

École d'Enseignement et de Promotion sociale

De la Communauté Française

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Spécialisation : Cadre de santé



Le **M**ARKETING au service du

**M**anagement de la santé,

**M**ythe ou réalité ?

Présenté par : Berthe Alexis

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

Année scolaire : 2019-2020



## Exercice d'intégration tenant lieu de préface

C'est la deuxième<sup>1</sup> fois que le titre d'une EI utilise le mot « mythe ». Le mythe est un récit imaginaire, une fable, donc, et souvent une histoire héroïque... C'est fabuleux mais c'est une légende, tu me contes ; je n'y crois pas !

Un mythe est une histoire qui se construit et qui construit une croyance. Veuillez éviter de confondre mythification et mystification. Aussi et encore plus, un mythe est un symbole et est souvent constitué de symboles. Ainsi et encore, toute culture dispose de mythes. Lisez donc Frazer et son Rameau d'or. Les exemples sont nombreux : Prométhée, Adam et Eve, l'Atlantide, Don Juan ou Œdipe, etc. Nous le comprenons ; l'enjeu politique est au rendez-vous. Faut-il donc prévoir une UE ou un traité de mythologie à l'usage des cadres de proximité ?

Pour Barthes, le philosophe sémiologue, la mythologie est un système de valeurs<sup>2</sup> rarement remis en question. Les mythes s'opposent donc généralement, antonyme de *rarement*, à la connaissance parce qu'ils annihilent le questionnement. A qui profite ce crime ?

Alors, nous découvrirons si le turn-over ou encore le marketing sont des mythes. Si tel est le cas, ils sont d'origine anglo-saxonne comme manager et leader. Brisons un mythe ou deux ! Que le cadre devienne manager, la réalité est palpable, que le cadre ou manager soit leader exclusif et définitif, cela tient du mythe. Aucun, même le plus charismatique, et même si l'idée possède une certaine aura, la réalité aura, un jour, raison de lui ! C'est inique mais c'est *in fine* mieux ainsi !

Légitimement (*sic*), Max Weber pointe son stylo de sociologue. De fait (établi), un idéal-type, je préfère laisser le trait d'union) est un mythe, puisqu'il n'existe pas à l'état pur, je veux dire, dans la réalité.

Si le mythe est une promesse avec sa part d'illusions et de désillusions, la réalité est à venir. Comme le dit si bien Bergson : « *L'avenir n'est pas ce qui va arriver mais ce que nous allons en faire.* » ; alors allons et faisons !

Bonne lecture en compagnie d'Alexis, un *Unitas*.

**PATRICK**

---

<sup>1</sup> Elodie, une *Pegasus* : « *Le métier d'origine du cadre de santé : une évidence révolue ou un mythe toujours actuel ?* »

<sup>2</sup> Rappel : un système de valeurs, c'est une idéologie.



# Table des matières

Introduction .....	1
DÉMARCHE CONCEPTUELLE.....	4
<b>1. TURN OVER.....</b>	<b>5</b>
1.1 Définition du turn-over .....	5
1.1.1 Facteur de turn-over .....	6
1.1.2 Turn-over élevé .....	8
1.1.3 Turn-over faible.....	9
1.2 Attractivité .....	11
1.2.1 Attractivité et génération Y .....	12
1.3 Fidélisation .....	13
<b>2. MARKETING .....</b>	<b>16</b>
2.1 Origines .....	16
2.1.1 Marketing .....	17
2.1.2 Client ou consommateur.....	19
2.1.3 Marketing et communication. ....	21
<b>3. MARKETING HOSPITALIER.....</b>	<b>23</b>
3.1 Définition du marketing hospitalier.....	23
3.2 Hôpitaux magnétiques .....	25
3.2.1 Caractéristique des hôpitaux magnétiques .....	26
3.2.2 Leadership transformationnel.....	26

3.2.3	Reconnaissance structurelle .....	27
3.2.4	Pratiques professionnelles exemplaires.....	27
3.2.5	Nouvelles connaissances, innovation et amélioration.....	28
3.2.6	Résultats qualitatifs empiriques .....	28
3.3	Accréditation des hôpitaux belges.....	28
<b>4</b>	<b>MARKETING ET ICU.....</b>	<b>31</b>
4.1	Marketing stratégique et l'ICU.....	31
4.1.1	Conditions de travail .....	33
4.1.2	Amélioration des conditions de travail et de la satisfaction au travail.....	34
4.2	Sécurité et organisation .....	35
4.2.1	Communication visuelle du manager.....	35
4.2.2	Autonomie et créativité .....	37
4.2.3	Créativité et management.....	38
4.2.4	Communication verbale .....	39
4.3	Relations professionnelles .....	40
4.3.1	Exigences des salariés .....	40
4.3.2	Satisfaction des salariés et risques psychosociaux.....	41
4.4	Marketing opérationnel et l'ICU .....	44
	Conclusion de la démarche conceptuelle .....	46
	DÉMARCHE OPÉRATIONNELLE .....	47
	Introduction .....	48
<b>1.</b>	<b>MÉTHODE ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE .....</b>	<b>49</b>

1.1	Outil de recueil des données .....	49
1.2	Questionnaire et les outils de mesures.....	50
1.3	Description et limites de l'étude.....	51
1.3.1	Pré-test.....	51
1.3.2	Biais.....	51
1.3.3	Période de recueil des données.....	52
1.3.4	Variables étudiées .....	52
<b>2. ANALYSES ET INTERPRETATIONS.....</b>		<b>54</b>
2.1	Turn-over .....	54
2.1.2	Questionnaire de Karasek .....	55
2.1.3	Prévalence du job strain .....	55
2.1.4	Facteurs épidémiologiques et socioprofessionnels .....	56
2.2	Facteurs de risque liés à l'iso train .....	58
2.2.1	Personnes en iso strain .....	58
2.3	Questionnaire moi et le CHwapi .....	59
2.3.1	Fidélité et engagement liés au sexe .....	59
2.3.2	Job strain, fidélité et engagement.....	60
2.3.3	Turn-over, fidélité, engagement.....	60
2.4	Surinvestissement et déséquilibre effort/récompense.....	61
2.4.1	Ratio effort / récompense .....	61
2.4.2	Surinvestissement et rémunération.....	62
Conclusion de la démarche opérationnelle.....		64

Conclusions générales et perspectives .....	66
Annexes .....	
BIBLIOGRAPHIE .....	
ABSTRACT .....	





## Introduction

Vous l'aurez compris, nous allons bousculer les mœurs. Pour commencer, le titre, comme vous avez pu le remarquer les lettres « M » sont en majuscules. Ce choix délibéré visait à montrer que par l'image nous pouvions faire passer un message. Ici, cela signifie la technique japonaise des « 3M »<sup>1</sup>, qui vise à maximiser les profils. Ce jeu de formes et de langages annonce la couleur du marketing qui nous a largement inspirés. Depuis toujours, la société est bousculée par des changements profonds et son système de santé n'a eu d'autre choix que de suivre cette dynamique. Aujourd'hui, la vision stratégique de nos institutions de soins a radicalement changé. Et pour cause, les restrictions budgétaires imposées par les politiques obligent les institutions à rationaliser leurs coûts. Dans ce contexte de marché concurrentiel, l'innovation a été de repenser leurs manières d'entrevoir le malade afin de continuer à prospérer. Désormais, nous ne parlons plus de malades, mais bien de « clients ». Cela peut paraître choquant, mais ce n'est pas irrationnel. La réflexion portée sur le client est une nouveauté en la matière, car l'hôpital et les autres institutions de soins s'envisagent comme une entreprise qui produit des biens et des services avec un budget à respecter. Vus sous cet angle, pouvons-nous parler de marketing ? Ce mot ne résonne pourtant pas dans les couloirs. Souvent associées à la grande distribution, les décisions en lien avec le marketing sont basées sur des critères financiers. Pour le monde santé, cela voudrait leur faire avouer que la santé a un prix. Cette posture de méfiance explique en partie la réticence à parler ouvertement du marketing. Pourtant, tous les critères sont réunis pour le considérer comme un levier de développement, engagé dans les transformations nos institutions de santé.

