessitaient une approche spécifique, dans les années 1970 **Grönroos** a différencié le marketing de produit du marketing des services, et il le définit comme étant « consiste à gérer les interactions entre l'entreprise et ses clients pour créer de la valeur, en mettant l'accent sur les relations et non seulement sur les transactions. » **Grönroos (1990)**⁶

Une autre définition est donnée par **LOVELOCK.C et LAPERT.D en (1999)** le marketing des services est « l'ensemble des activités qui ont pour but de promouvoir, de vendre, et de gérer des services, il est plus vaste que les activités traditionnelles du département marketing. En effet, ce dernier intègre une coopération étroite entre le marketeur, les managers opérationnels et les ressources humaines, justifie ainsi la nécessité

⁵ Lovelock, C., Wirtz, J., Lapert, D., & Munos, A., *Marketing des services*, 8^e éd., Pearson Éducation France, 2014.

⁶ Université Laval, *Résumé : Marketing des services — concepts clés*, extrait de : Grönroos, C., *Service Management and Marketing*, 1^{re} éd., 1990.

d'une certaine transversalité dans les activités accomplies par chacun au sein de l'entreprise. »⁷

En effet le marketing des services désigne l'ensemble des principes, stratégies et actions visant à concevoir, promouvoir, livrer et améliorer des services, en tenant compte de leurs spécificités – intangibilité, hétérogénéité, périssabilité et simultanéité – et en plaçant l'interaction et la relation avec le client au cœur du processus de création de valeur. Il ne s'agit plus seulement de vendre une prestation, mais de bâtir une relation durable, Co-construite, qui répond aux besoins spécifiques du client et qui évolue dans le temps.

1.3.2. Spécificités du marketing des services

Comme mentionné dans les sections passées les services ont des caractéristiques spécifiques qui les différencient des produits comme l'intangibilité, la simultanéité, la variabilité..., et le marketing vise à réduire ces spécificités pour faciliter les échanges commerciaux dans ce secteur, bien évidemment avec les spécificités des services viennent les spécificités du marketing des services qui sont selon **C.LOVELOCK (2016)**⁸

- **La participation du client dans le processus de service** : Dans le domaine des services, le client joue souvent un double rôle : celui de producteur et de consommateur. Par exemple, lors d'une consultation médicale, le patient participe activement au processus. Cela signifie qu'il est essentiel de gérer les attentes des clients et de personnaliser les services pour répondre à leurs besoins uniques.
- **L'interdépendance entre l'offre et la demande** : Les services sont différents des produits matériels : ils ne peuvent pas être stockés et sont souvent fournis en fonction de la demande. Cela nécessite une gestion agile des ressources, comme ajuster le nombre de personnel selon l'afflux de clients, pour s'assurer que tout le monde soit bien servi.
- **L'importance de la relation à long terme avec les clients** : Le marketing des services met l'accent sur la fidélisation des clients plutôt que sur des ventes uniques. Créer une expérience positive incite les clients à revenir et à recommander le service à d'autres, ce qui est crucial pour le succès à long terme.
- **L'accent sur l'expérience et la qualité perçue** : Étant donné que les services sont intangibles, il est vital de se concentrer sur la façon dont les clients perçoivent la qualité.

⁷ Lovelock, C., & Lapert, D., *Marketing des services*, Paris, Publi-Union Éditions, 1999.

⁸ Lovelock, C., *Marketing des services*, 8^e éd., Pearson Éducation France, 2016.

Cela inclut la gestion des interactions, la communication, ainsi que la démonstration de compétence et de fiabilité.

- **L'importance du personnel en contact avec les clients :** Les employés qui interagissent directement avec les clients jouent un rôle important dans l'expérience de service. Leur attitude, leur formation et leur capacité à résoudre les problèmes peuvent grandement influencer la satisfaction et la fidélité des clients.
- **La gestion de l'hétérogénéité du service :** La qualité des services peut varier d'une prestation à l'autre. Le marketing des services cherche à standardiser autant que possible tout en permettant une certaine flexibilité pour s'adapter aux besoins individuels, par exemple grâce à une formation adéquate du personnel.
- **La communication et la gestion des attentes :** La communication est essentielle dans le marketing des services, car les clients ne peuvent pas toucher ou essayer un service avant de l'acheter. Les entreprises doivent donc gérer les attentes des clients en utilisant des techniques de communication efficaces et des stratégies de promotion pour les rassurer sur la qualité du service proposé.

En effet, ces spécificités imposent une approche centrée sur l'humain, où l'expérience, la relation et la qualité perçue priment sur le produit lui-même. Contrairement au marketing classique, il ne s'agit pas seulement de convaincre un client d'acheter, mais de lui faire vivre une expérience mémorable, cela exige une stratégie plus souple, interactive et émotionnelle capable de s'adapter aux attentes des clients tout en valorisant le rôle essentiel du personnel en contact.

1.3.3. Le mix marketing des services

Le marketing mix fait référence aux tactiques (ou activités marketing) que nous devons utiliser pour satisfaire les besoins des clients et positionner notre offre clairement dans l'esprit du client. Il a été inventé par **Neil BORDEN** en 1964, il implique les 7P : Produit, Prix, Distribution et Promotion qui ont été développés par **McCarthy, 1960**⁹ et trois éléments supplémentaires qui nous aident à relever les défis du marketing des services : Personnel, Processus et Preuve Physique (**Booms & Bitner, 1982**)¹⁰

⁹ McCarthy, E. J., *Basic Marketing*, Homewood, IL, Richard D. Irwin, 1964.

¹⁰ Bitner, M. J. et Booms, H., « Marketing Strategies and Organization: Structure for Service Firms », dans Donnelly, J. H. et George, W. R. (dirs.), *Marketing of Services, Conference Proceedings*, Chicago, IL, American Marketing Association, 1981.

- **Le produit :** Cela fait référence à ce que l'entreprise produit (qu'il s'agisse d'un produit ou d'un service, ou d'une combinaison des deux) et est développé pour répondre au besoin fondamental du client
- **Le prix:** C'est le seul élément générant des revenus du mix - toutes les autres activités marketing représentent un coût. Il est donc important de fixer le bon prix pour non seulement couvrir les coûts mais aussi maximiser les bénéfices !
- **La place :** C'est le 'lieu' où les clients effectuent un achat. Cela peut se faire dans un magasin physique, via une application ou sur un site web. Certaines organisations disposent de l'espace physique ou d'une présence en ligne pour amener leur produit/service directement au client, tandis que d'autres doivent travailler avec des intermédiaires ayant l'expertise des lieux, du stockage et/ou des ventes pour aider à cette distribution.
- **La promotion :** La promotion dans notre mix marketing consiste à communiquer des messages aux clients, quel que soit le stade de leur parcours d'acheteur, pour générer de la notoriété, de l'intérêt, du désir ou de l'action.
- **L'environnement physique :** Les preuves physiques fournissent des indices tangibles de la qualité de l'expérience qu'une entreprise propose. Cela peut être particulièrement utile lorsqu'un client n'a pas encore acheté auprès de l'organisation et a besoin d'une certaine assurance, ou s'il doit payer pour un service avant qu'il ne soit livré.
- **Le processus :** Toutes les entreprises souhaitent créer un parcours fluide, efficace et convivial pour le client - et cela ne peut être réalisé sans les bons processus en coulisses pour y parvenir. Comprendre les étapes du parcours client - de la demande en ligne à la demande d'informations et à l'achat - nous aide à réfléchir aux processus qui doivent être en place pour garantir une expérience positive au client.
- **Le personnel :** Les employés d'une entreprise sont en première ligne lorsqu'ils interagissent avec les clients, prenant et traitant leurs demandes, commandes et réclamations en personne, par chat en ligne, sur les réseaux sociaux ou via le centre d'appels. Ils interagissent avec les clients tout au long de leur parcours et deviennent le 'visage' de l'organisation pour le client. Leur connaissance des produits et services de l'entreprise et de leur utilisation, leur capacité à accéder aux informations pertinentes et leur approche et attitude quotidiennes doivent être optimisées.

Section 02 : Les spécificités du travail de personnel en contact dans le domaine des services

Le personnel en contact est une composante principale dans la production et la délivrance des services, en particulier dans les activités caractérisées par une forte interaction avec le client.

Cette section vise à mettre en évidence les caractéristiques de cette composante humaine, ainsi que l'importance stratégique qu'elle revêt dans la logique de commercialisation des services.

Tout d'abord, le rôle du personnel en contact sera analysé à travers des modèles théoriques du marketing des services, notamment le modèle de servuction et l'élargissement du mix marketing. Ensuite, un état des lieux des recherches portant sur l'interaction entre le personnel en contact et client permettra de retracer les grandes évolutions du champ. Enfin, une synthèse critique de la littérature existante viendra dégager les éléments clés à retenir pour la suite de ce travail.

2.1. La place du personnel en contact dans le marketing des services

2.1.1. Définition du personnel en contact

Dans le secteur des services, le personnel en contact est une composante importante qui contribue à la production du service, ce concept a été défini par le pionnier du marketing des services **Christian Grönroos (1990)**¹¹ comme étant « un acteur clé de la production et de la livraison du service, jouant un rôle déterminant dans la perception de la qualité par le client, en raison de la simultanéité entre production et consommation du service. »

En effet c'est celui qui est directement et personnellement impliqué dans la fabrication d'un service avec le client. Il assure la prestation de service et matérialise le service aux yeux des clients.

2.1.2. Le personnel en contact comme un élément du mix marketing des services

Dans le marketing des services, le personnel en contact joue un rôle fondamental. Contrairement aux produits, les services sont immatériels et souvent consommés en même

¹¹ Grönroos, C., *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*, Lexington Books, 1990.

temps qu'ils sont produits. Cela rend l'expérience humaine — le lien direct entre le client et le personnel — absolument essentiel.

C'est pour cette raison que Booms et Bitner, en 1981, ont élargi le traditionnel "mix marketing" (les fameux 4P : Produit, Prix, Place, Promotion) pour l'adapter aux services. Ils ont ajouté trois nouveaux éléments : les "People" (le personnel et les clients), le "Process" (les processus de service) et les "Physical Evidence" (les éléments tangibles qui rassurent le client).

Parmi ces nouveaux "P", **le personnel en contact** est sans doute l'un des plus importants. C'est lui qui représente l'entreprise aux yeux du client : par son comportement, son professionnalisme et sa capacité à créer un lien de confiance, il influence directement la qualité perçue du service et donc la satisfaction globale du client.

Christian Grönroos, un pionnier du marketing des services, insiste beaucoup sur ce point : pour lui, dans beaucoup de cas, **le service, c'est le personnel**. Son attitude, sa compétence et son écoute deviennent des éléments centraux de l'expérience client

2.1.3. Le personnel en contact comme un élément de la servuction

Le concept de *servuction* a été introduit par des chercheurs français, notamment Jacques Baret, pour décrire le processus de création du service à travers l'interaction entre le client et le personnel en contact.

Dans les services, la production et la consommation sont souvent simultanées : c'est ce qu'on appelle la servuction, contraction des mots "service" et "production".

Le modèle de la servuction décrit tout ce qui entre en jeu pour créer une expérience de service perçue par le client.

Dans ce processus, le personnel en contact joue un rôle central. Il est directement impliqué dans la "fabrication" du service : par ses actions, ses comportements et sa capacité à interagir avec le client, il participe activement à la création de valeur. Ce n'est pas seulement un exécutant : il coproduit le service avec le client.

Le modèle classique de la servuction identifie quatre grands éléments :

- Le client lui-même, qui participe à la production du service.
- Le personnel en contact, qui assure la relation et la prestation du service.
- Le support physique, c'est-à-dire l'environnement matériel (locaux, équipements, etc.).

- L'organisation interne, c'est-à-dire tout ce qui soutient le service en coulisses.

Dans cette vision, le personnel en contact est l'interface vivante entre l'organisation et les clients.¹².