Devant ces changements, les infirmiers-chefs d'unité ou cadres de santé sont au premier rang pour entrevoir l'utilité du marketing avec leurs équipes. En plus d'être des managers aguerris dans le respect de la fonction qui leur a été attribuée, ils doivent faire face à ce défi en se ralliant à la ligne de conduite de leurs institutions. Une question cruciale se pose alors. Comment l'infirmier-chef d'unité utilise-t-il le marketing avec son équipe afin de la fidéliser ? Nous allons tenter de répondre à cette question tout en comprenant pourquoi il a tout intérêt à l'utiliser. Cet outil puissant a déjà fait ses preuves dans le monde marchand. Il a notamment permis le développement de tout un pan économique de notre société. Si cet outil a fonctionné dans ce secteur, pourquoi ne serait-il pas une des solutions pour répondre aux maux du système de santé ? En effet, les réformes de la santé obligent les hôpitaux comme les institutions de soins à faire attention à leurs dépenses tout en gardant un haut

---

<sup>1</sup> Muda-mura-muri ce qui signifie littéralement le gâchis, l'irrégularité et l'excès.

niveau de qualité. De facto, les soignants se voient heurtés par des modifications de leurs professions et de leurs conditions de travail. Pour l'Organisation mondiale de la santé ou OMS, la carence en personnel infirmier va se faire ressentir dans la prochaine décennie, avec 40%<sup>2</sup> du personnel qui va quitter le secteur dans les pays développés. « *Force est de constater que, travaillant dur pour une rémunération relativement faible, de nombreux jeunes professionnels de la santé ne sont pas assez encouragés à poursuivre leur carrière.* »<sup>3</sup> Toujours selon l'OMS, nous sommes face à un défi de taille mondiale. Au vu de ce constat et la réalité auquel sont confrontées les institutions belges de la santé, certaines peinent à recruter du personnel infirmier et éprouvent des difficultés à le garder. Il est légitime de s'interroger, car, au 31/12/2012, il y avait 174849<sup>4</sup> infirmiers enregistrés en Belgique et cela croît d'année en année : 181121 en 2015, 186291 en 2016 et 191460 en 2017<sup>5</sup>. Or, « *Patrick Mullens expert à l'agence européenne pour le développement et la santé tire la sonnette d'alarme. Dans les années qui viennent, une pénurie d'infirmières va se faire de plus en plus sentir* »<sup>6</sup>. Non seulement le nombre de professionnels de santé augmente au fil des années, mais la carence en Belgique n'a jamais été aussi importante. Nous ne pouvons omettre leur champ de travail qui peut s'étendre hors du cadre hospitalier, sans compter les départs à la pension, mais cela reste une problématique pour le moins inquiétante. D'autre part, ce métier est en pleine mutation. Nous pensons notamment aux développements accrus des nouvelles technologies comme l'informatique, la multiplication des tâches administratives ou encore la cadence de travail. Comme si cela ne suffisait pas, depuis 2016, la formation des infirmiers en Belgique est passée de trois à quatre ans dans un souci de conformité européenne. De fait, les infirmiers spécialisés devront faire cinq années d'études pour entrer dans le monde du travail sans pour autant être reconnus au niveau master. Cela pousse tout un pan de la profession à réfléchir sur leurs statuts et à s'orienter, éventuellement, vers plus de mobilité ou à changer de filière comme le soulignent Mullens P. et l'OMS. De plus, selon l'étude de l'Université d'Anvers, citée par Médi-sphère, « *dans 89% des départements étudiés, le personnel infirmier dans les services d'hospitalisation n'est pas en nombre suffisant pour pouvoir assurer des soins de qualité* »<sup>7</sup>. D'ailleurs, Merckx S., médecin et députée fédérale du PTB, s'appuie sur cette

---

<sup>2</sup> <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/fr/> (page consultée le 05/01/2020).

<sup>3</sup> Ibidem, p. 1.

<sup>4</sup> [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie\\_-\\_medisch\\_aanbod-fr/19085621\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie_-_medisch_aanbod-fr/19085621_fr.pdf) (page consultée le 19/03/2018).

<sup>5</sup> [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan\\_2017\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan_2017_fr.pdf) (page consultée le 02/01/2019).

<sup>6</sup> <https://www.rtl.be/info/belgique/societe/la-belgique-en-proie-a-une-penurie-d-infirmieres-aggravee-dans-les-prochaines-annees--1005494.aspx> (page consultée le 19/03/2018).

<sup>7</sup> [https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/plus-d-infirmiers-pour-moins-de-deces-inattendus-dans-les-hopitaux-etude-quantwerpen.html?rmdash\\_domain\\_key=medisphere&tk\\_id=1678161&tk\\_key=37bf984c8c356a160d26&tk\\_datetime=2019-12-10+08%3A40%3A50&tk\\_domain=medisphere](https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/plus-d-infirmiers-pour-moins-de-deces-inattendus-dans-les-hopitaux-etude-quantwerpen.html?rmdash_domain_key=medisphere&tk_id=1678161&tk_key=37bf984c8c356a160d26&tk_datetime=2019-12-10+08%3A40%3A50&tk_domain=medisphere) (page consultée le 10/12/2019).

étude pour confronter la ministre De Block M. à la réalité du terrain notamment, sur l'impact du manque de personnel infirmier dans le secteur des soins et le risque encouru pour la vie des patients. Devant le Parlement, le 09/12/2019, elle explique son point de vue sur les infirmières. « *Aujourd'hui, le secteur est en crise, elles sont poussées vers la porte de sortie.../... elles sont poussées au burn-out et elles croulent sous le stress.../...*« *Nous avons une infirmière en moyenne pour 10 patients. Alors qu'en Europe, c'est une infirmière pour 8 patients.../... Beaucoup d'infirmières aujourd'hui quittent le métier.../... Il faut aussi améliorer les conditions de travail et le salaire des infirmières* »<sup>8</sup>. Ce discours nous montre clairement l'état d'urgence dans lequel se trouve ce secteur et la difficulté pour les politiques à mettre en place des solutions concrètes. Ensuite, nous constatons que l'amélioration des conditions de travail et la valorisation de cette profession sont des points clés qui permettraient d'augmenter les effectifs dans le secteur de la santé en mal de reconnaissance. D'autre part, nous avons pu souligner la problématique des infirmières qui sont poussées à quitter leur métier à cause de ces mêmes conditions de travail. « *On estime qu'en moyenne, un infirmier ne travaille que 7 à 8 ans sur le terrain* »<sup>9</sup>. Ce constat est pour le moins déroutant. N'oublions pas non plus les aides-soignantes et les aides logistiques et autres personnels qui composent les équipes de soins ; ils sont également concernés par ces changements sociétaux. Tout cela amène ces professionnels de la santé à se remettre en question. Cette pénurie grandissante en partie expliquée par le roulement en personnel ou turn-over de la profession est un enjeu colossal et l'hôpital comme toutes les institutions de soins à la personne sont concernées.

Nous allons commencer par nous ouvrir sur la partie conceptuelle. Ainsi, nous tenterons de comprendre les enjeux du taux de renouvellement en personnel ou turn-over et ses conséquences. Puis, nous aborderons l'attractivité et la fidélisation en réponse à celui-ci. Ensuite, nous développerons le marketing dans sa globalité en faisant le lien avec les hôpitaux magnétiques et l'accréditation. Pour finir, nous verrons l'utilité du marketing et ses possibilités chez l'infirmier-chef d'unité. La partie opérationnelle portera sur une approche dite quantitative. En effet, au travers d'un questionnaire sur le bien-être au travail, nous dégagerons, après analyse et interprétation, les enjeux du stress sur l'engagement et la fidélité du personnel ainsi que ses conséquences sur le turn-over. Pour terminer, nous validerons ou invaliderons l'hypothèse de recherche pour nous ouvrir sur les conclusions et les perspectives.

---

<sup>8</sup> <https://www.youtube.com/user/ptbbelgique/videos> (page consultée le 15/12/2019).

<sup>9</sup> <http://metiers.siep.be/actus/la-belgique-connaît-une-importante-pénurie-d'infirmiers/> (page consultée le 15/10/2019).

**DÉMARCHE  
CONCEPTUELLE**

# 1. TURN OVER

## Introduction

Une unité de soins peut s'apparenter à une microsociété qui s'organise vers un but précis, créer du service pour être consommé. C'est un endroit d'apprentissage, de mélange générationnel, culturel et relationnel. Elle véhicule une culture d'entreprise en lien avec la vision de l'hôpital. Cependant, depuis quelque temps, l'infirmier-chef d'unité fait face à un phénomène récurrent, le roulement en personnel. S'il a toujours été présent, nous avons la sensation qu'il s'est accéléré. Cette notion déjà employée dans beaucoup d'entreprises marchandes est peu utilisée dans le milieu hospitalier. Cet indicateur de climat social a pourtant toute son utilité. Dans cet avenir incertain, où les conditions de travail sont au centre des préoccupations, l'infirmier-chef d'unité doit savoir « se vendre et vendre ses services »<sup>10</sup> aux yeux de son équipe afin de la conserver. Il a un rôle à jouer dans cette organisation en perpétuelle évolution où l'attractivité et la fidélisation résonnent comme des termes marketing. Ce qui nous amène à développer la notion de turn-over ou roulement en personnel.

### 1.1 Définition du turn-over

Le terme anglo-saxon « Turn-over » veut littéralement dire « tourner » ; la définition suivante va nous éclairer : « *Le turn-over est le départ et l'entrée de personnel. Roulement des effectifs d'une entreprise. Indicateur important de la santé sociale de l'entreprise : un faible turn-over traduira une situation sociale saine alors que le contraire traduira un malaise social à résoudre. Le turn-over représente un coût important pour l'entreprise qui doit supporter les coûts de départ ainsi que les frais de nouvelles embauches (formation, etc.)* ». <sup>11</sup> Cette définition nous apporte plusieurs éléments. D'abord, le roulement est décrit comme un processus actif tout en étant un outil de mesure de la santé de l'entreprise. Il se calcule de manière annuelle et s'intègre à un tableau de bord. Il existe très peu d'écrits concernant cet outil dans le milieu de la santé en Belgique. Nous entrevoyons son utilité pour l'infirmier-chef d'unité, qui pourrait se servir du turn-over comme indicateur de performance managérial afin d'évaluer l'état de santé de son unité. Un taux inférieur à cinq pour

---

<sup>10</sup> Jeu de mots faisant référence au marketing.

<sup>11</sup> <https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-definition.aspx?idDef=737&definition=Turn-over> (page consultée le 25/01/2018).

cent<sup>12</sup> est considéré comme faible tandis qu'un taux supérieur à quinze pour cent est élevé. En effet, plus le roulement en personnel est important, plus l'état de santé de l'unité sera préoccupant et inversement. Nous pouvons apporter à cette définition un complément, car elle ne fait pas la distinction entre les différents types de turn-over. Nous avons l'externe qui représente le départ de l'employé de l'entreprise, volontaire ou non. Puis nous avons le turn-over interne qui représente un changement d'unité d'un employé au sein de cette même entreprise. Cette distinction est de taille, car le coût pour l'entreprise sera différent. D'un côté, l'entreprise perd un « capital humain » ; d'un autre côté, il potentialise ce capital. Becker G. définit le capital humain comme « *l'ensemble des capacités productives qu'un individu acquiert par accumulation de connaissances générales ou spécifiques, de savoir-faire* ». <sup>13</sup> De fait, cette perte de capital humain est coûteuse pour l'entreprise, car il représente une ressource qui est perdue. Au sein de l'unité de soins, l'infirmier-chef d'unité (ICU) va être confronté aux mêmes difficultés. Par exemple, si un infirmier décide de quitter le service pour une raison X ou Y, l'ICU va avoir quelques difficultés à le remplacer dans un délai rapide. Car les réserves en personnel s'amenuisent. De plus, il va perdre une personne expérimentée qui connaît les rouages de l'unité et cela risque fort de bouleverser la dynamique de l'équipe. Tout le monde connaît ce vieil adage : gouverner, c'est prévoir. Il est donc intéressant pour l'ICU de connaître le taux de turn-over de son unité et les raisons de départ tout en respectant la sphère privée, les anticiper et prévenir cette perte. Rappelons que l'ICU a pour objectif d'assurer la continuité des soins de son service dans les meilleures conditions possible. De fait, il a tout intérêt à en tenir compte s'il veut connaître l'état de fidélisation de son équipe. Mais, intéressons-nous plutôt aux facteurs de turn-over dans les institutions de soins.

### 1.1.1 Facteur de turn-over

Selon la recherche européenne PRESST-NEXT<sup>14</sup> sur l'analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turn-over parmi les soignants, les raisons principales de départ de l'institution sont par ordre d'importance : les conditions de travail, les raisons personnelles, le salaire. La première cause de départ nous amène à penser que le rôle de l'ICU est primordial. En effet, il est en partie responsable des conditions de travail dans son équipe. Pour rejoindre cette étude sur les conditions de travail, nous pouvons faire le lien avec l'actualité en Belgique. En effet, depuis juin

---

<sup>12</sup> <https://www.gereso.com/actualites/2018/01/01/calcul-et-analyse-du-taux-de-turnover/> (page consultée le 25/02/2019).

<sup>13</sup> <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2016-1-page-65.htm> (page consultée le 25/01/2018).

<sup>14</sup> Estryn-Behar M., et al. « Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants », in *Recherche en soins infirmiers*, n° 103, Décembre 2010, N° 103, p 29.

2019, les blouses blanches se mobilisent pour dénoncer la détérioration de leurs conditions de travail. De l'autre côté de la frontière, en France, nous retrouvons la même problématique. La crise hospitalière pousse de nombreux services d'urgences à faire grève. Le système hospitalier est englué dans une phase difficile, où les revendications pour l'amélioration des conditions de travail ont du mal à se faire entendre. Pour reprendre l'étude PRESST-NEXT, les raisons personnelles de départ sont indépendantes du travail de l'infirmier-chef d'unité et la rémunération ne peut être un levier à son niveau. Car la réglementation belge de la profession prévoit des barèmes qui empêchent toute forme de « compétitions salariales »<sup>15</sup>, du moins entre les institutions de même secteur. Donc la rémunération, à fortiori, ne peut être considérée comme un mobile tangible de turn-over sur lequel l'ICU peut s'appuyer, mais il doit le garder en tête. Toujours selon cette étude, il est important de se concentrer sur des mesures de prévention impliquant les thèmes suivants : « *Les problèmes de relations dans la sphère de travail, les difficultés émotionnelles liées à la situation de travail, la pression temporelle telle que perçue par les soignants et la qualité des soins qu'ils peuvent apporter dans ces circonstances, l'insatisfaction des soignants concernant la manière dont leurs compétences sont utilisées et l'autonomie qu'ils peuvent avoir, les difficultés d'horaires, l'insatisfaction du salaire* ». <sup>16</sup> Nous soulignons, dans ces thèmes cités, la corrélation avec les risques psychosociaux (RPS) et les conséquences du style managérial sur le turn-over au sein de l'équipe. Les RPS peuvent se traduire par la probabilité pour un travailleur à subir des dommages psychiques et/ou physiques suite à l'exposition d'une situation de travail dangereuse. Nous le redisons pour faire le lien avec la problématique, les conditions de travail et la satisfaction du personnel sont des points clés dans le roulement en personnel. Brunelle Y.<sup>17</sup> et al, rejoignent cette étude en prenant l'exemple des hôpitaux magnétiques aux États-Unis. Cette étude explique que la rémunération n'est pas le mobile de turn-over ; au contraire, c'est le milieu de travail et la satisfaction à y évoluer qui peuvent souligner ce problème. De plus, le taux de turn-over dans ces hôpitaux y est très bas. De fait, nous pouvons également faire le lien avec l'arrêté royal belge concernant la fonction de l'infirmier-chef d'unité. L'ICU est chargé, en particulier, « *de la gestion des membres de son équipe en vue de créer une ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective* ». <sup>18</sup> En conséquence, il est responsable de son équipe et en partie des conditions de travail. Il ne peut pas négliger l'impact de

---

<sup>15</sup> Notons que certains établissements mettent en place des primes d'attractivités.

<sup>16</sup> Estryn-Behar M., et al. « Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants », in *Recherche en soins infirmiers*, n° 103, Décembre 2010, N° 103, p. 29.

<sup>17</sup> Brunelle Y., et al. « Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », in *Pratiques et organisation des soins*, volume 40, n° 1, janvier-mars 2009, p. 42.

<sup>18</sup> <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831> (page consultée le 20/02/2018).



celle-ci sur le turn-over et ses conséquences sur l'unité. Nous avons vu que le turn-over ou roulement en personnel était un indicateur managérial non négligeable pour l'ICU. En plus de connaître le climat social de son unité, il va pouvoir dégager une vue d'ensemble de la progression de celle-ci. D'autre part, nous constatons qu'il est lié en grande partie aux conditions de travail du personnel soignant. Dans sa globalité, le turn-over peut être envisagé selon deux critères. Soit le turn-over est élevé, soit il est bas. Dans les deux cas, il existe des conséquences diamétralement opposées pour l'équipe et pour l'entreprise ; voyons cela.