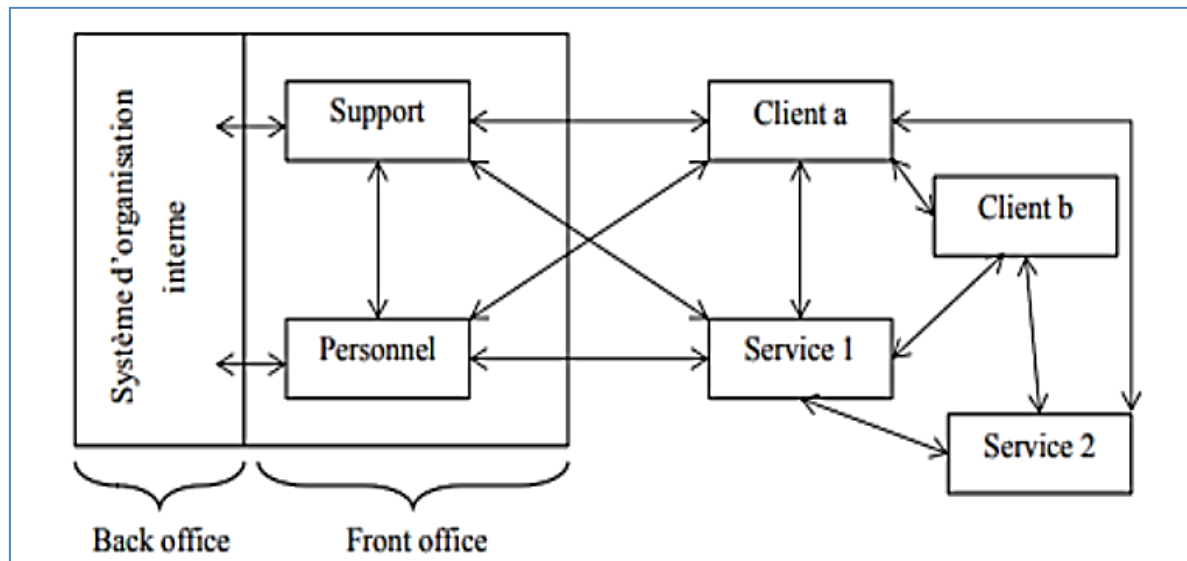


Figure n°1 : Servuction des services (Eglier 2002)

2.2. Recherches des travaux sur l'interaction personnelle en contact-client dans le marketing des services

2.2.1. Les premiers travaux sur l'interaction personnelle en contact-client dans le marketing des services

Le marketing des services a été théorisé dès les années 1970 par un des chercheurs finlandais, considéré comme un pionnier de ce domaine Christian Grönroos, qui a affirmé que le marketing des services nécessite une approche différente du marketing de produit.

Dans les services, et plus encore dans les services à forte intensité relationnelle comme ceux de la santé, l'interaction entre le client et le personnel en contact constitue un moment clé de la perception du service. Selon Christian Grönroos (2015), cette interaction ne se résume pas à une simple exécution opérationnelle : elle est au cœur du processus de création de valeur, dans ce qu'il appelle la **logique de service**.

Adopter une logique de service, c'est repenser complètement la manière dont une organisation aborde ses clients. Il ne s'agit plus uniquement de leur "livrer" un service, mais

¹² Eiglier, P., & Langeard, E., *Servuction: Le marketing des services*, 1987.

de les accompagner dans leurs propres processus de vie ou d'activité. Dans ce cadre, l'interaction devient un espace privilégié – ce que l'auteur nomme la *co-creation platform* – où le client et le personnel du service peuvent véritablement collaborer. Ce moment de rencontre est fondamental, car c'est là que se joue, selon lui, la plus grande partie de la valeur perçue par le client.

Grönroos distingue très clairement deux dimensions dans l'évaluation du service : la qualité technique (ce qui est fait) et la qualité fonctionnelle (la manière dont c'est fait). Et c'est précisément cette seconde dimension, **liée au comportement du personnel en contact**, qui influence fortement la satisfaction ou l'insatisfaction du client. En d'autres termes, la posture, l'écoute, la clarté des explications, l'empathie, ou encore la capacité du personnel à s'adapter à la situation du client sont autant de facteurs qui façonnent l'expérience vécue.

Pour que cette interaction soit réussie, encore faut-il que le personnel soit bien préparé, motivé, soutenu. Grönroos insiste ici sur l'importance du **marketing interne**, qui consiste à considérer les employés comme des clients internes. Leur offrir des ressources, les former, leur transmettre une culture du service sont des éléments indispensables pour créer une cohérence entre les intentions stratégiques de l'organisation et l'expérience réelle du client.

Dans un contexte où les offres techniques tendent à s'uniformiser, l'interaction humaine devient un élément important de différenciation. Ce n'est plus tant le produit ou la prestation "objective" qui fait la différence, mais la qualité de la relation et la manière dont le client se sent compris et soutenu dans sa propre démarche.

« L'interaction devient un outil stratégique de différenciation concurrentielle, en particulier dans des contextes où les offres techniques sont proches entre concurrents ».¹³

2.2.2. L'évolution des recherches sur l'interaction personnel en contact-client

Les recherches sur le marketing des services ont connu une évolution marquée depuis les années 1980, notamment en ce qui concerne l'importance accordée à l'interaction entre le personnel en contact et le client. Dans leur contribution majeure, Zeithaml, Bitner et

¹³ Grönroos, C., *Service Management and Marketing*, 4^e édition, Wiley, 2015, pp. 15-25.

Gremler (2010) expliquent comment cette interaction s'est imposée comme un élément stratégique essentiel pour la qualité perçue, la fidélisation et la différenciation.

Dès l'introduction, les auteurs rappellent que dans les services, le client est souvent impliqué dans le processus de production, ce qui signifie que la qualité du service dépend directement de la manière dont le personnel interagit avec lui. Cette idée a été formalisée notamment avec l'ajout de trois "P" au mix marketing classique (people, process, physical evidence), où le "P" de people met l'accent sur les ressources humaines en contact avec le client.

L'évolution s'est structurée autour de modèles comme le **Gaps Model of Service Quality**, où l'on observe que la performance réelle du personnel en contact est souvent à l'origine de l'écart entre les attentes du client et sa perception du service. Les auteurs insistent sur l'importance d'une formation continue, d'un recrutement ciblé et de systèmes de motivation efficaces pour renforcer ces interactions (Zeithaml et al. 2010, p. 6-7).

En parallèle, les recherches se sont orientées vers une compréhension plus fine de l'expérience vécue par le client. Expliquant que les dimensions de la qualité de service telles que l'empathie, l'assurance ou la réactivité sont toutes directement influencées par les comportements du personnel en contact. Ces dimensions ont été structurées autour de l'échelle **SERVQUAL**, largement utilisée dans les études empiriques depuis les années 1985.

Ces recherches ont montré que l'interaction ne se limite pas à un simple échange transactionnel. Elle s'inscrit dans une logique relationnelle, où le client est parfois perçu comme un "coproducteur" du service. Cela oblige les organisations à redéfinir les rôles non seulement du personnel, mais aussi du client lui-même, afin d'optimiser la co-crédation de valeur.

Enfin, le personnel est placé au cœur d'une dynamique entre les promesses faites au client (marketing externe), la capacité à les tenir (marketing interactif), et les efforts déployés en interne pour les rendre possibles (marketing interne). L'alignement entre ces trois dimensions est indispensable pour garantir des interactions qualitatives, authentiques et cohérentes. En effet, on peut dire que la recherche sur l'interaction personnel – client a évolué d'un intérêt secondaire à une reconnaissance centrale, en tant que fondement même de la stratégie marketing des services. Elle ne cesse aujourd'hui d'inspirer des innovations

en matière de gestion de la relation client, notamment dans des secteurs sensibles comme la santé.¹⁴

2.2.3. Les travaux actuels de recherche sur l'interaction personnel en contact-client dans les services

Avec la montée en puissance du digital dans les services, on aurait pu croire que l'interaction humaine allait progressivement s'effacer au profit de technologies automatisées. Pourtant, les recherches actuelles montrent exactement l'inverse c'est bien l'interaction humaine – dans toute sa richesse relationnelle – qui sert désormais de modèle aux nouvelles formes d'interfaces numériques.

Dans un article publié dans le *Journal of Service Research*, Huang et Rust (2021) développent un concept particulièrement éclairant : celui de "**relational personalization**". Derrière ce terme, il s'agit d'un enjeu simple mais fondamental comment intégrer une "touche humaine" dans les services numériques, en particulier ceux opérés par des intelligences artificielles conversationnelles (chatbots, assistants vocaux, etc.) ? Pour les auteurs, cette "personnalisation relationnelle" devient une nouvelle frontière dans la qualité de service le client ne cherche pas seulement une réponse fonctionnelle, mais une relation, même si celle-ci est simulée. Ce qui est frappant dans cette approche, c'est qu'elle place les qualités humaines du personnel en contact comme une référence à reproduire dans l'univers digital. Concrètement, cela signifie que des aspects tels que l'empathie, la reconnaissance, la mémoire des préférences ou encore l'adaptation du langage sont désormais modélisés pour être intégrés dans les IA. Le personnel en contact, dans sa manière de créer du lien, devient en quelque sorte une source d'inspiration technologique.

Mais l'article ne se contente pas de vanter les mérites de l'IA : au contraire, il souligne que dans certains contextes – situations complexes, demandes émotionnellement chargées, conflits – la présence humaine reste irremplaçable. Les clients expriment encore un besoin fort de contact humain, non seulement pour être compris, mais aussi pour être rassurés. Ainsi, Huang et Rust (2021) plaident pour un modèle hybride l'IA prend en charge les tâches

¹⁴ Zeithaml, Bitner et Gremler, *Services marketing strategy*, dans J.N. Sheth & N.K. Malhotra (éd.), *Wiley International Encyclopedia of Marketing: Marketing Strategy*, vol. 1, Chichester, John Wiley & Sons, 2010, p. 208-218.

simples ou répétitives, tandis que le personnel humain se concentre sur les moments critiques, où la relation et la confiance sont décisives.

Cette perspective est extrêmement précieuse dans une réflexion sur les services de santé. Même si certaines tâches administratives peuvent être automatisées, la relation entre le personnel médical et le patient reste fondée sur une dimension humaine essentielle. L'interaction ne se limite pas à un échange d'informations : elle est aussi, et surtout, un moment de reconnaissance, d'écoute et d'accompagnement.

Les recherches actuelles ne remettent pas en cause l'importance du personnel en contact – bien au contraire. Elles montrent que dans un monde de plus en plus digitalisé, les compétences humaines relationnelles deviennent une norme à atteindre, y compris pour les machines. Ce retour à l'humain, étonnamment porté par la technologie, redonne toute sa valeur à l'interaction en face-à-face et à la qualité des échanges interpersonnels.¹⁵

2.3. Synthèse de la revue de littérature du chapitre

2.3.1. Résultats de recherche du chapitre

L'interaction entre le personnel en contact et le client est au cœur du marketing des services, notamment dans les secteurs à forte intensité relationnelle comme la santé. Dès les premiers travaux de Christian Grönroos dans les années 1970, cette interaction est reconnue comme un moment clé de la création de valeur, bien plus qu'une simple exécution opérationnelle. Le personnel joue un rôle essentiel, car la manière dont le service est délivré influence directement la satisfaction et la perception du client.

Les recherches ultérieures ont confirmé l'importance de cette relation, en intégrant le personnel dans le mix marketing et en soulignant que la qualité fonctionnelle, c'est-à-dire le comportement et l'attitude des employés, conditionne fortement l'expérience client. Le personnel devient ainsi un véritable vecteur de différenciation dans un environnement où les offres techniques tendent à s'uniformiser.

Avec l'émergence des technologies numériques, certains pouvaient penser que l'humain serait marginalisé. Or, les études récentes montrent le contraire : la "personnalisation relationnelle" est aujourd'hui un enjeu majeur, où les qualités humaines

¹⁵ Huang et Rust, « Personal touch in digital customer service : A conceptual framework of relational personalization for conversational AI », *Journal of Service Research*, vol. 24, n° 3, 2021, p. 339-354.

du personnel servent de modèle à l'intelligence artificielle, notamment dans les chatbots ou assistants vocaux. Cependant, dans les situations complexes ou émotionnellement chargées, la présence humaine reste indispensable, notamment dans le domaine de la santé, où l'écoute et le soutien jouent un rôle fondamental.

2.3.2. Analyse critique

Cette étude présente une analyse approfondie, alliant théorie traditionnelle et innovations contemporaines, ce qui constitue un atout majeur. Le choix du domaine de la santé est judicieux pour illustrer l'importance de l'interaction humaine.