### 1.1.2 Turn-over élevé

Nous nous intéressons ici à un roulement élevé en personnel dans l'entreprise. Celui-ci représente une source de problèmes pour l'ensemble du système de soins et les impacts sont nombreux sur les équipes soignantes. « *Cette augmentation du turn-over a pour conséquence des ruptures plus fréquentes dans les équipes, des temps de latence avant remplacement, une charge récurrente de formation des nouveaux venus, et accroît donc la pénurie ressentie* »<sup>19</sup>. D'ailleurs, la répercussion de celui-ci sur les équipes est flagrante. D'une part, il dégrade les conditions de travail de l'ensemble de l'équipe. D'autre part, il accentue l'insatisfaction du personnel, le roulement et les problèmes d'équipe. En plus de représenter un coût non négligeable pour l'institution, il induit un besoin de recrutement immédiat. Cela va demander temporairement de faire appel à l'équipe volante si elle est disponible ou, le cas échéant, à une aide extérieure comme des intérimaires. Le coût variera en fonction de la solution choisie. En cas d'engagement, il faudra former cette nouvelle recrue ; elle atteindra sa pleine productivité après une période d'adaptation qui peut varier selon l'unité. Là encore, les répercussions de ce turn-over élevé sont nombreuses. Car le manque de personnel peut conduire à l'épuisement de l'équipe, un risque d'absentéisme encore plus élevé et des accidents au travail. Ce cercle vicieux peut aussi renvoyer une image négative aux futures recrues comme les stagiaires et accentuer la pénurie. Ensuite, un roulement élevé peut témoigner d'un problème interne. Une politique de gestion trop restrictive ou inadéquate de la part du manager peut refléter cette problématique. Nous pensons à l'ICU et à l'impact de son management. Par exemple, une équipe qui subit un stress ou des changements dans ses conditions de travail qui s'avèrent défavorables. Ce risque est de voir partir des membres de l'unité ou pires de l'institution.

---

<sup>19</sup> Midy F., et al. « Trois professions sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale », in La documentation française, n° 3, 2004, p. 73.

En définitive, un roulement trop élevé est un risque qu'il faut prendre en considération tant pour la chaîne de services du soignant au client, que son coût pour l'institution. « *Aujourd'hui, les organismes qui n'investissent pas dans la qualité du milieu de travail pour attirer les nouvelles recrues et garder le personnel expérimenté s'exposent à des pénuries de personnel qui peuvent se relever dangereuses pour les patients* »<sup>20</sup>. Cette pénurie est une préoccupation grandissante et soulignée par de nombreux auteurs. Mais, l'institution qui ne favorise pas de bonnes conditions de travail<sup>21</sup> s'expose à une épée de Damoclès. Nous le constatons avec les grèves dans certains hôpitaux. Car c'est un fait, nous arrivons à un point de non-retour où d'un côté, nous avons une diminution des inscriptions dans les écoles d'infirmières en Belgique de 50%<sup>22</sup> et d'un autre côté, nous avons une carence en personnel toujours plus pressante. Alors, investissons-nous assez dans la qualité du milieu de travail et dans la satisfaction de nos salariés? Nous entendons encore certains discours de la hiérarchie : « *Vous avez choisi d'être infirmier(ères) ; ne vous plaignez pas de vos conditions de travail!* » Ce genre de phrase est employé pour tenter de justifier des conditions de travail inconfortables comme, par exemple, des horaires inadaptés, une charge de travail trop lourde ou un stress constant. Nous pouvons noter que « *l'exercice d'un travail contraignant pendant de longues périodes affecte les relations personnelles et prolonge les périodes de maladie, les conflits, l'insatisfaction dans le travail, les rotations et l'inefficacité.* »<sup>23</sup> Les conditions de travail sont à l'origine de nombreux maux dans les unités. Retenons qu'elles influencent le roulement en personnel. L'ICU reste le rempart du bien-être au travail et sa capacité à gérer son environnement se répercutera sur son équipe. Continuons sur le turn-over faible et son impact tangible sur l'équipe.

### 1.1.3 Turn-over faible

Lorsque le turn-over ou roulement est faible, nous constatons que « *La fidélisation du personnel permet de bénéficier sur le long terme d'un véritable effet d'apprentissage (les opérations, les processus sont réalisés mieux et plus vite) et une meilleure productivité. Elle permet à l'entreprise de développer une forte culture d'entreprise et des projets sur le long terme avec des salariés investis* ». <sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> [https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare\\_f.pdf](https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare_f.pdf) (page consultée le 25/10/2019).

<sup>21</sup> Nous regroupons dans les conditions de travail : l'organisation, les conditions de vie, les relations et le contenu du travail.

<sup>22</sup> <https://www.rtl.be/info/magazine/sante/la-duree-des-etudes-s-allonge-et-aggrave-la-penurie-d-infirmiers-en-juin-2-000-etudiants-ne-seront-pas-diplomes-1122696.aspx> (page consultée le 15/07/2019).

<sup>23</sup> [https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare\\_f.pdf](https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare_f.pdf) (page consultée le 25/10/2019).

<sup>24</sup> <https://www.gereso.com/actualites/2017/08/28/calcul-et-analyse-du-taux-de-turnover/> (page consultée le 25/01/2018).

La recherche d'un taux de turn-over ou roulement faible permet une projection plus sereine en l'avenir. Les individus s'intègrent dans la culture de l'entreprise c'est-à-dire qu'ils acquièrent les connaissances, les valeurs et le fonctionnement de l'entreprise ; ce qui favorise l'attachement des salariés. Ils deviennent meilleurs dans ce qu'ils font ; ce qui est un gage de qualité pour l'entreprise. Notons également l'utilisation du mot « fidélisation », habituellement associé au client qui reste fidèle d'un produit, d'une marque ou d'une enseigne. La fidélisation est désormais utilisée pour l'employé qui reste fidèle à son entreprise dans le temps. Mais cela veut-il dire que l'employé sera plus productif ? La nuance est de mise, car la fidélisation du personnel ne veut pas forcément dire plus de productivité ou plus d'investissement. Prenons l'exemple de l'infirmier, avec dix ans d'expérience, qui ne s'investit pas ; il fait son travail sans être un moteur pour l'équipe. Alors qu'un infirmier, avec deux ans d'expérience, peut être plus dynamique et plus motivé. Il sera plus productif. Nous allons nuancer en disant que la fidélité peut améliorer la productivité. Cependant, le changement régulier de personnel n'est-il pas une prise de risque qui favorise le renouveau et la créativité ? Il est vrai qu'en fonction des objectifs poursuivis par l'entreprise qui doit s'adapter pour survivre, elle préfère opter pour une politique du changement avec le risque d'avoir un turn-over élevé. Cependant, dans ce contexte d'incertitude, l'ICU aura plutôt tendance à chercher la stabilité dans son unité, mais cela ne veut pas dire qu'il n'a pas le droit d'être créatif. De plus, il ne peut omettre qu'il a la responsabilité *« de développer, d'opérationnaliser et d'assurer le suivi de la politique infirmière au sein de son équipe en concordance avec la vision stratégique de l'hôpital »*.<sup>25</sup> Autrement dit, il a tout intérêt à se rallier à la vision stratégique de l'hôpital s'il veut être en accord avec le cadre légal. Nous pouvons noter deux choses intéressantes dans cette citation, le mot « opérationnaliser » et le mot « stratégique ». Ces indices laissent à penser qu'il est tout à fait possible de faire usage du marketing, car faisant partie de cette démarche. Cependant, nous verrons cela par la suite.

Pour conclure, si un turn-over trop élevé est néfaste pour l'entreprise, un taux faible lui permettra d'être plus productif et plus serein. Nous pouvons en déduire que la stabilité d'une équipe augmente : la fidélisation, la productivité, la culture d'entreprise et la réussite des projets. L'ICU va tenter de fidéliser son équipe pour gagner en stabilité et la rendre plus productive. Comment vous demandez-vous ? Et bien par une approche plus marketing... Cependant, le turn-over n'est pas le seul indicateur de performance managériale, nous pouvons ajouter l'absentéisme, le taux d'accidents du travail, la demande en formation, la satisfaction de la clientèle, l'engagement des salariés et leur satisfaction au travail. L'analyse de ces indicateurs permettra de réajuster les manquements et de prévenir

---

<sup>25</sup> <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831> (page consultée le 20/02/2018).

d'éventuelles « fuites d'infirmiers de l'unité et de l'institution ». L'ICU a tout à gagner en s'inscrivant dans ce processus d'amélioration continue des conditions de travail, car « *La satisfaction du client s'impose comme la priorité et comme la garantie d'un profit sur le long terme* ». <sup>26</sup> En effet, s'il entrevoit son équipe comme des clients à part entière, il pourra répondre au mieux à leurs besoins spécifiques, et ce, afin d'avoir un engagement de leur part sur le long terme. Car, selon la sécurité sociale française <sup>27</sup>, dans son rapport sur les hôpitaux magnétiques, le départ ou le maintien de l'infirmier dans son poste dépend des conditions de travail qui influencent la satisfaction et l'intention de rester ou de partir de l'institution. Rappelons que l'un des problèmes majeurs auquel sont confrontées certaines institutions de soins est de recruter et de conserver son personnel de qualité. À l'échelle de l'unité, l'ICU n'a pas d'autre choix ; s'il veut remplir son rôle, il ne peut négliger l'attraction et la fidélisation de son équipe.

## 1.2 Attractivité

La réelle difficulté du manager réside dans la façon de rendre son service attractif et de pérenniser cette attractivité vers une fidélisation. L'attractivité d'une institution ne peut se réduire à l'attractivité commerciale, qui « *désigne la capacité d'une enseigne à attirer les acheteurs sur sa zone de chalandise* ». <sup>28</sup> En effet, l'hôpital produit un service qui est consommé sur place par les usagers. Ici, l'attractivité tente de toucher l'ensemble des acteurs, c'est-à-dire les producteurs de soins comme les consommateurs. Pourtant, l'action d'attirer des salariés semble plus liée aux processus de recrutement. Pour l'hôpital, promouvoir son image par un ensemble d'actions visant à mettre en avant ses atouts permet une démarcation de la concurrence. Nous pouvons citer l'exemple de l'accréditation hospitalière, devenue en Belgique, un gage de qualité. Cette course effrénée à l'accréditation montre clairement la compétition qu'il peut exister entre les hôpitaux, afin de fidéliser un maximum de clients. Paradoxalement, le gouvernement belge avance une politique de la santé basée sur la collaboration, poussant les hôpitaux à fusionner pour faire des économies. La difficulté va être de jongler dans ce paradoxe pour se maintenir à flot et se rendre attractif. Cela nous rapproche encore un peu plus du mode de fonctionnement du système marchand, où vendre son image devient un leitmotiv. Le marketing à l'hôpital est devenu une réalité. Cette nouvelle vision stratégique vise

---

<sup>26</sup> Lebailly M., Benarbia L., *Le marketing culturel : Exploitez votre culture d'entreprise et transformez vos clients en adeptes*, Pearson éducation, Paris, 2011, p. 5.

<sup>27</sup> Brunelle Y., et al. « Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », in *Pratiques et organisation des soins*, volume 40, n°1/janvier-mars 2009, p. 40.

<sup>28</sup> <https://www.definitions-marketing.com/definition/attractivite-commerciale/> (page consultée le 11/01/2018).

la qualité des soins, la notoriété et l'amélioration de l'environnement de travail pour influencer la patientèle comme les futurs salariés. C'est la première étape qui permet la détermination des objectifs et l'établissement du plan. C'est le phare dans l'obscurité, qui permet à tous d'avancer dans la même direction, en toute quiétude. Face à l'attractivité, certaines institutions ne machent pas leurs mots, elles parlent d'opération séduction pour recruter les nouveaux talents qui se font rares.

### 1.2.1 Attractivité et génération Y

Le marché du travail offre un éventail de possibilités, mais la vision de la conjoncture laisse place à un scepticisme avéré. Une génération « Y » qui se sent délaissée, d'un apprentissage scolaire qui lui a appris l'histoire d'une économie forte au sortir de la guerre, l'ère de l'industrialisation, le plein emploi et l'assurance d'avoir un travail. Ils sont aujourd'hui les témoins d'une économie en plein bouleversement bien loin de ce qu'ils ont appris sur les bancs de l'école. La réalité qui est là leur montre des licenciements massifs ; par exemple, Caterpillar qui réalise pourtant des profits ou encore les restructurations de certains hôpitaux avec la fermeture de services qui coûtent trop cher. Les entreprises ont leur vision désormais orientée sur le profit et « *le « court-termisme » de la logique financière des entreprises qui entraîne un « court-termisme » des comportements individuels* ». <sup>29</sup> Un certain fatalisme de cette génération les empêche de se projeter à long terme. D'ailleurs, les entreprises ne font que renforcer cette vision négative en proposant des contrats précaires, par exemple, les contrats de remplacement. Certains sociologues s'accordent sur le fait d'un changement de comportement sur l'approche du travail pour cette génération. Les individus mettent en avant l'équilibre entre vie de famille et travail, les conditions de travail ou encore le salaire. L'individualité a pris le pas sur les valeurs collectives ; le sentiment d'appartenance s'effaçant, provoque un roulement accru de ces dernières générations dans les unités hospitalières. Cette génération s'est simplement adaptée à la société. Devant ce constat, le rôle du manager est de rendre son unité accessible et attractive. En plus de l'image qu'elles renvoient, elles sont de potentiels lieux de stage. C'est un terrain de pratique par excellence pour les étudiants paramédicaux et médicaux. Source d'expériences humaines et de formations, l'unité est le reflet du monde du travail. Le premier objectif de l'infirmier-chef est de taille : il est de « vendre » son service pour en faire un pôle d'attractivité pour les futurs collaborateurs. En effet, sans personnel, il est impossible de soigner les gens. Mais que va-t-il proposer ? Comment le vérifier ? Le rôle de l'infirmier-chef est défini par l'article 10 de

---

<sup>29</sup> Renaud Petit R., « Le développement du couple-fidélisation des organisations auprès des jeunes entrants sur le marché du travail : éléments de réponse aux problématiques générationnelles », in RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, n° 4, avril 2012, p. 6.

l'arrêté royal belge sur la fonction d'infirmier-chef : « *L'infirmier en chef supervise les étudiants infirmiers et accoucheurs dans son unité, en collaboration avec les maîtres de formation clinique et l'infirmier chargé spécifiquement d'accompagner les débutants et les personnes qui reprennent le travail et qui appartiennent à la catégorie du personnel infirmier* ». <sup>30</sup> L'ICU agit donc comme un chef d'orchestre ; il n'est pas le seul intervenant dans la formation des futurs infirmiers. En effet, le maître de stage, l'infirmier-référent et l'équipe infirmière agissent en collaboration dans la formation des étudiants. L'équipe infirmière se trouve souvent au premier plan de celle-ci. L'ICU, en raison de son rôle propre, va participer de manière sporadique à cette formation, de même que l'enseignant dont la présence sera surtout indiquée pour l'accompagnement et l'évaluation de l'étudiant. De manière objective, nous pouvons dire que les étudiants sont principalement pris en charge par les infirmiers(ères) du service. Si l'attractivité passe par l'image que renvoie l'équipe sur les stagiaires, les points d'actions de l'ICU doivent aussi se diriger vers son équipe qui représente le capital humain. Le style managérial va clairement influencer la dynamique de l'équipe et la manière dont va se comporter celle-ci avec les stagiaires. Une équipe épanouie dans son environnement est la clé du succès. Voyons désormais la fidélisation de l'équipe.

### 1.3 Fidélisation

Il est frustrant pour un ICU de voir partir ses meilleurs éléments. En quelque sorte, nous avons cette sensation d'échec de ne pas avoir su satisfaire les aspirations de nos collaborateurs et de les garder. Ce combat quotidien est la réalité des managers hospitaliers. Ils doivent donc user de leur savoir-faire et de leurs compétences pour fidéliser leurs équipes. Mais, définissons plutôt la fidélisation. Elle *«consiste, pour une marque, une entreprise à créer et à gérer une relation durable avec chacune de ses parties prenantes (clients) dans le but de maximiser ses profits et sa valeur client tout en maintenant sa part de marché et sa rentabilité... Pour parvenir à fidéliser ses clients, il va donc s'agir pour l'entreprise, à la fois d'écouter et de satisfaire le client...»*. <sup>31</sup> La fidélisation entre dans cette optique, d'une relation envisagée sur le long terme, dans le but de faire du profit tout en écoutant et en satisfaisant ses clients. Nous pourrions envisager la fidélisation comme une forme d'engagement mutuel où chacun des partis prenants tire profit de l'autre. Pour ce faire, il faudra tenir compte des besoins des clients pour les satisfaire. D'ailleurs, pour Zerezri Y, « *L'engagement organisationnel signifie un « lien psychologique » qui se renforce et se consolide à travers le temps par l'effet d'une*

---

<sup>30</sup> <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831> (page consultée le 20/02/2018).