Cependant, les conclusions demeurent parfois trop générales et pourraient être renforcées par des données empiriques concrètes, telles que des recherches sur le terrain. Le modèle hybride alliant technologie et intervention humaine, bien que prometteur, manque de précisions pratiques, notamment en ce qui concerne la formation requise pour le personnel et les véritables limites de l'automatisation.

De plus, l'influence des différences culturelles et des contraintes organisationnelles sur la qualité de cette interaction devrait être davantage explorée. En conclusion, cette recherche ouvre de nouvelles perspectives, notamment sur le rôle actif des clients dans la co-crédation de valeur, l'importance des compétences émotionnelles du personnel, et l'évolution continue des technologies au service de l'expérience client.

En fin, cette revue de littérature permet de replacer l'interaction personnel-client dans un cadre théorique rigoureux, en mobilisant les apports du marketing des services et de la servuction. Elle met en évidence les dimensions clés de cette relation, ainsi les enjeux liés à sa compréhension dans des contextes spécifiques tels que celui de la santé. Ce socle théorique constitue une base essentielle pour la recherche empirique qui sera menée dans la suite de ce travail, en vue de mieux appréhender les pratiques réelles, les attentes des clients et les défis rencontrés par le personnel en contact.

Conclusion

En conclusion, ce premier chapitre a permis de poser les bases théoriques nécessaires à la compréhension du marketing des services et du rôle central que joue le personnel en contact dans la création de valeur pour le client.

À travers l'analyse des spécificités du secteur tertiaire, l'étude du modèle de servuction et l'examen de la place du personnel dans le mix marketing, il apparaît clairement que l'interaction entre client et personnel de contact constitue une composante déterminante de l'expérience de service.

La revue des travaux consacrés à cette interaction a, par ailleurs, mis en lumière une évolution significative des approches théoriques, témoignant de l'intérêt croissant porté à la dimension relationnelle du service.

Cette synthèse critique permet ainsi de dégager les principaux axes de réflexion qui orienteront notre investigation empirique dans le contexte particulier des services de santé.

Chapitre II

*Revue de littérature sur l'interaction
personnel de contact – client dans les
services de santé*

Introduction

Ce second chapitre se propose de poser les fondements théoriques relatifs à l'interaction entre le personnel en contact et les usagers dans le secteur des services de santé. Dans cette optique, il s'articule autour de deux axes principaux. Le premier s'attache à définir le cadre général des services de santé, en mettant en évidence leurs spécificités ainsi que les particularités du marketing qui leur est appliqué. Le second axe se concentre sur le rôle central du personnel en contact, en analysant sa place dans les modèles de servuction et dans le marketing mix adapté à ce secteur, tout en mobilisant les principales contributions scientifiques sur la relation personnel-patient. Cette revue de littérature permettra ainsi d'identifier les apports théoriques pertinents à la construction du cadre d'analyse de notre recherche.

Section 01 : Les fondements du marketing des services de santé

Avant d'aborder la question de l'interaction entre le personnel en contact et le patient, il apparaît nécessaire d'énoncer le cadre particulier dans lequel cette interaction se déroule. Cette première section a ainsi pour ambition de définir les services de santé et d'en souligner les spécificités structurelles et relationnelles. Elle s'attend également sur les particularités du marketing des services lorsqu'il est appliqué à ce secteur, en mettant l'accent sur les adaptations du mix marketing à un environnement caractérisé par une forte charge émotionnelle, une asymétrie d'information, et une implication importante du client.

1.1. Cadre théorique des services de santé

1.1.1. Définition des services de santé

La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. (**L'OMS : l'organisation mondiale de santé**)

Les services de santé d'un autre côté ensemble des institutions, programmes, installations et personnels médical et paramédical contribuant à la prévention des maladies, à l'administration des soins aux malades ainsi qu'à la promotion de la santé d'une collectivité.

Selon l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** : « Les services de santé comprennent toutes les activités dont le but est de promouvoir, de restaurer ou de maintenir la santé. »¹⁶

Selon l'**Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** : « Les services de santé sont les services fournis par les professionnels de santé pour promouvoir la santé, prévenir la maladie, *diagnostiquer et traiter les maladies et les handicaps*. »¹⁷

1.1.2. Les spécificités des services de santé

Les services de santé se distinguent des autres types de services par leur forte dimension humaine, leur complexité et la vulnérabilité particulière des usagers. Contrairement aux services classiques, l'interaction entre le professionnel et le patient repose souvent sur une asymétrie d'information, une forte charge émotionnelle et une attente élevée en matière de compétence et d'empathie. Ces caractéristiques spécifiques ont été largement étudiées dans la littérature académique sur les services et les systèmes de santé.

« Les services de santé se caractérisent par un haut niveau d'interaction interpersonnelle, d'incertitude et d'implication émotionnelle, ce qui les distingue des autres secteurs de services ». ¹⁸

« Les patients sont souvent en position de vulnérabilité, sans connaissance médicale, et dépendent totalement de l'expertise des professionnels, ce qui crée une forte asymétrie dans la relation de service. »¹⁹

« Dans les soins de santé, la qualité perçue de l'interaction dépend fortement de l'empathie, des compétences en communication et de la compétence perçue du personnel, ce qui influence fortement la satisfaction du patient. »²⁰

¹⁶ Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, Genève, OMS, 2000.

¹⁷ OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), *OECD Health Statistics*

¹⁸ Berry L. L., Bendapudi N., « Health care: A fertile field for service research », *Journal of Service Research*, vol. 10, no 2, 2007, p. 111-122.

¹⁹ Eiriz V., Figueiredo J. A., « Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 18, no 6, 2005, p. 404-412.

²⁰ Dagger T. S., Sweeney J. C., Johnson L. W., « A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model », *Journal of Service Research*, vol. 10, no 2, 2007, p. 123-142.

1.2. Les spécificités du marketing dans le domaine de santé

1.2.1. Définition du marketing dans le domaine de santé

C'est dans les années 1970 que le marketing a commencé à s'intéresser au domaine de la santé, notamment grâce à Philip Kotler. Il a été l'un des premiers à montrer qu'on pouvait utiliser les outils du marketing pour mieux répondre aux besoins humains, même en dehors du commerce. Cette ouverture a marqué le début d'une vraie réflexion sur le marketing des services de santé.

BERRY et PARASURAMAN l'un des plus grands spécialistes dans le domaine disent que « Dans le secteur de la santé, le marketing doit être vu comme un processus de développement de relations durables avec les patients, fondé sur la confiance, la qualité perçue et l'écoute. »²¹

Selon ZEITHAML et BITNER « Le marketing des services de santé doit intégrer une vision centrée sur le patient, en veillant à la qualité du service, à la gestion des attentes et à la récupération en cas d'échec de service. »²²

Pour être précis le marketing dans les services de santé est la mise en œuvre de différentes actions et technique pour but de sensibiliser, satisfaire et bâtir une relation durable et de confiance avec le client.

1.2.2. Les spécificités du marketing de santé

Le marketing de la santé, c'est un domaine plus au moins spécifique. Il ressemble au marketing classique sur certains points, mais il a aussi ses propres règles. Par exemple, on ne peut pas faire de la pub pour un médicament comme on le ferait pour un soda. Tout est beaucoup plus encadré, que ce soit pour les prix, la distribution ou la communication.

Mais petit à petit, ça change. Le patient d'aujourd'hui n'est plus passif : il s'informe, pose des questions, veut comprendre ce qu'on lui propose. Et ça, oblige les professionnels de santé à repenser leur façon de communiquer. Le marketing devient alors un outil pour mieux accompagner les patients, pas juste pour "vendre".

²¹ Berry L. L., Parasuraman A., *Marketing Services: Competing Through Quality*, The Free Press, 1991.

²² Zeithaml V. A., Bitner M. J., Gremler D. D., *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, 7e éd., McGraw-Hill, 2018.

On le voit aussi avec tous les nouveaux supports utilisés : des fiches plus simples pour expliquer un traitement, des e-mails, des centres d'appel, ou encore Internet, qui joue un rôle énorme maintenant. Et puis il y a des produits liés à la santé comme les compléments alimentaires, qui utilisent carrément les mêmes codes que les grandes marques. On est donc à mi-chemin entre la rigueur médicale et les attentes du consommateur.²³

1.2.3. Le mix marketing dans les services de santé

Même si Philip Kotler a été l'un des premiers à ouvrir le marketing aux secteurs comme la santé, ce sont des chercheurs comme Leonard Berry, Booms et Bitner qui ont vraiment structuré le marketing des services. Ils ont apporté des outils concrets, comme l'élargissement du mix aux 7P, très utiles dans les hôpitaux ou cliniques. Ensemble, ils ont posé les bases d'un marketing plus humain et adapté aux réalités du soin. Voici les composantes du mix marketing appliqué au domaine de la santé ²⁴:

- **Le personnel** fait référence au médecin qui transmet au patient des informations sur la maladie ou la plainte, des informations sur les médicaments administrés, l'attitude et la compétence du personnel à servir les patients, et des procédures de service claires.
- **Le prix** représente l'adéquation des tarifs fixés pour les services fournis, aux honoraires facturés et à l'accessibilité financière des médicaments.
- **Le lieu** représente l'emplacement, aux horaires d'ouverture, au type ou à la présentation du produit sur de nouveaux canaux tels que les réseaux sociaux. Tous ces facteurs seront évalués dans le cadre du 7P et refléteront sans aucun doute les changements²⁵.
- **La promotion** fait référence à une combinaison de priorités de vente, c'est-à-dire la publicité et la vente personnelle, et inclut les canaux de vente ou autres moyens de vente.
- **Les preuves physiques** font référence aux équipements et aux produits pharmaceutiques, ainsi qu'à l'atmosphère et à l'environnement physique. Les symboles physiques tels que les logos, les uniformes et les équipements seront affichés différemment pour chaque organisation.
- **Le produit (service)** fait référence à la création de valeur pour les patients ou les bénéficiaires de services en organisant une évaluation adéquate.

²³ Serre M.-P., Wallet-Wodka D., *Marketing des produits de santé*, Paris, Dunod, 2008, p. 10-12.

²⁴ Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2013). *Services marketing* (6th ed.). McGraw-Hill Education.

²⁵ Wooldridge B. R., Camp K. M., *Healthcare marketing : Strategies for creating value in the patient experience*, Health Administration Press, 2019.

– **Le processus** fait référence à la rapidité et à la précision des services fournis, ainsi qu'à la convivialité du médecin. Le service aux patients, ainsi que la courtoisie et la gentillesse du personnel qui les accompagne²⁶.

Section 02 : Les spécificités du travail du personnel en contact dans le domaine des services de santé

Dans le prolongement de la réflexion sur les spécificités des services de santé, cette seconde section s'attache à approfondir le rôle du personnel en contact, acteur clé dans la perception et la qualité du service rendu. Après avoir clarifié la notion de personnel en contact et sa place dans les modèles de marketing des services, l'analyse se concentrera sur les différentes approches théoriques ayant traité de l'interaction entre ce personnel et les clients.

À travers un examen des principales contributions scientifiques, cette section mettra en lumière les enjeux relationnels, communicationnels et émotionnels de cette interaction, essentielle à la satisfaction et à la fidélisation des usagers.

2.1. La place du personnel en contact dans les services de santé

2.1.1. La composante du personnel en contact dans les services de santé

Dans le secteur des services, le **personnel en contact** désigne les employés qui interagissent directement avec les clients lors de la prestation de service (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2009). Appliquée au domaine de la santé, cette notion englobe principalement les médecins, infirmiers, aides-soignants, techniciens médicaux et agents d'accueil, qui sont en première ligne dans la relation avec les patients.²⁷

2.1.2. Le personnel en contact comme un élément du mix marketing appliqué au secteur de santé

Dans le mix marketing élargi, la composante (people) qui est personnel en anglais, a été ajouté par BITNER et BOOMS en 1981, et appliqué dans le secteur de santé par plusieurs chercheurs, parmi les premiers qui l'ont adopté Laohasirichaikul ; Chaipoopirutana et

²⁶ Wooldridge B. R., Camp K. M., *Healthcare marketing : Strategies for creating value in the patient experience*, Health Administration Press, 2019.

²⁷ Zeithaml V. A., Bitner M. J., Gremler D. D., *Services Marketing : Integrating Customer Focus Across the Firm*, 5e éd., McGraw-Hill, 2009.