<sup>31</sup> <https://www.marketing-etudiant.fr/fidelisation.html> (page consultée le 16/03/2018).

*loyauté réciproque. Il est le moteur fondamental de nombreuses formes de coopération. Critère de stabilité de toute relation, qu'elle soit fondée sur un attachement affectif, ou une obligation morale, ou encore un calcul opportuniste, l'engagement est une réalité. En tant que lien fort, il se sédimente autour d'un sentiment interne, d'une croyance et d'intentions qui poussent l'individu à s'attacher à l'organisation et au travail, et à ne plus souhaiter les quitter ou les perdre*». <sup>32</sup> De ce fait, nous rejoignons l'auteur, la fidélisation à l'institution qui est une forme d'engagement permet la stabilité relationnelle et la coopération des individus au sein du groupe. Ce sentiment d'appartenance permet un attachement réciproque qui va pousser l'individu à rester dans l'institution. Nous pouvons faire le lien avec le turn-over où la fidélisation est un facteur de turn-over faible. Face, « à cette ère du savoir où les talents se font rares, l'engagement permet aux acteurs de tenir tête à la criticité et d'éviter les ruptures organisationnelles ». <sup>33</sup> En effet, l'engagement renforce la cohésion du groupe et permet à celui-ci de le rendre plus fort comme les maillons d'une chaîne de vélo. Cependant, certains ICU imaginent que diviser permet de mieux régner. Pouvons-nous fidéliser une équipe avec ce mode de pensée ? Il est évident qu'un groupe divisé qui souhaite travailler en pluridisciplinarité autour d'un objectif commun éprouvera quelques difficultés à réaliser ledit objectif. Il est difficilement concevable pour un ICU d'avoir cette vision. D'autre part, la fidélisation d'une équipe passe par les moyens mis en œuvre par le manager pour arriver à ce résultat, mais des travers existent. Certains ICU avanceront à tâtons ; d'autres appliqueront les directives de la hiérarchie sans se poser de questions et sans tenir compte des conséquences. Nous le redisons : l'importance du style managérial ne doit pas être prise à la légère, car il va influencer de manière significative les conditions de travail et le comportement de son équipe. De plus, dans les recommandations de l'OMS, pour pallier la pénurie de professionnels de la santé, elle souligne l'importance de la « fidélisation des agents de santé ». <sup>34</sup> Ce qui renforce nos convictions quant à la démarche à suivre.

## Conclusion

« Attraction » et « fidélisation » semblent être des termes tout droit sortis des entreprises marchandes telles que les chaînes de distribution alimentaires. Pourtant, la vision stratégique de l'hôpital s'oriente désormais vers ces créneaux, nous le constatons avec la patientèle hospitalière et le recrutement des futurs soignants. L'ICU ne peut faire autrement que de s'adapter à cette vision telle que décrite dans

---

<sup>32</sup> Zerezri Y., *La rémunération des « Knowledge workers » et l'engagement organisationnel : mesure des effets perçus par des cadres informaticiens*, France, thèse doctorante, 2013, p. 9.

<sup>33</sup> Bourion C., « L'ère des talents », in *Revue Internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, n° 41, 2011, p. 2.

<sup>34</sup> <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/fr/> (page consultée le 05/01/2020).

le cadre légal<sup>35</sup>. Si l'hôpital s'oriente vers le marketing, l'ICU et son équipe aussi. Les hôpitaux sont désormais à l'écoute, ils prennent en compte les besoins spécifiques de la clientèle, au travers d'une enquête de satisfaction et tentent d'optimiser la qualité du service rendu. Mais qu'en est-il des revendications de son personnel ? Les conditions de travail n'ont-elles pas une incidence sur la qualité du service rendu ? Cela fait plusieurs fois que nous faisons appel à cette notion de « marketing », il est plus que temps de la définir. Nous allons nous rapprocher du concept pour en comprendre les rouages et entrevoir son utilisation par l'ICU sur son environnement de travail. D'ailleurs, la problématique de départ sous-entend que le marketing est déjà utilisé par l'ICU. Beaucoup ont dû s'insurger, car parler du marketing à l'hôpital semble être en totale contradiction avec le monde de la santé. Pourtant, cette notion est très peu abordée dans le cursus lié à la santé. Pour la suite, nous aurons l'occasion de faire le lien entre le turn-over, les conditions de travail et le marketing.

---

<sup>35</sup> <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831> (page consultée le 20/02/2018).



## 2 MARKETING

### Introduction

On ne peut ignorer l'histoire avec ses conflits, ses crises financières et ses évolutions qui ont façonné le monde actuel. Le terme marketing s'est modelé au fil du temps et aujourd'hui, on le considère comme un ensemble de techniques tourné vers une stratégie commerciale, dont le but est d'adapter l'organisation et la production au marché tout en satisfaisant la clientèle. Mais ici, nous allons aborder l'histoire du marketing ; pour le comprendre, il nous faut prendre un peu de recul. Ainsi les différentes mutations de celui-ci vont nous permettre de tirer des enseignements et amener de nouvelles perspectives. Nous allons nous intéresser à sa pratique concrète avant que ce mot ne soit inventé.

### 2.1 Origines

Nombre de récits nous laissent à penser que l'éclosion du marketing remonte aux origines de la Mésopotamie ou de la Grèce antique. En effet, des traces d'échanges entre tribus ont été mises au jour. Cependant, il semble peu probable que le terme « marketing » puisse être appliqué à cette époque lointaine. Nous avons pourtant constaté que l'homme avait déjà trouvé le moyen de transporter des produits aux quatre coins de l'Europe dans le but de les échanger. Certains ont avancé l'idée que, durant les premiers voyages vers la nouvelle Amérique, des échanges commerciaux ont eu lieu. Cela est possible, mais tout échange marchand ou non n'induit pas la pratique du marketing. Il aurait véritablement fait son apparition à la première révolution industrielle anglaise au 18e siècle avec des industriels comme Matthew Boulton et Josiah Wedgwood<sup>36</sup>, qui ambitionnaient de développer leurs produits non plus uniquement aux élites, mais à toute la population. Ils vont développer des techniques commerciales qui seront appliquées plus tard aux États-Unis et en Europe. Les piliers du marketing se sont posés par cette volonté d'étendre des produits sur le marché global. Mais c'est au 20e siècle qu'il va prendre tout son sens. En effet, dans les années 30 aux États-Unis, pour faire face aux demandes et aux pouvoirs d'achat grandissants du grand public, les entreprises vont s'orienter vers une production standardisée visant à répondre aux besoins du consommateur. Le taylorisme était né et l'organisation du travail à la chaîne marque cette production en masse qui, par

---

<sup>36</sup> <http://www.capital.fr/enquetes/histoire-eco/luxe-les-50-plus-grands-createurs/josiah-wedgwood-1730-1795-le-precursur-des-arts-de-la-table> (page consultée le 20/02/2017).

la même, accroît la croissance économique. Or, les besoins spécifiques par client ne sont pas encore évoqués ou très peu. Parallèlement vont naître, aux États-Unis, des institutions spécialisées dans le marketing comme « *l'American Marketing Association* »<sup>37</sup>. Les premiers cours de ventes, de distribution et d'analyse de marché sont donnés. Le développement accru des ventes a été marqué par la liaison entre les fabricants et la commercialisation en utilisant le marketing pour l'alignement des activités de production sur les activités de vente. Il est riche de son histoire et son émergence a marqué toute une génération. Il fut l'une des solutions trouvées pour répondre à un besoin de masse. Progressivement, il a su s'adapter de manière plus spécifique au consommateur. De plus, il a permis une croissance fulgurante de l'économie et le développement de nouvelles techniques de marché. Le marketing est empreint de dynamisme et de polyvalence ; il a su s'adapter en fonction du pays et du secteur. Mais approfondissons plutôt le sujet.