Combs en 2009. Dans le contexte des services de santé, le personnel en contact ne se limite pas à une simple fonction opérationnelle ; il est aussi un pilier essentiel de confiance, de communication et d'empathie, indispensable à la construction d'une relation soignant-soigné de qualité.²⁸

Laohasirichaikul, Chaipoopirutana & Combs (2009) mettent en lumière l'importance du « souci du patient » (doctor concern), qui repose sur la qualité de l'interaction entre le médecin et le patient, élément fondamental dans la perception du service de santé²⁹.

Korsah (2011) insiste sur l'importance de la relation soignant-soigné, notamment dans les interactions infirmiers-patients, considérée comme un facteur essentiel dans l'expérience du patient et sa satisfaction globale. De son côté, Winsted (2000) définit les attentes des patients vis-à-vis du personnel en contact : démonstration de compétence, de prévenance, de communication claire et d'attitudes respectueuses.³⁰

2.1.3. Le personnel en contact comme un élément de système de servuction appliqué au système de santé

Dans le domaine des services, et plus spécifiquement dans le secteur de la santé, le personnel en contact joue un rôle crucial. Il ne s'agit pas uniquement de réaliser des actes techniques, mais de co-crée une expérience de service qui soit humaine, rassurante et de haute qualité. Le concept de servuction, introduit par Eiglier et Langeard (1987), permet d'analyser cette réalité de manière systématique. Ce terme, issu de la combinaison des mots service et production, englobe tous les éléments nécessaires à la création d'un service, y compris : le client, les supports physiques, le personnel en contact, et l'organisation interne. Dans ce cadre, le personnel en contact est défini comme tout employé interagissant directement avec les usagers³¹.

²⁸ Laohasirichaikul B., Chaipoopirutana S., Combs H., « Effective Customer Relationship Management of Health Care : A Study of Hospitals in Thailand », *International Journal of Strategic Management*, vol. 9, no 3, 2009, p. 30-40.

²⁹ Korsah K. A., « Nurses' Stories about their Interactions with Patients at the Holy Family Hospital in Techiman, Ghana », *Open Journal of Nursing*, vol. 1, no 1, 2011, p. 1-9, <https://doi.org/10.4236/ojn.2011.11001>.

³⁰ Winsted K. F., « Service behaviors that lead to satisfied customers », *European Journal of Marketing*, vol. 34, no 3/4, 2000, p. 399-417.

³¹ A.Boudjemaa (2020). *La relation patient-soignant dans les établissements de santé privés en Algérie : une étude exploratoire*. Revue des Sciences Commerciales, 18(1).

Dans un établissement de santé, cela inclut les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les secrétaires médicales, les agents d'accueil, etc. Leur rôle va bien au-delà de la simple exécution de tâches : ils incarnent le service. Ce sont eux qui accueillent, écoutent, rassurent, accompagnent et orientent le patient tout au long de son parcours de soins. L'expérience des patients, en particulier dans des contextes de souffrance physique ou psychologique, est profondément affectée par la qualité de l'interaction humaine. Le sourire d'une infirmière, l'empathie d'un médecin, la patience d'un agent d'accueil : autant de détails qui transforment radicalement la perception du service. Selon Eiglier et Langeard, le personnel en contact est un coproducteur du service. Contrairement à un produit matériel, un service ne peut être stocké ou préparé à l'avance. Il se crée en temps réel, au cours de l'interaction. Cela rend l'intervention humaine non seulement significative, mais essentielle. Dans le domaine de la santé, où les enjeux sont souvent vitaux, cette interaction devient une composante intégrante des soins. Il est donc évident que les établissements de santé accordent de plus en plus d'importance à la formation relationnelle.³².

2.2. Recherche des travaux sur l'interaction personnel en contact-client dans le domaine de santé

2.2.1. Les premiers travaux sur l'interaction personnel en contact-client dans les services de santé

L'analyse des interactions entre les patients et le personnel soignant dans les établissements de santé a vu le jour dans les années **1970**. **Robert F. Murphy**, un anthropologue américain, fut l'un des pionniers de cette thématique avec son ouvrage « **The Body Silent** ». En relatant son expérience en tant que patient paralysé, il met en exergue l'influence des interactions médicales sur l'identité et la dignité des individus. Par la suite, **Egon Berman** a mis en avant l'asymétrie inhérente à la relation entre soignant et soigné, caractérisée par un déséquilibre de connaissances et de pouvoir. Ces contributions initiales ont permis de comprendre que la relation de soin va au-delà d'une simple prestation technique, se transformant en un acte profondément humain et social. Au fil du temps, les chercheurs ont élargi leur perspective, s'éloignant d'une vision centrée uniquement sur la relation interpersonnelle pour explorer la dimension collective et organisationnelle de l'interaction. Dans les hôpitaux, les patients interagissent avec une variété de professionnels,

³² Eiglier, P., & Langeard, E. (1987). *Servuction : Le marketing des services*. Paris : McGraw-Hill.

souvent à travers des parcours fragmentés. Deux types de continuité émergente : la continuité personnelle, qui se manifeste par la présence régulière d'un même soignant, et la continuité organisationnelle, qui se traduit par une transmission fluide des informations, une cohérence des soins et un suivi coordonné. En l'absence de cette dernière, le patient peut éprouver de la confusion, voire un sentiment d'abandon. Les recherches initiales ont ainsi ouvert la voie à une compréhension plus large de l'interaction entre le personnel en contact et les clients dans les services de santé : une relation qui s'inscrit à la fois dans l'échange humain direct et dans la qualité du système dans lequel elle se déroule.³³

2.2.2. L'évolution des recherches sur l'interaction personnel en contact-client dans les services de santé

Depuis les années 1980, les études sur l'interaction entre le personnel soignant et les patients dans les établissements de santé ont subi une transformation significative. Initialement axée sur la qualité humaine des échanges, cette réflexion a progressivement intégré des outils et concepts issus du marketing des services, visant à améliorer l'expérience des patients et à professionnaliser la gestion des relations. Le modèle SERVQUAL, développé par Parasuraman, Zeithaml et Berry en 1985, a marqué un tournant méthodologique. En décomposant la qualité perçue en cinq dimensions – tangibilité, fiabilité, réactivité, assurance et empathie – ce modèle a permis une évaluation plus systématique des performances du personnel en contact, même dans le cadre hospitalier. Il a été adapté au secteur de la santé pour mesurer l'écart entre les attentes des patients et leur perception réelle du service reçu, en particulier dans les établissements de soins publics et privés. Cette évolution s'inscrit également dans la montée du marketing relationnel, comme l'a souligné Berry en 1983, qui affirme que la fidélisation des patients repose sur une relation continue, personnalisée et de confiance. Dans un contexte de forte concurrence entre les établissements de santé, la qualité de l'interaction devient un levier stratégique. Des concepts tels que la satisfaction, la loyauté et la communication personnalisée occupent une place centrale dans l'analyse des comportements des soignants³⁴.

³³ Krogstad U., Hofoss D., Hjortdahl P., « Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact », *British Medical Journal*, 2002.

³⁴ Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L., « A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research », *Journal of Marketing*, vol. 49, n° 4, 1985, p. 41-50.

Cependant, ces approches n'ont pas stagné. Elles ont évolué vers une logique plus intégrée avec l'essor du CRM (Customer Relationship Management), notamment sous sa forme numérique (e-CRM). Dans les hôpitaux, cela s'est traduit par l'implémentation de systèmes d'information permettant un suivi individualisé des patients, la traçabilité des échanges et l'automatisation partielle de certaines interactions, telles que les rappels de rendez-vous et le suivi post-opératoire. Ces instruments, bien qu'ils renforcent l'efficacité organisationnelle, engendrent également des défis en matière de personnalisation et de lien humain. Par ailleurs, les chercheurs mettent en lumière une tension croissante entre la technicisation des relations et l'humanisation des soins. L'interaction entre soignant et patient ne se limite pas à une simple variable de performance ; elle constitue également un espace de signification, de reconnaissance réciproque et de gestion de la vulnérabilité. Une approche purement marketing peut donc sembler insuffisante si elle ne prend pas en compte les dimensions éthiques, émotionnelles et contextuelles inhérentes aux soins. De ce fait, les études sur l'interaction dans les services de santé ont évolué : d'une logique descriptive et humaine vers une logique managériale, pour aboutir aujourd'hui à une perspective réflexive et critique, interrogeant l'impact des outils de gestion sur la nature même de la relation de soin³⁵.

2.2.3. Les travaux actuels de recherche sur l'interaction personnel en contact-client dans les services de santé

Au fil des années, les études sur l'interaction entre le personnel soignant et les patients dans les établissements de santé ont évolué, intégrant de nouvelles perspectives qui tiennent compte des enjeux contemporains des organisations sanitaires. Actuellement, trois grands axes de réflexion prédominent dans ce domaine. Le premier axe concerne **la coordination interprofessionnelle**, qui postule que la qualité de l'interaction ne repose pas uniquement sur les compétences individuelles, mais également sur la capacité des équipes à fonctionner de manière cohérente³⁶.

Les recherches actuelles soulignent l'importance de la communication interdisciplinaire, de la stabilité des équipes, et de l'établissement d'un climat de confiance

³⁵ Anshari M., Almunawar M. N., « Improving customer service in healthcare with CRM 2.0 », *arXiv preprint*, arXiv:1204.3685, 2012.

³⁶ Aiken, L. H., et al., « Études sur l'organisation hospitalière et les résultats patients », 1994–1999.

partagé entre les professionnels. Cette approche met en avant la notion de responsabilité collective dans la relation entre le patient et le soignant, et insiste sur le fait que la qualité perçue par le patient dépend d'une expérience fluide, même lorsque plusieurs intervenants sont impliqués dans son parcours. Le deuxième axe se concentre sur **l'humanisation des soins à l'ère numérique**. Face à la digitalisation croissante des services de santé (dossiers patients informatisés, téléconsultations, plateformes de gestion des rendez-vous), la recherche s'interroge sur la manière de préserver une relation humaine de qualité, malgré la médiation technologique³⁷.

L'enjeu est de renforcer les compétences relationnelles du personnel en contact afin d'éviter que le numérique ne déshumanise les échanges, mais au contraire d'améliorer l'écoute, le suivi et la personnalisation des soins. Enfin, un troisième axe met en lumière le **rôle croissant du patient en tant que partenaire actif dans le processus de soin**. Grâce à l'accès à l'information médicale, à l'augmentation des attentes et à la logique de responsabilisation, le patient devient un acteur de sa propre santé, ce qui transforme profondément la nature de l'interaction. Le personnel en contact doit alors adopter une posture d'accompagnement, de soutien et d'engagement envers le patient.³⁸

³⁷ Krogstad, U., Hofoss, D., & Hjortdahl, P., « Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact », 2002.

³⁸ Anshari, M., & Almunawar, M. N., « Shifting Role of Customer from Recipient to Partner of Care in Healthcare Organization », 2013.

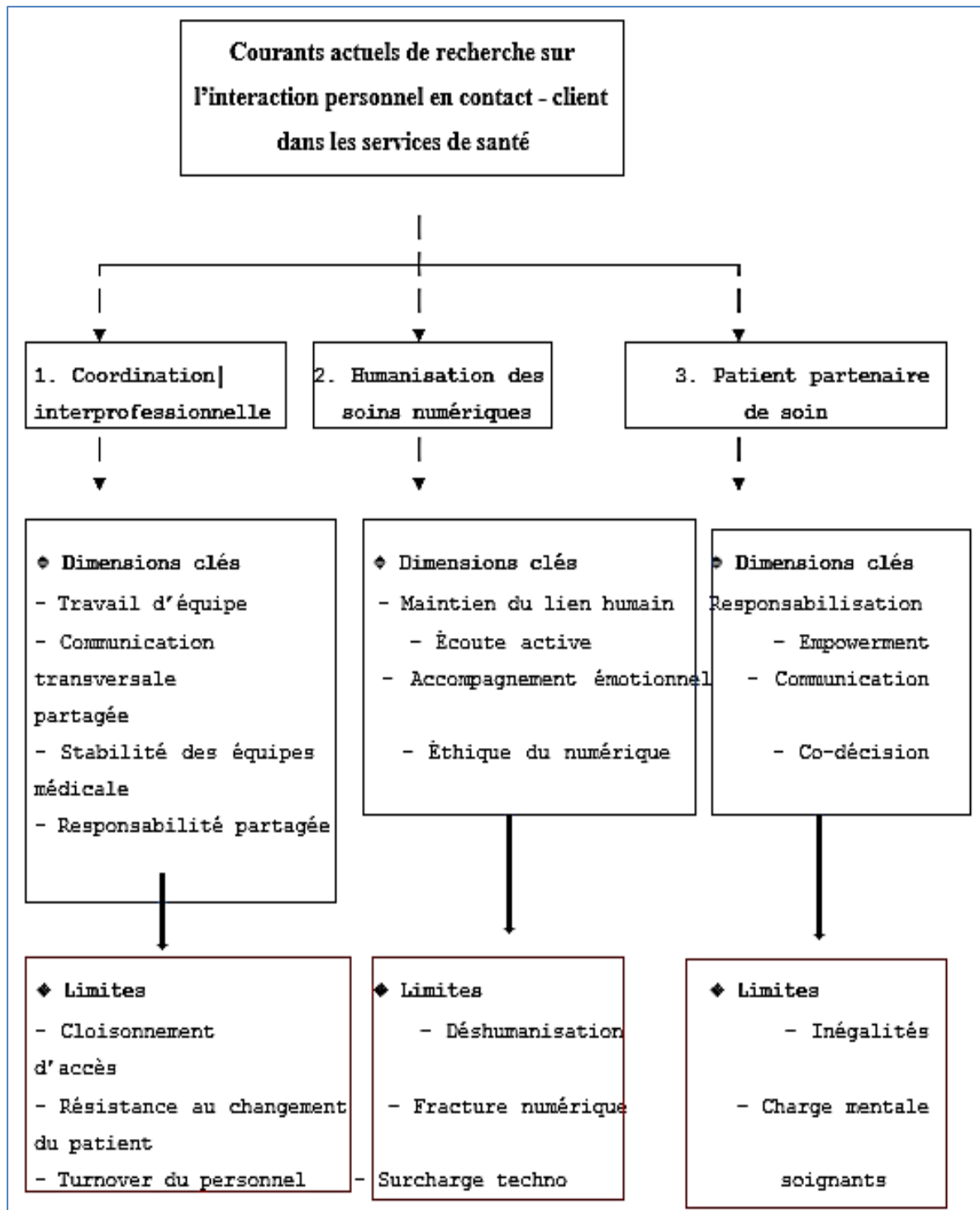


Figure2 : Schéma : Extrait élaboré par nous-même en s'inspirant de la revue de la littérature existante

2.3. Synthèse de la revue de littérature du chapitre

2.3.1. Résultats des recherches

Ce chapitre a examiné en détail les caractéristiques de l'interaction entre le personnel soignant et le patient dans les établissements de santé, s'appuyant sur des perspectives théoriques, managériales et actuelles. Tout d'abord, des bases historiques ont été établies. Des chercheurs tels que **Robert F. Murphy** et **Egon Berman** ont été parmi les pionniers à démontrer que la relation entre le soignant et le patient va au-delà d'une simple procédure médicale, englobant des dimensions sociales, psychologiques et symboliques. Leurs travaux initiaux ont révélé l'importance cruciale du lien humain dans l'élaboration de la relation de soin. Au fil du temps, les investigations ont évolué vers une approche plus structurale et marketing de cette interaction. L'intégration de modèles tels que **SERVQUAL**, ainsi que le marketing relationnel et le CRM dans le secteur de la santé, a permis d'évaluer la qualité perçue des interactions, de professionnaliser la gestion des relations et de réintroduire le patient au cœur des stratégies de satisfaction et de fidélisation au sein des établissements hospitaliers.

En conclusion, les recherches modernes mettent en lumière trois grandes tendances qui structurent aujourd'hui la réflexion : la coordination interprofessionnelle, valorisant le travail en équipe et la fluidité de l'information ; l'humanisation des soins à l'ère numérique, visant à maintenir la relation humaine malgré l'essor des technologies ; et le patient comme partenaire de soin, qui fait du patient un acteur engagé dans les décisions le concernant. Ainsi, l'interaction entre le personnel soignant et le patient se présente comme un processus aux multiples dimensions, influencé par des dynamiques humaines, organisationnelles et technologiques, constituant un levier primordial pour assurer une expérience de soin cohérente, bienveillante et ajustée aux besoins des patients contemporains.

2.3.2. Analyse critique

L'étude de l'interaction entre le personnel en contact et le patient dans les services de santé met en évidence une complexité croissante, à la fois humaine, organisationnelle et technologique. Si les apports théoriques présentés dans ce chapitre permettent de mieux comprendre les enjeux de cette relation, plusieurs limites méritent d'être soulevées.

Premièrement, bien que les modèles issus du marketing des services soient utiles pour structurer et évaluer la qualité des interactions, ils peuvent parfois être trop normatifs ou commerciaux pour représenter fidèlement la réalité des soins. L'utilisation de grilles telles

que SERVQUAL dans un cadre hospitalier peut masquer des dimensions sensibles, telles que la douleur, la peur ou l'imprévisibilité des situations cliniques. Cela risque de réduire l'expérience de soin à une simple notion de « satisfaction client », au détriment d'une approche humaine et éthique.

Deuxièmement, les approches managériales contemporaines, notamment avec l'introduction du CRM santé ou des plateformes numériques, visent à améliorer la coordination, mais peuvent également engendrer une forme de déshumanisation de la relation si elles ne sont pas accompagnées d'un véritable travail sur les compétences relationnelles des soignants. Le développement technologique doit donc être envisagé comme un soutien à l'interaction, et non comme un substitut.

De plus, bien que la tendance actuelle valorise le patient en tant que partenaire actif, cette évolution soulève des inégalités d'accès à l'information, à la compréhension médicale et à l'autonomie décisionnelle. Tous les patients ne disposent pas des ressources cognitives ni de la stabilité émotionnelle nécessaires pour participer pleinement à la Co-construction des décisions. Cette posture nécessite donc une adaptation du personnel en contact, formé à la pédagogie, à l'écoute et à l'ajustement des discours en fonction du profil du patient. Enfin, la recherche demeure encore centrée sur l'environnement hospitalier, alors que de nombreuses interactions clés se déroulent en amont ou en aval : en médecine de ville, en soins à domicile ou dans les établissements médico-sociaux. Une vision plus globale du parcours de santé serait nécessaire pour appréhender l'interaction dans toute sa continuité.

En conclusion, si ce chapitre met en évidence les avancées théoriques et pratiques concernant l'interaction personnel en contact – patient, il montre aussi que cette relation reste fragile, évolutive et conditionnée par de nombreux facteurs contextuels. Elle exige une approche souple, éthique et centrée sur la singularité de chaque patient, au-delà des modèles standardisés.

2.3.3. Choix du modèle méthodologique à adopter

Dans une volonté de relier le cadre théorique aux réalités du terrain, et afin d'approfondir la compréhension des spécificités de l'interaction entre le personnel en contact et les patients dans le secteur de la santé, il a été jugé pertinent d'opter pour une approche qualitative. Cette démarche permet de recueillir des données riches et nuancées, centrées sur l'expérience vécue des professionnels interrogés. L'objectif est de saisir la complexité des

Chapitre II *Revue de littérature sur l'interaction personnel de contact – client dans les services de santé*

échanges, les enjeux relationnels et les contraintes propres à ce type d'interaction. La méthodologie adoptée, incluant les outils de collecte et d'analyse, sera présentée de manière détaillée dans le chapitre suivant consacré à l'étude de cas.

Conclusion

Ce deuxième chapitre a permis d'approfondir la compréhension des spécificités propres aux services de santé, ainsi que du rôle stratégique du personnel en contact dans ce secteur. La définition des services de santé et l'analyse des particularités du marketing qui leur est associé ont mis en évidence les enjeux spécifiques liés à la qualité perçue et à la relation client. L'examen des travaux de recherche sur l'interaction personnel-client a révélé une évolution constante des approches théoriques, soulignant l'importance croissante accordée à la dimension humaine et relationnelle dans la prestation des services de santé.

Enfin, la synthèse critique des contributions existantes a permis de dégager les pistes méthodologiques pertinentes pour la suite de cette recherche, notamment en justifiant le choix du modèle d'analyse adopté pour l'étude empirique. Ce socle théorique constitue ainsi une assise solide pour la mise en œuvre de l'enquête de terrain présentée dans le chapitre suivant.

.

Chapitre III

*Analyse des spécificités de l'interaction
personnel en contact-client au sein de la
clinique Dr Rachid BenMerad*

Introduction

En nous appuyant sur le cadre théorique qui nous a permis de saisir les bases du marketing des services et les défis de l'interaction dans le domaine de la santé, cette partie méthodologique cherche à clarifier les décisions prises pour traiter la question de recherche. Effectivement, appréhender les particularités de la relation entre le personnel soignant et le patient demande une approche méthodique, enracinée dans le contexte pratique de l'hôpital. C'est dans ce contexte qu'une méthode qualitative a été privilégiée, offrant l'opportunité d'étudier minutieusement les perceptions, les actions et les expériences des intervenants concernés. Donc, cette section détaille successivement les objectifs méthodologiques visés, le site d'étude sélectionné, les instruments de collecte employés et les procédures suivies lors des entretiens. Elle éclaire aussi les contraintes auxquelles nous avons fait face et les adaptations effectuées.

Section 1 : Cadre méthodologique

1.1. Objectifs de la recherche et justification du choix méthodologique

Dans la continuité du cadre théorique établi dans les chapitres précédents, cette étude vise à identifier et analyser les spécificités de l'interaction entre le personnel en contact et les patients dans les services de santé. L'objectif est de mettre en lumière les différences majeures entre ces interactions et celles que l'on retrouve dans les secteurs de services classiques, tant sur le plan relationnel qu'organisationnel.

Afin d'explorer en profondeur ces spécificités, nous avons opté pour une démarche qualitative, jugée plus adaptée pour saisir les perceptions, les émotions et les vécus des acteurs du terrain. Contrairement aux méthodes quantitatives, qui se limitent à des données chiffrées, l'approche qualitative permet une compréhension fine et nuancée des pratiques et des discours. Elle est particulièrement pertinente lorsqu'il s'agit d'étudier des phénomènes humains complexes comme les interactions sociales, les attitudes professionnelles, ou encore les enjeux éthiques et émotionnels qui traversent les relations dans le domaine de la santé.

1.2. Présentation du terrain d'étude

Notre étude exploratoire est faite auprès de l'établissement **Dr Rachid BenMerad**, qui est une clinique médico chirurgicale située sur Bejaia ville, précisément sur la **Route de l'Hôpital**, également connue sous le nom de **Rue Didouche Mourad**. Fondée en 2005, cette structure médicale privée offre une gamme étendue de services médicaux et chirurgicaux, répondant ainsi aux besoins de santé diversifiés de la population locale et régionale.

La clinique est dotée de plusieurs départements spécialisés, notamment en **chirurgie générale, gynécologie-obstétrique, urologie, orthopédie, chirurgie infantile**, ainsi que des services de **radiologie, analyses médicales et hémodialyse**. Elle dispose également d'une **Unité Médico-Chirurgicale (UMC)** fonctionnant 24h/24, assurant ainsi une prise en charge continue des patients.

L'équipe médicale est composée de professionnels expérimentés, couvrant diverses spécialités, ce qui permet une prise en charge holistique des patients. La clinique est ouverte tous les jours de la semaine, de 12h00 à 23h30, offrant ainsi une accessibilité étendue aux services de santé.

Cette structure a été choisie comme terrain d'étude en raison de la diversité de services, de son engagement envers la qualité des soins et de sa position stratégique au sein du système de santé privé de Bejaïa. Elle offre un cadre adéquat pour observer et analyser les interactions entre le personnel en contact et les patients, dans un contexte où les exigences de qualité et d'efficacité sont particulièrement élevées.

1.3. Méthodes de collecte et outils utilisés

Afin de répondre à la problématique de recherche et d'explorer les spécificités de l'interaction personnel de contact - client dans les services de santé, on a jugé pertinent d'adopter une méthodologie qualitative. Le choix s'est porté sur l'entretien semi-directif comme méthode principale de recueil de données. Cette approche a favorisé une certaine liberté d'expression chez les participants tout en structurant leurs discours autour des sujets préétablis dans le manuel d'entretien. Le manuel incluait quatre sections : le contexte de l'interaction, la forme de l'interaction, le fon de l'interaction et qualité perçue de l'interaction. La cinquième section optionnelle proposait un espace pour s'exprimer librement.