### 2.1.1 Marketing

To market, littéralement « faire son marché, acheter et vendre », ce terme anglo-saxon nous dévoile le principe primaire du marketing où chacun agit de manière à tirer un maximum de profit lors d'un échange. Cette notion économique ainsi introduite va nous permettre de poser les jalons de celui-ci. Adam Smith, connu comme le père de l'économie, va avancer le concept de « main invisible »<sup>38</sup> ou encore de loi du marché régi par l'offre et la demande. Ce concept marque la libéralité du système économique où les intérêts individuels vont réguler le marché financier sans que l'État intervienne. C'est en suivant cet ordre naturel qu'on parlera de marché autorégulé. C'est ainsi que, sous le décours du capitalisme, va apparaître le marketing. C'est une discipline de gestion dans des domaines larges et variés. Il existe de nombreuses définitions du marketing, mais la première qui a marqué les esprits date de 1948, définie par l'AMA : « *Le marketing est la réalisation des activités de l'entreprise destinées et associées à la diffusion de biens et services des producteurs aux consommateurs ou aux utilisateurs* »<sup>39</sup>. Il est vrai qu'à cette époque, il était pensé de manière simpliste, de l'entreprise vers le consommateur ou l'utilisateur, sans se préoccuper de l'écoute et de la satisfaction des besoins de celui-ci. Notons toutefois qu'il ne s'agit pas encore de parler de client, mais de consommateur ou d'utilisateur. Cette nuance sera développée ultérieurement. De plus, nous retrouvons dans cette définition la notion de production de biens ou de services par l'entreprise. Un rapprochement peut se faire avec l'hôpital qui produit des services notamment les soins liés aux patients. Puis, cette

---

<sup>37</sup>AMA, American Marketing Association cité par : <http://marketing.fr/> (page consultée le 20/02/2017).

<sup>38</sup> Cours Vantomme P., Politique et Economie du système de Santé, p. 14.

<sup>39</sup> Lendrevie J., Lévy J., *Théories et nouvelles pratiques du marketing*, Mercator, Paris, DUNOD, 10e éd, 2013, p. 2.

définition s'est quelque peu étoffée au milieu et à la fin du XXe siècle par l'AMA. « *Le marketing consiste à planifier et mettre en œuvre l'élaboration, la tarification, la promotion et la distribution d'une idée, d'un bien ou d'un service en vue d'un échange mutuellement satisfaisant pour les organisations comme pour les individus* »<sup>40</sup>. Cela nous apporte de nouvelles perspectives. Tout d'abord, nous constatons que l'utilisation du marketing est une démarche réflexive puis opérationnelle. Dans un premier temps, nous élaborons un plan d'action qui consiste à cibler les besoins de l'individu. Dans un second temps, nous mettons en œuvre ce plan qui consiste à distribuer une idée, un bien ou un service en vue de réaliser un profit et de satisfaire l'individu ciblé. Prenons un exemple à échelle macroscopique : l'hôpital. Il distribue des idées, des biens et des services comme la promotion de la santé, la recherche, des cadeaux destinés aux enfants ou aux futures mères, l'hôtellerie et les soins dans le but de satisfaire sa clientèle. Pour en arriver là, l'hôpital a dû analyser les besoins et la satisfaction de celle-ci. Et si nous prenons un exemple à une échelle plus microscopique. Un ICU, dans un hôpital, constate diverses plaintes internes sur un des postes de travail dans son équipe. L'équipe se plaint d'une charge de travail trop lourde. Il décide d'appliquer un objectif S.M.A.R.T<sup>41</sup>, c'est-à-dire spécifique, mesurable, acceptable, réaliste et temporellement défini. Pour faire simple, après une analyse approfondie des problèmes rencontrés par son équipe, il décide de mettre en place un nouveau système d'organisation permettant d'améliorer la répartition de la charge de travail de son personnel. Après la mise en œuvre et dans le temps défini, il constate une amélioration de la production et de la qualité des soins, le personnel n'a plus de plainte et semble satisfait de cette nouvelle organisation. Nous comprenons, par cet exemple, le but de la démarche. Les deux partis sont satisfaits. Le but ultime pour l'ICU est une satisfaction bilatérale. Nous pouvons noter que la satisfaction n'étant pas forcément pécuniaire, elle peut prendre bien des formes. De plus, dans le deuxième exemple, nous constatons une amélioration des conditions de travail et l'utilisation d'un outil proprement marketing. Ces définitions et ces exemples ont pour but de rendre explicite l'utilisation du marketing à l'hôpital. Nous constatons aussi qu'il peut très bien s'intégrer dans une démarche d'amélioration continue, comme par exemple la roue de Deming ou PDCA<sup>42</sup>. Elle est une roue continue qui se décompose en quatre étapes : planifier, faire, vérifier et enfin, agir. Elle s'ancre dans la plupart des démarches qualité et s'utilise largement dans le milieu hospitalier. D'autre part,

---

<sup>40</sup> Lendrevie J., Lévy J., *Théories et nouvelles pratiques du marketing*, Mercator, Paris, DUNOD, 10e éd, 2013, p. 3.

<sup>41</sup> <http://www.strategiemarketingpme.com/strategies/creer-objectifs-s-m-r-t-formule-magique-en-marketing/> (page consultée le 28/10/2019).

<sup>42</sup> Cfr Annexe 20 , retour.

nous avons également retenu l'approche de Lambin J-J. et De Moerloose C.<sup>43</sup> sur le concept traditionnel de marketing. Basé sur trois piliers, le marketing s'oriente d'abord vers le client. Le client reste l'épicentre, mais l'analyse de ses besoins et de ses désirs va déterminer les agissements managériaux. Ensuite, il va s'intégrer dans l'entreprise par une dissémination de l'orientation client, où tout va être pensé et centré sur celui-ci. Enfin, l'objectif final est de réaliser du profit. Ce profit résulte du risque et de l'investissement pris pour satisfaire les clients. Nombreuses sont les définitions du marketing et le risque de tomber dans des biais n'est jamais loin. Car les définitions sélectionnées vont indéniablement orienter notre idée du marketing. Pourtant, après réflexion et appropriation de celles-ci, nous pouvons dégager une esquisse de notre propre vision du marketing. Le marketing est une démarche complexe. Elle peut être appliquée par toute entreprise et/ou un individu. Cette démarche consiste à planifier, organiser puis contrôler la diffusion d'une idée, d'un bien ou d'un service pour répondre à un besoin ou à un désir du client et/ou du consommateur. La satisfaction de ce besoin ou de ce désir va permettre la réalisation de l'objectif fixé par l'entreprise ou l'individu tout en dégageant une plus-value bilatérale. Nous avons vu, au travers des définitions et de quelques exemples, que le champ d'application du marketing pouvait s'étendre au secteur du soin. Et que, malgré la frilosité quant à son utilité ou le manque de connaissance, il ne représente pas un obstacle. Car, même sans avoir de notion sur le sujet, le marketing est déjà appliqué de manière informelle. Nous avons simplement mis un nom sur une démarche déjà appliquée. Nombre d'ICU appliquent cette démarche marketing sans s'en rendre compte au travers de la roue de Deming utilisé dans la démarche qualité. Mais, que l'on soit client et/ou consommateur, l'humain se retrouve au centre de celle-ci et l'hôpital semble d'ores et déjà imprégné par cette culture. Nous pouvons faire le lien entre la roue de Deming et la problématique de départ. Cependant, avant d'aller plus loin, il semble opportun de distinguer client de consommateur.

### 2.1.2 Client ou consommateur

Étymologiquement, le terme « *client* »<sup>44</sup> date de l'époque romaine ; le client était redevable à son « patronus » ou patron. En échange de son service et de sa fidélité, le client était sous sa protection économique. Il s'agit ici de statuts sociaux économiques inégaux néanmoins reconnus durant cette époque. Le patron avait beaucoup de clients qui l'accompagnaient dans ses déplacements. Cela était une manière de montrer son pouvoir aux citoyens. Il est intéressant de constater cette allégeance

---

<sup>43</sup> Lambin J-J., De Moerloose C., *Marketing stratégique et opérationnel*, Du marketing à l'orientation marché, Paris, DUNOD, 8<sup>e</sup> éd, 2012, p. 16.

<sup>44</sup> <https://www.universalis.fr/encyclopedie/clientelisme/> (page consultée le 12/01/2018).

envers l'individu de pouvoir, et ce, par une obligation morale. Mais cela a-t-il vraiment changé? Les choses ont changé, mais il est vrai qu'il existe des similitudes si nous remplaçons le mot client par salarié. Bien qu'aujourd'hui, les salariés soient protégés par la loi et notamment par le Code du travail, la réalité nous montre le pouvoir patronal et ses dérives. Selon le dictionnaire Larousse, la définition du client est une « Personne qui reçoit d'une entreprise, contre paiement, des fournitures commerciales ou des *services* : *les clients d'un hôtel*. »<sup>45</sup> Dans cette définition, il s'agit d'un échange pur et simple entre une entreprise qui vend un produit ou un service en échange d'un paiement de la part du client. Nous ne retrouvons pas dans cette définition la notion de négociation. Cependant, la loi du marché permet au client de négocier les prix, mais seulement dans certaines situations. D'un point de vue juridique, un client est une personne qui confie ses intérêts à un professionnel, par exemple, à un avocat ou un notaire. Nous nous en remettons à cette personne pour qu'elle protège nos droits. Reprenons la définition de client, qui a bien évolué depuis l'époque romaine. Aujourd'hui, le client est un consommateur de biens et/ou de services proposés par une entreprise ou un individu qui va essayer de le fidéliser. Mais est-il obligatoirement consommateur ? Le client est à différencier de consommateur ; voyons plutôt cette distinction.