Section 02 : Réalisation des entretiens

2.1. Sélection des participants

L'échantillonnage des participants a été effectué de manière raisonnée, en cherchant à inclure les profils directement impliqués dans l'interaction au sein du cadre hospitalier. On a interrogé deux catégories de participants : d'un côté, le personnel de contact (infirmiers, médecins, psychologues hospitaliers) ; de l'autre, les patients qui ont eu une ou plusieurs interactions avec ces professionnels. Nous avons rassemblé un total de 30 verbatim, comprenant 20 provenant du personnel et 10 provenant des patients, dans le but d'acquérir une perspective combinée de l'expérience d'interaction.

2.2. Conduite des entretiens : déroulement et adaptation au contexte

Des entretiens ont été réalisés sur place, dans un établissement hospitalier privé. Pour s'accorder avec le rythme de travail des employés et l'état de santé des patients, des modifications ont été effectuées concernant la durée, le lieu et le format des rencontres. Quelques entretiens ont été menés en plusieurs phases, en fonction de la disponibilité des personnes concernées. L'intention était d'assurer un environnement favorable à l'expression ouverte et authentique, tout en observant les principes éthiques et la confidentialité.

2.3. Limites et ajustements méthodologiques

Parmi les limitations identifiées, on note le caractère sensible de certaines situations abordées, pouvant freiner l'expression de certains patients. De plus, l'environnement hospitalier, parfois bruyant ou non confidentiel, a pu impacter le comportement des patients. Des ajustements ont été apportés en proposant un espace plus calme lorsque cela était possible et en renforçant l'accompagnement par une posture d'écoute active. Enfin, pour garantir l'exhaustivité des données, des relances ouvertes ont été utilisées, sans influencer sur le contenu des réponses.

Section 03 : Présentation et analyse des résultats

Les résultats de cette étude sont présentés selon les quatre rubriques principales du guide d'entretien, permettant d'explorer les différentes facettes de l'interaction entre le personnel de contact et les patients. La cinquième section, dédiée à une expression libre, n'a pas été analysée de manière approfondie en raison du caractère redondant ou incomplet des réponses, la plupart des participants n'ayant apporté aucune information substantiellement novatrice par rapport aux sections antérieures.

3.1. Synthèse des propos recueillis

3.1.1. Le contexte de l'interaction

L'analyse des verbatim révèle plusieurs spécificités liées au contexte d'interaction dans les services de santé.

Tout d'abord, les échanges entre le personnel médical et les patients se caractérisent par une **fréquence élevée et une régularité**. Les interactions peuvent se produire plusieurs fois par jour, ce qui aide à établir un climat de confiance, un élément crucial pour la qualité de la prise en charge. La répétition des échanges joue un rôle essentiel dans la relation entre soignant et soigné: « *le moment de l'interaction dépend du planning des soins et de l'état du*

Chapitre III Analyse des spécificités de l'interaction personnel en contact-client au sein de la clinique Dr Rachid BenMerad

patient, ces interactions sont fréquentes souvent plusieurs fois par jour, et elles permettent d'instaurer un climat de confiance essentielle à la qualité de la prise en charge. ».

Ensuite, les professionnels exercent leur activité dans un **environnement sous pression**, souvent soumis à des **contraintes temporelles**, avec un niveau d'exigence très élevé. Ce facteur accentue la nécessité pour les soignants de gérer leur posture, leur disponibilité émotionnelle et leur efficacité, tout en préservant une certaine qualité relationnelle: *« La qualité dépend de la disponibilité de l'infirmier et de sa capacité d'adaptation, les limites permettent d'être lié au temps ou à l'état de santé du patient . Même de courts échanges peuvent avoir un effet positif sur le vécu de l'hospitalisation »*. **L'intensité du lien d'interaction** constitue également un point central : en raison de la vulnérabilité des patients, les échanges s'inscrivent dans une logique d'écoute, de soutien et parfois d'accompagnement émotionnel*« Mon rôle est d'apporter un soutien de favoriser l'expression émotionnelle et d'accompagner son processus d'adaptation à l'hospitalisation et à la maladie et d'évaluer l'état psychique du patient »*. Un autre aspect fondamental est la grande **adaptabilité** requise des professionnels de santé. Leurs interventions doivent souvent être **flexibles**, adaptées à des besoins spécifiques, et se déroulent fréquemment en équipe pluriprofessionnelle. Cette nécessité d'adaptation rend leur rôle relationnel particulièrement complexe *«L'interaction est principalement verbale et accompagnée d'une communication non verbale adaptée à l'écoute. Et l'attitude empathique sont essentiels pour instaurer la confiance. »*

Enfin, la perception de l'ambiance du service par les patients a un impact direct sur leur expérience. L'environnement hospitalier est perçu comme **un milieu sensible et subjectif**, capable d'influencer positivement ou négativement la qualité de la relation: *« c'est un milieu sensible qui nécessite énormément d'attention et de professionnalisme. »* ; *« Le service radiologie, il était un peu froid et distant, mais ça m'empêche pas la qualité de Service était bonne »*. Le milieu hospitalier est ainsi présenté comme un espace d'exercice particulièrement exigeant, tant sur le plan émotionnel que professionnel.

3.1.2. La forme de l'interaction

L'analyse des verbatim met en évidence plusieurs spécificités propres à la forme des interactions dans les services de santé, qui se distinguent des services classiques par leur nature, leur posture et leur contenu.

Tout d'abord, les échanges observés relèvent d'une **communication plurimodale**, mobilisant à la fois le verbal, le non-verbal (gestes, regards, posture) et le paraverbal (intonation, rythme). Cette richesse expressive est essentielle pour établir une compréhension mutuelle dans un contexte où les patients sont souvent vulnérables ou anxieux : « *L'interaction est principalement verbale et accompagnée d'une communication non verbale adaptée à l'écoute. Et l'attitude empathique sont essentiels pour instaurer la confiance.* » ; « **Communication verbale, conviviale et rassurée, posture de médecin, debout et de et de passion dans son lit.** » ; : « *Les signes utiliser durant l'interaction dépend de la nature de l'examen clinique que je vais mener.* ». Ensuite, l'interaction est marquée par une **dissymétrie spatiale et une posture singulière** : dans le secteur médical, le patient est fréquemment en position allongée, ce qui constitue une **spécificité unique au domaine de la santé** « *Communication verbale, conviviale et rassurée, posture de médecin, debout et de et de passion dans son lit.* ». Cette configuration crée une dynamique relationnelle particulière, accentuant le rapport de dépendance du patient vis-à-vis du personnel soignant. Par ailleurs, la forme des échanges revêt un caractère **pluridimensionnel**, intégrant à la fois des dimensions cliniques, relationnelles et émotionnelles. L'interaction ne se limite pas à un simple échange d'informations ; elle reflète une complexité propre au soin : « *Les thématiques abordées incluent l'acceptation de la maladie, la gestion de la douleur, les peurs liées au traitement ou à l'avenir et parfois des aspects familiaux ou existentiels* ».

Une autre caractéristique importante est l'**informalité et la personnalisation des échanges**. Le personnel médical adopte souvent un ton plus spontané, proche, adapté à la situation et à la personne. Cette personnalisation favorise un climat de confiance et permet de répondre de manière plus fine aux attentes et ressentis des patients « *La communication est souvent informelle, empathique et individualisé* » ; « *Chez la réception ils étaient sympas, la communication était mixte les infirmiers, ils étaient trop sympa et chaleureux. Ils m'ont rassuré* » ; « *L'interaction était purement professionnel pour me rassurer, ils étaient drôles pour détendre l'atmosphère en me faisant rire.* ». Les interactions présentent aussi une dimension **fonctionnelle** « *Nos interventions se font dans chacun de ses services selon les besoins identifiés par l'équipe soignante ou à la demande du patient* », car elles sont

Chapitre III Analyse des spécificités de l'interaction personnel en contact-client au sein de la clinique Dr Rachid BenMerad

largement influencées par le **contexte clinique**. Elles s'inscrivent dans des logiques de coordination, de transmission d'informations, de respect de protocoles, tout en conservant une souplesse propre à la réalité du terrain.

Enfin, l'**intégration du soutien émotionnel dans l'échange** apparaît comme une constante. Les soignants jouent un rôle d'écoute et d'accompagnement psychologique : « *Mon rôle est d'apporter un soutien de favoriser l'expression émotionnelle et d'accompagner son processus d'adaptation à l'hospitalisation et à la maladie et d'évaluer l'état psychique du patient* » ; « *On discute à propos de leur cas, mais de temps en temps un peu profond avec empathie pour le soutien psychologique* », parfois implicite, mais toujours présent, ce qui enrichit la forme de l'interaction bien au-delà d'un cadre purement technique.

3.1.3. Le fond de l'interaction

Le fond des interactions entre le personnel soignant et les patients dans le domaine de la santé se caractérise par un degré d'intimité, d'authenticité et d'humanité rarement observé dans d'autres types de services.

Un des aspects majeurs mis en avant dans les verbatim est la création d'une **relation intime avec les patients**. Le soin ne se limite pas à un acte technique : il requiert un **engagement émotionnel de la part du professionnel**, qui se trouve souvent dans une posture de proximité psychologique et affective. Cette intimité relationnelle constitue un levier essentiel dans l'expérience de soin : « *Dans notre domaine être humain est le plus important et aimer son travail* » ; « *Mon rôle est d'apporter un soutien de favoriser l'expression émotionnelle et d'accompagner son processus d'adaptation à l'hospitalisation et à la maladie et d'évaluer l'état psychique du patient* ». Les échanges sont empreints d'une charge émotionnelle significative, les émotions humaines (peur, douleur, anxiété, soulagement) étant omniprésentes et nécessitant une véritable compétence émotionnelle de la part du soignant. Ce dernier agit non seulement comme un acteur de santé, mais également comme un **soutien psychologique**, parfois silencieux mais profondément ressenti « *On discute à propos de leur cas, mais de temps en temps un peu profond avec compatibilité pour le soutien psychologique* ». Cette fonction de soutien, bien que parfois abordée dans d'autres contextes, apparaît ici comme centrale dans le contenu des échanges.

Une autre spécificité : les interactions **sont hautement individualisées** « *La communication est souvent informelle, empathique et individualisé* ». Le personnel ajuste son discours, ses gestes, son attitude en fonction de chaque patient, de son état physique,

émotionnel, mais aussi de sa personnalité. Cette personnalisation va au-delà du simple principe de bienveillance : elle traduit une volonté de s'ajuster finement à l'autre, dans ce qu'il vit et ressent.

Enfin, les propos recueillis témoignent de **la profondeur des échanges**. Il ne s'agit pas de simples conversations fonctionnelles ou protocolaires : les interactions vont souvent au-delà du soin, elles abordent des sujets intimes, des préoccupations personnelles, et témoignent d'un lien sincère et profond entre le soignant et le patient comme attesté par quelques patients « *Un médecin respectueux et s'est montré très réceptif. Il a pu me rassurer et il m'a bien expliqué le problème, il a su répondre avec clarté. Cela a favorisé une communication fut vite riche, une transmission d'information de qualité essentielle pour mon analyse* » ; « *la communication du chirurgien, moi et mes frères était naturelle et chaleureuse, il nous a expliqué tout sur son cas (l'intervention, la durée, les complications, les soins)* » ; « *Le chirurgien nous a rassuré avec son regard et ses arguments, il a même utilisé des images sur son portable pour nous expliquer la situation exacte* ».

3.1.4. La perception de la qualité de l'interaction

La perception de la qualité de l'interaction dans le domaine de la santé repose principalement sur **des critères humains**, qui surpassent largement les considérations techniques ou organisationnelles : « *Dans notre domaine être humain est le plus important aimer son travail* » ; « *Mon rôle est d'apporter un soutien de favoriser l'expression émotionnelle et d'accompagner son processus d'adaptation à l'hospitalisation et à la maladie et d'évaluer l'état psychique du patient* ». L'empathie, la disponibilité, l'écoute et le respect du patient constituent le cœur des attentes et influencent fortement la satisfaction perçue. Les professionnels consultés soulignent l'importance de la **dimension émotionnelle de l'expérience vécue**, tant pour les patients que pour le personnel. Cette intensité émotionnelle, déjà mentionnée dans d'autres sections, joue un rôle crucial dans l'évaluation de la qualité relationnelle : « *On discute à propos de leur cas, mais de temps en temps un peu profond avec empathie pour le soutien psychologique* » : un échange peut être jugé réussi s'il a été réconfortant, rassurant ou porteur de sens. Cependant, plusieurs témoignages évoquent également la **présence d'éléments perturbateurs**, susceptibles d'affecter la qualité perçue. Il est notamment question du **manque d'intimité** dans certains services (partage des chambres, passages fréquents), ou encore de la **fatigue physique et psychologique** des soignants, qui peut restreindre leur disponibilité relationnelle malgré leur

bonne volonté « les limites résident parfois dans la fatigue du patient ou le manque d'intimité dans certains espaces »

Un autre aspect souligné est la **traçabilité formelle des avis des patients**, à travers des questionnaires, des boîtes à suggestions ou des retours directs « *Il y a une appréciation claire de la part des patients, on dispose d'un registre à l'accueil* ». Bien que cette traçabilité permette une remontée des perceptions, elle est souvent considérée comme secondaire par rapport à **l'évaluation spontanée** que les professionnels font eux-mêmes de la relation, en se basant sur les réactions et attitudes des patients. Enfin, certains témoignages révèlent une forme de **tolérance au déficit relationnel**, surtout dans des contextes d'urgence ou de surcharge « *Le service radiologie, il était un peu froid et distant, mais ça m'empêche pas la qualité de Service était bonne* ». En d'autres termes, lorsque le soin technique est correctement assuré, certains patients acceptent un investissement relationnel moindre, en comprenant les contraintes. Cette tolérance varie cependant et dépend du profil et des attentes de chaque patient.

3.2. Mise en relation avec le cadre théorique

Les résultats issus de l'analyse des entretiens confirment plusieurs concepts dérivés du cadre théorique du marketing des services, en particulier du modèle de la servuction appliqué au domaine de la santé. En effet, la nature **hautement interactive du service de santé**, qui implique un contact direct, répété et personnalisé entre le personnel soignant et le patient, illustre parfaitement l'importance du personnel en contact comme élément central du système de servuction.

Tout d'abord, la communication plurimodale et la dissymétrie spatiale observées dans la forme de l'interaction renforcent l'idée d'un environnement de service fortement contextualisé, où les dimensions physiques, verbales et non verbales coexistent et contribuent à la perception du service. Le fait que le patient soit souvent en position allongée, dans un espace à la fois intime et médicalisé, constitue une spécificité notable du service de santé, le distinguant des autres secteurs de service. Ensuite, le contenu de l'interaction, caractérisé par des relations empreintes d'empathie, de soutien psychologique et d'une intimité progressive, illustre la proximité émotionnelle et humaine requise dans les prestations de soins. Cette dimension fait écho aux travaux de Berry (1983) sur la confiance et la personnalisation dans les services, ainsi qu'aux principes de servuction émotionnelle, où le personnel doit non seulement accomplir une tâche technique, mais également gérer les émotions du client. De plus, la perception de la qualité de l'interaction par les participants

repose largement sur des critères humains, tels que l'écoute, la compréhension et la bienveillance, dépassant les normes techniques traditionnelles. Cela rejoint les cinq dimensions du modèle SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988), notamment les dimensions de l'assurance et de l'empathie, qui se révèlent cruciales dans le contexte des soins.

Enfin, les éléments perturbateurs mentionnés (fatigue, surcharge, manque d'intimité) rappellent la nécessité de prendre en compte l'environnement global du service dans l'évaluation de la qualité perçue. Ainsi, les ajustements relationnels et la **tolérance des patients au déficit relationnel** peuvent être interprétés comme des adaptations à un cadre perçu comme contraint, confirmant le rôle clé de l'environnement dans l'expérience de service.

3.3. Enseignements tirés et pistes d'amélioration pour la pratique

L'analyse des verbatims a permis de mettre en évidence des spécificités relationnelles fortes dans les interactions personnelles de contact – patient, révélant une complexité humaine, émotionnelle et organisationnelle propre aux services de santé. Ces résultats, en lien avec les cadres théoriques mobilisés, suggèrent plusieurs enseignements utiles à la pratique du marketing des services dans le secteur hospitalier.

Tout d'abord, il apparaît essentiel de **reconnaître la dimension émotionnelle** des soins comme un élément essentiel de satisfaction. La construction d'une relation de confiance, fondée sur l'écoute, la proximité et l'individualisation de l'échange, constitue une attente implicite forte de la part des patients. Il convient ainsi de former les soignants à la gestion des émotions, à la communication bienveillante et à l'ajustement relationnel, notamment dans des contextes marqués par la douleur ou l'anxiété. De plus, la **pluridimensionnalité de l'interaction**, qui mobilise des modes de communication verbaux, non verbaux et contextuels, souligne l'importance d'un environnement propice à l'échange : respect de l'intimité, gestion du bruit, accessibilité du personnel, etc. Des efforts doivent être faits pour améliorer l'ambiance relationnelle à travers l'organisation des espaces, des plannings et des temps de soin. L'étude met également en lumière la nécessité de prendre en compte les **contraintes du personnel médical**, telles que la surcharge de travail, la fatigue et le manque de moyens, qui peuvent impacter la qualité de l'interaction. Une piste d'amélioration consisterait à réconcilier performance organisationnelle et qualité relationnelle, en intégrant des indicateurs humains dans l'évaluation des services de santé. Enfin, la **tolérance observée des patients** face à certaines lacunes relationnelles, souvent justifiée par la reconnaissance des conditions de travail du personnel, ne doit pas masquer

Chapitre III Analyse des spécificités de l'interaction personnel en contact-client au sein de la clinique Dr Rachid BenMerad

les risques d'usure de la relation de soin. Il est donc recommandé de mettre en place des dispositifs réguliers de recueil et d'analyse des retours patients, à travers des entretiens qualitatifs ou des outils digitaux adaptés, afin de renforcer la voix du patient dans l'amélioration continue du service.

Voici un tableau récapitulatif des résultats selon les questions de recherche secondaire :

Question secondaire	Résumé des résultats observés	Interprétation
1. Quelles sont les caractéristiques de l'interaction personnel en contact - client dans les services ?	Les interactions sont souvent marquées par une attitude cordiale, une écoute active, et une volonté de satisfaire le client. L'échange est généralement horizontal, basé sur la compréhension des besoins du client, avec une certaine flexibilité comportementale du personnel.	Ces résultats montrent que dans les services classiques, l'interaction vise essentiellement la satisfaction du client. Il est donc essentiel de former le personnel sur les compétences relationnelles, la réactivité et l'adaptabilité comportementale.
2. Quelles sont les caractéristiques de l'interaction personnel en contact - client dans les services de santé ?	Les interactions dans les services de santé sont plus complexes : elles intègrent la dimension émotionnelle du patient, l'asymétrie de l'information, une posture plus formelle du personnel, et une exigence d'empathie plus marquée. Le personnel doit gérer la douleur, le stress et les inquiétudes des patients tout en restant professionnel.	L'interaction dans le domaine de la santé exige une posture spécifique qui combine compétence relationnelle, empathie et rigueur. Il en découle un besoin fort de formation spécifique pour le personnel de santé, centré sur la communication thérapeutique et l'intelligence émotionnelle.
3. Quelles différences et ressemblances peut-on	Les deux types d'interaction partagent des éléments	L'analyse comparative met en évidence la nécessité

Chapitre III Analyse des spécificités de l'interaction personnel en contact-client au sein de la clinique Dr Rachid BenMerad

identifier entre ces deux formes d'interaction ?	communs comme la nécessité d'écoute, de politesse, et de respect du client/patient. Cependant, elles diffèrent fortement sur le plan du contexte émotionnel, de la posture professionnelle attendue, et de l'impact des enjeux (satisfaction vs. santé).	d'adapter les formations du personnel selon le secteur. Dans le domaine de la santé, il est crucial de renforcer les compétences émotionnelles et la capacité à instaurer une relation de confiance malgré les contraintes structurelles.
--	--	---

Conclusion

En somme, le dispositif méthodologique mis en place a permis de recueillir des données riches, qualitatives et ancrées dans l'expérience réelle des acteurs du secteur de la santé. Le recours à des entretiens semi-directifs, conduits auprès de professionnels de santé et de patients, a favorisé une compréhension fine des dynamiques relationnelles à l'œuvre dans les établissements médicaux. Malgré certaines limites contextuelles, notamment liées à l'environnement hospitalier, les ajustements méthodologiques apportés ont permis de préserver l'authenticité des échanges.

Ce cadre méthodologique constitue ainsi une base solide pour l'analyse des résultats présentés dans la section suivante, visant à mettre en évidence les spécificités de l'interaction entre le personnel en contact et les patients dans un contexte de soins ;

..

Conclusion Générale

Conclusion Générale

Dans le cadre de notre projet de fin d'études pour l'obtention de notre diplôme de Master, nous avons, à travers le travail de recherche entre nos mains, visé à traiter une problématique importante pour les chercheurs du domaine du marketing des services, à savoir l'éclaircissement de certains aspects spécifiques caractérisant les interactions entre personnel en contact et client dans les services de santé. Ainsi, à travers l'analyse des verbatim recueillis, nous avons pu apporter des éléments de réponse à nos trois questions secondaires. Il ressort tout d'abord que, dans les services en général, l'interaction entre le personnel en contact et le client repose sur une posture professionnelle conviviale, caractérisée par la courtoisie, l'écoute active et la volonté de satisfaire le client. L'échange est horizontal, souvent régi par les règles du savoir-être commercial, et il vise à créer une expérience agréable et efficace pour le client.

Dans les services de santé, en revanche, l'interaction est marquée par un fort enjeu humain, souvent sous tension émotionnelle, et par une asymétrie de savoirs entre le soignant et le patient. Le personnel adopte une posture plus distante et directive, mais doit en parallèle faire preuve d'empathie, de patience et de clarté dans la communication. L'environnement de travail, le stress, le volume des patients et la douleur ressentie par ces derniers influencent considérablement la qualité des échanges. Notre étude a permis d'identifier un ensemble de spécificités propres à cette interaction dans le domaine de la santé. Notre étude a permis d'identifier un ensemble de spécificités propres à cette interaction dans le domaine de la santé. Ces spécificités comprennent notamment :

- La fréquence élevée et la régularité des échanges favorisant la confiance,
- La présence d'un environnement sous pression avec des contraintes temporelles,
- Un rôle central du personnel comme soutien émotionnel et adaptatif,
- Une interaction marquée par la vulnérabilité du patient, la douleur, la peur et le stress,
- Une charge émotionnelle importante nécessitant des compétences humaines spécifiques,
- Une communication informelle, empathique, individualisée et multimodale,
- Une posture spatiale dissymétrique renforçant la dépendance,
- Une interaction pluridimensionnelle mêlant dimensions cliniques, relationnelles et émotionnelles,
- Des thématiques abordées allant au-delà du soin technique
- Une tonalité spontanée et adaptée créant un climat de confiance,
- Une forte asymétrie de savoirs exigeant clarté, transparence et pédagogie,

Conclusion Générale

- Une co-présence relationnelle intense et une humanisation nécessaire face à la digitalisation,
- Des interactions souvent non protocolaires mais profondes,
- Une exigence de continuité relationnelle et de coordination interprofessionnelle,
- Et enfin, une tension croissante entre la technicisation des soins et la nécessité d'un lien humain authentique. Enfin, l'analyse comparative de ces deux formes d'interaction a mis en lumière des similarités telles que la nécessité d'écoute, de respect et de professionnalisme. Toutefois, les différences restent marquantes : la relation client dans les services classiques est plus orientée vers la satisfaction et la rapidité, tandis que dans les services de santé, elle est centrée sur le soin, l'accompagnement émotionnel et la compréhension mutuelle malgré les contraintes structurelles.

Nous jugeons qu'en dépit des contraintes méthodologiques et temporelles rencontrées, ces résultats apportent une contribution pertinente à la compréhension de notre problématique.

Enfin, tout travail qui cherche la perfection est voué à l'échec. Cependant, une amélioration continue est plus qu'une nécessité. De ce fait, notre thème pourra être approfondi à l'avenir, notamment en se focalisant sur des pistes d'amélioration concrètes telles que la formation du personnel à la communication relationnelle, l'ajustement des conditions de travail, ou encore l'implication plus active des patients dans le processus de soin.

Références bibliographiques

A. Ouvrages

1. Mary Jo BITNER et Bernard H. BOOMS, « Marketing Strategies and Organization: Structure for Service Firms », dans James H. DONNELLY et William R. GEORGE (dir.), *Marketing of Services, Conference Proceedings*, Chicago, American Marketing Association, 1981.
2. Pierre EIGLIER et Éric LANGEARD, *Servuction : Le marketing des services*, Paris, McGraw-Hill, 1987.
3. Christian GRÖNROOS, *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*, Lexington, Lexington Books, 1990.
4. Christian GRÖNROOS, *Service Management and Marketing: Managing the Service Profit Logic*, 4^e éd., Chichester, John Wiley & Sons Ltd., 2015.
5. Éric LANGEARD et Pierre EIGLIER, *La servuction, le marketing des services*, Paris, McGraw-Hill, 1987.
6. Christopher LOVELOCK et Denis LAPERT, *Marketing des services*, Paris, Publi-Union Éditions, 1999.
7. Christopher LOVELOCK, Jochen WIRTZ, Denis LAPERT et Alain MUNOS, *Marketing des services*, 8^e éd., Paris, Pearson Éducation France, 2014.
8. Christopher LOVELOCK, Jochen WIRTZ et Denis LAPERT, *Marketing des services*, 5^e éd., Paris, Pearson Éducation, 2004.
9. Christopher LOVELOCK et Jochen WIRTZ, *Services Marketing: People, Technology, Strategy*, 8^e éd., Singapour, World Scientific, 2016.
10. E. Jerome McCARTHY, *Basic Marketing*, Homewood, Richard D. Irwin, 1964.
11. Marie-Pierre SERRE et Dominique WALLET-WODKA, *Marketing des produits de santé*, Paris, Dunod, 2008, p. 10-12.
12. Valarie ZEITHAML, Mary Jo BITNER et Dwayne GREMLER, *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, 5^e éd., New York, McGraw-Hill, 2009.
13. Valarie ZEITHAML, Mary Jo BITNER et Dwayne GREMLER, *Services Marketing*, 6^e éd., New York, McGraw-Hill, 2013.

14. Valarie ZEITHAML, Mary Jo BITNER et Dwayne GREMLER, *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, 7^e éd., New York, McGraw-Hill, 2018.

B. Thèse et mémoire

1. Linda H. AIKEN et al., « Études sur l'organisation hospitalière et les résultats patients », 1994–1999.
2. Mohammad ANSHARI et Mohammad Nabil ALMUNAWAR, « Improving customer service in healthcare with CRM 2.0 », *arXiv*, arXiv:1204.3685, 2012.
3. Mohammad ANSHARI et Mohammad Nabil ALMUNAWAR, « Shifting Role of Customer from Recipient to Partner of Care in Healthcare Organization », 2013.
4. Leonard L. BERRY et Neeli BENDAPUDI, « Health care: A fertile field for service research », *Journal of Service Research*, vol. 10, n° 2, 2007, p. 111–122.
5. Leonard L. BERRY et A. PARASURAMAN, *Marketing Services: Competing Through Quality*, New York, The Free Press, 1991.
6. Tracey DAGGER, Jillian SWEENEY et Lester JOHNSON, « A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model », *Journal of Service Research*, vol. 10, n° 2, 2007, p. 123–142.
7. Vasco EIRIZ et João A. FIGUEIREDO, « Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 18, n° 6, 2005, p. 404–412.
8. Ming-Hui HUANG et Roland T. RUST, « Personal touch in digital customer service: A conceptual framework of relational personalization for conversational AI », *Journal of Service Research*, vol. 24, n° 3, 2021, p. 339–354.
9. Kwame A. KORSAH, « Nurses' Stories about their Interactions with Patients at the Holy Family Hospital in Techiman, Ghana », *Open Journal of Nursing*, vol. 1, n° 1, 2011, p. 1–9.
10. A. PARASURAMAN, Valarie ZEITHAML et Leonard L. BERRY, « A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research », *Journal of Marketing*, vol. 49, n° 4, 1985, p. 41–50.

Références bibliographiques

11. Karen F. WINSTED, « Service behaviors that lead to satisfied customers », *European Journal of Marketing*, vol. 34, n° 3/4, 2000, p. 399–417.
12. Barbara R. WOOLDRIDGE et Katherine M. CAMP, *Healthcare marketing: Strategies for creating value in the patient experience*, Chicago, Health Administration Press, 2019.

C. Les sites Web

1. Christian GRÖNROOS, *Service Management and Marketing*, résumé de cours, Université Laval, [en ligne], <https://www.marketing-management-laval.ca/>, consulté le 5 Mai 2025.
2. Ulf KROGSTAD, Dag HOFOSSE et Per HJORTDAHL, « Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact », *PubMed*, [en ligne], <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12425045/>, consulté le 5 Mai 2025.
3. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, Genève, OMS, 2000, [en ligne], <https://www.who.int/whr/2000/en/>, consulté le 15 Mai 2025.
4. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *OECD Health Statistics*, [en ligne], <https://www.oecd.org/health/health-statistics.html>, consulté le 21 Mai 2025.
5. Abdelkader BOUDJEMAA, « La relation patient-soignant dans les établissements de santé privés en Algérie : une étude exploratoire », *Revue des Sciences Commerciales*, vol. 18, n° 1, 2020, [en ligne], <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/126676>, consulté le 25 Mai 2025.

Tables des matières

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Sommaire

Introduction Générale..... 1

Chapitre I

Rappel théorique sur l'interaction personnel de contact – client dans les services

Introduction 5

Section 01 : Les fondements du marketing des services 5

1.1. Les fondements des services..... 5

1.1.1. Définition des services 5

1.1.2. Les spécificités des services 6

1.2. Typologies des services 7

1.2.1. Les types des services selon leur nature 7

1.2.2. Les types des services selon l'interaction (low contact/ high contact)..... 8

1.3. Les fondements du marketing des services 8

1.3.1. Définition du marketing des services 8

1.3.2. Spécificités du marketing des services 9

1.3.3. Le mix marketing des services 10

Section 02 : Les spécificités du travail de personnel en contact dans le domaine des services..... 12

2.1. La place du personnel en contact dans le marketing des services 12

2.1.1. Définition du personnel en contact..... 12

2.1.2. Le personnel en contact comme un élément du mix marketing des services 12

2.1.3. Le personnel en contact comme un élément de la servuction 13

2.2. Recherches des travaux sur l'interaction personnelle en contact-client dans le marketing des services 14

2.2.1. Les premiers travaux sur l'interaction personnelle en contact-client dans le marketing des services 14

2.2.2. L'évolution des recherches sur l'interaction personnel en contact-client 15

2.2.3. Les travaux actuels de recherche sur l'interaction personnel en contact-client dans les services 17

2.3. Synthèse de la revue de littérature du chapitre 18

2.3.1. Résultats de recherche du chapitre 18

2.3.2. Analyse critique..... 19

Table des matières

Conclusion	20
Chapitre II	
Revue de littérature sur l'interaction personnel de contact – client dans les services de santé	
Introduction	22
Section 01 : Les fondements du marketing des services de santé.....	22
1.1. Cadre théorique des services de santé	22
1.1.1. Définition des services de santé	22
1.1.2. Les spécificités des services de santé	23
1.2. Les spécificités du marketing dans le domaine de santé	24
1.2.1. Définition du marketing dans le domaine de santé.....	24
1.2.2. Les spécificités du marketing de santé	24
1.2.3. Le mix marketing dans les services de santé.....	25
Section 02 : Les spécificités du travail du personnel en contact dans le domaine des services de santé.....	26
2.1. La place du personnel en contact dans les services de santé.....	26
2.1.1. La composante du personnel en contact dans les services de santé	26
2.1.2. Le personnel en contact comme un élément du mix marketing appliqué au secteur de santé.....	26
2.1.3. Le personnel en contact comme un élément de système de servuction appliqué au système de santé	27
2.2. Recherche des travaux sur l'interaction personnel en contact-client dans le domaine de santé.....	28
2.2.1. Les premiers travaux sur l'interaction personnel en contact-client dans les services de santé.....	28
2.2.2. L'évolution des recherches sur l'interaction personnel en contact-client dans les services de santé	29
2.2.3. Les travaux actuels de recherche sur l'interaction personnel en contact-client dans les services de santé	30
2.3. Synthèse de la revue de littérature du chapitre	33
2.3.1. Résultats des recherches	33
2.3.2. Analyse critique.....	33
2.3.3. Choix du modèle méthodologique à adopter.....	34
Conclusion	35

Chapitre III

**Analyse des spécificités de l'interaction personnel en contact-client au sein de la
clinique Dr Rachid BenMerad**

Introduction	37
1. Section 1 : Cadre méthodologique	37
1.1. Objectifs de la recherche et justification du choix méthodologique	37
1.2. Présentation du terrain d'étude	37
1.3. Méthodes de collecte et outils utilisés	38
Section 02 : Réalisation des entretiens.....	38
2.1. Sélection des participants	38
2.2. Conduite des entretiens : déroulement et adaptation au contexte.....	39
2.3. Limites et ajustements méthodologiques.....	39
Section 03 : Présentation et analyse des résultats.....	39
3.1. Synthèse des propos recueillis.....	39
3.1.1. Le contexte de l'interaction	39
3.1.2. La forme de l'interaction	41
3.1.3. Le fond de l'interaction	42
3.1.4. La perception de la qualité de l'interaction	43
3.2. Mise en relation avec le cadre théorique	44
3.3. Enseignements tirés et pistes d'amélioration pour la pratique	45
Conclusion	47
Conclusion Générale	48
Références bibliographiques.....	51
Tables des matières.....	55

Analyse des spécificités de l'interaction personnel en contact-client dans les services de santé

Résumé

Ce mémoire explore les spécificités de l'interaction entre le personnel en contact et les patients dans les services de santé. En mobilisant les apports du marketing des services et du modèle de la servuction, il met en évidence l'importance de la dimension humaine, émotionnelle et relationnelle dans la qualité perçue du service.

L'étude de cas menée à la clinique Dr Rachid BenMerad, à travers 30 entretiens semi-directifs, a permis de dégager quatre axes majeurs d'analyse : le contexte, la forme, le fond et la perception de l'interaction. Les résultats montrent que la relation de soin repose sur une communication plurimodale, une écoute active et une forte capacité d'adaptation du personnel, tout en étant soumise à des contraintes organisationnelles.

Ce travail propose des recommandations pour améliorer la qualité relationnelle dans les établissements hospitaliers et souligne la nécessité d'intégrer pleinement les dimensions humaines dans l'évaluation des services.

Abstract

This dissertation explores the specific characteristics of the interaction between frontline healthcare staff and patients. Drawing on service marketing theories and the servuction model, it highlights the crucial role of human, emotional, and relational dimensions in shaping perceived service quality.

The case study conducted at the Dr. Rachid BenMerad Clinic, based on 30 semi-structured interviews, led to the identification of four main areas of analysis: the context, the form, the substance, and the perceived quality of the interaction. The findings show that the care relationship relies on multimodal communication, active listening, and a high level of adaptability from healthcare professionals, despite existing organizational constraints.

This research offers several recommendations to improve relational quality in healthcare institutions and emphasizes the importance of fully integrating human factors into the evaluation of health services.

المخلص

يهدف هذا البحث إلى دراسة خصائص التفاعل بين طاقم الاتصال والمرضى في خدمات الصحة ومن خلال توظيف مفاهيم التسويق الخدماتي ونموذج "السيفكشن"، يبرز هذا العمل أهمية البعد الإنساني والعاطفي والعلاقي في إدراك جودة الخدمة.

وقد مكّنت الدراسة الميدانية التي أُجريت في عيادة الدكتور رشيد بن مراد، من خلال 30 مقابلة شبه موجهة، من تحديد أربعة محاور أساسية للتحليل: سياق التفاعل، شكله، مضمونه، وإدراك جودته.

أظهرت النتائج أن العلاقة العلاجية تقوم على تواصل متعدد الأبعاد، وإنصات نشط، وقدرة كبيرة على التكيف من طرف المهنيين، رغم ما يفرضه السياق التنظيمي من قيود. ويقترح هذا البحث مجموعة من التوصيات لتحسين جودة التفاعل في المؤسسات الاستشفائية، كما يؤكد على ضرورة إدماج البعد الإنساني بشكل فعلي في تقييم الخدمات الصحية.