Le consommateur pourrait se définir comme « *l'utilisateur final du produit. Il doit être distingué de l'acheteur/client et du prescripteur. L'expression de consommateur final (ultimate consumer) est parfois utilisée pour insister sur la désignation de la personne qui consomme ou utilise le bien ou le service pour des besoins personnels.* »<sup>46</sup> Dans le premier cas, le client achète un produit et le consomme ou l'utilise pour lui. De fait, le client est consommateur. Prenons l'exemple de la mère de famille qui achète des chaussures, car les anciennes étaient usées. Dans le deuxième cas, le client achète un produit, mais il n'en sera pas le consommateur ou l'utilisateur. En effet, la mère de famille qui achète du lait en poudre pour son enfant sera uniquement cliente et l'enfant, consommateur. En résumé, l'acheteur est forcément le client, mais pas forcément le consommateur ou l'utilisateur. De plus, nous retrouvons dans cette définition le mot « prescripteur » qui désigne la personne qui recommande une idée ou qui indique avec précision un produit ou un service à ses clients. Cela aura pour conséquence d'influencer et d'orienter le client et/ou le consommateur. Donc, l'équipe devant l'ICU est-elle cliente ou consommatrice ou bien les deux ? Reprenons l'exemple précédent ; l'ICU résout un problème avec son équipe. L'équipe sera cliente et consommatrice d'un service ou d'une idée proposée par l'ICU. Dans l'autre cas, l'équipe sera cliente de l'ICU, mais le consommateur final

---

<sup>45</sup> [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/client\\_cliente/16519](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/client_cliente/16519) (page consultée le 12/01/2018).

<sup>46</sup> <https://www.emarketing.fr/DefinitionsGlossaire/Consommateur241054.htm#D4zLVQkVfMBPzEKQ.7> (page consultée le 12/01/2018).

sera le patient chez qui l'on dispensera les soins. L'idée est bien de distinguer ce qui est consommé par l'équipe de ce qui est consommé par le patient. Jusqu'ici, nous avons défini le marketing et nous avons entrevu son utilisation à l'hôpital par l'ICU. Nous constatons qu'il est déjà utilisé pour régler des problèmes dans l'équipe. De plus, nous reconnaissons la complexité de distinguer le client du consommateur, ainsi que le patient et le salarié. Pour une question de clarté, nous utiliserons le nom de patientèle pour définir le client final consommateur de soins. Nous n'avons pas encore ouvert la voie à la diffusion du marketing. Comment ce courant a-t-il pu se répandre dans le monde marchand et non marchand ? Il semble logique que la voie de diffusion se fasse par les canaux de communication. Voyons cela.

### 2.1.3 Marketing et communication.

La communication fait partie des enjeux majeurs de notre siècle. Pouvons-nous informer sans communiquer ? Et à l'inverse, communiquer sans informer ? Quelle place a la communication dans le marketing ? La communication passe par un échange qu'il soit verbal ou non ; il transmet de l'information. Cependant, la qualité de l'information semble dépendante des compétences communicationnelles. Ce sont deux concepts différents. La communication tire son origine latine du mot « *communicare* »<sup>47</sup> qui signifie partager quelque chose. De ce fait, la communication est un échange entre les êtres vivants qui se rencontrent en groupe; elle permet d'obtenir de nouvelles informations. Le terme information a pour origine latine le mot « *informare* »<sup>48</sup> qui signifie façonner quelque chose; en d'autres termes, mettre en forme un message. Pour communiquer, il faut un échange. Certains ont avancé des schémas de communication. Shannon et Wiener ont été les pionniers en matière de communication. En effet, ce modèle communicationnel est longtemps resté une référence. « *La communication y est présentée comme le transfert d'un message à partir d'une source vers un destinataire sous la forme d'un signal (codé par l'émetteur et décodé par le récepteur) qui peut être affecté par des phénomènes parasites appelés « bruits »* ». <sup>49</sup> Ce schéma communicationnel est purement technique et unidirectionnel. Il met en relation l'émetteur et le récepteur, en soulignant le travail de codage et décodage du message, sans oublier l'influence des bruits parasites. Wiener N. incorporera au schéma la notion de « feedback », qui se traduit par la réponse du récepteur qui devient, par là même, émetteur. Cette boucle de rétroaction montre les interactions possibles entre les

---

<sup>47</sup> <http://lesdefinitions.fr/communication> (page consultée le 10/04/2017).

<sup>48</sup> <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Information.htm> (page consultée le 10/04/2017).

<sup>49</sup> Picard D., « De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles », in *Communication et langages*, n° 1, Volume 93, 1992, p. 70.

individus. Si, pour communiquer, il faut un échange, des interactions réciproques sont nécessaires. À la même époque, Lasswell H. proposa un autre modèle concernant la communication de masse. Celui-ci se présente sous la forme d'un questionnaire, où chacune des questions correspond à un élément de la communication. Ce qui porte à notre attention c'est la dernière question développée dans celui-ci. « Avec quel effet ? »<sup>50</sup> Cela sous-entend l'influence de la communication et cette finalité d'effet sur le récepteur. Autrement dit, le public cible va être influencé par la communication. Cependant, pouvons-nous informer sans communiquer ? À partir du moment où l'interaction n'est pas possible avec son interlocuteur, nous informons sans communiquer. Internet est un exemple parmi tant d'autres. Cependant, dans notre société hyperinformée, informer sans communiquer semble inconcevable. Tout nous pousse à partager, à participer et à donner notre avis. L'influence des réseaux sociaux est un bel exemple. Son implication dans le partage et la communication d'informations à propos des hôpitaux n'est pas négligeable. Nous effleurons le marketing, car elle permet la transmission d'informations, d'idées et d'influences sur son public.

## Conclusion

Pour reprendre le concept de marketing, l'humain est au centre des préoccupations de l'entreprise. Quel que soit le secteur de l'entreprise, tout est pensé pour le client dans le but ultime de faire du profit. La communication est largement utilisée au travers de nombreux canaux de diffusion. L'information est omniprésente, elle influence le comportement et peut induire la communication. Nous pensons notamment aux vidéos diffusées dans les services hospitaliers qui montrent la qualité du service rendu, par des témoignages positifs. Nous voyons une réalité qui se veut idéale et qui pousse les « clients »<sup>51</sup> à ouvrir les portes d'une institution plutôt qu'une autre. Dans cette course contre la montre, elles sont jugées par leurs choix et efficacités par leurs propres clients. La communication a été un levier pour le marketing qui a permis son expansion. Mais nous ne pouvons réduire le marketing à de la communication, car ce n'est pas sa seule finalité. Certes, nous le retrouvons partout et sous bien des formes, mais pour l'assimiler à un processus ou à une démarche, il doit permettre la réalisation d'une plus-value bilatérale. L'évolution de la société a obligé les hôpitaux à s'adapter vers une culture plus marketing et in fine les ICU. Les ICU vont pouvoir utiliser le marketing pour influencer leurs équipes. Dirigeons-nous vers le marketing hospitalier.

---

<sup>50</sup> Picard D., « De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles », in Communication et langages, n° 1, Volume 93, 1992, p. 70.

<sup>51</sup> Ce terme regroupe les futurs patients et salariés.

## 3 MARKETING HOSPITALIER

### Introduction

Nous nous rapprochons encore un peu plus du cœur du sujet, le marketing hospitalier. Nous avons déjà pu entrevoir l'utilisation du marketing à l'hôpital ainsi que ses finalités. Le marketing hospitalier a vu le jour dans les années 1970 aux États-Unis. Le développement fut difficile, car, dans les esprits, celui-ci est perçu comme une démarche commerciale incompatible avec le système de santé. Il faudra attendre les années 80 en Europe pour que le marketing hospitalier voie le jour. L'idée était de faire appliquer les outils et démarches marketing du secteur industriel au secteur de la santé.

### 3.1 Définition du marketing hospitalier

Voyons plutôt une définition qui se rapproche du marketing hospitalier. « *Le marketing sanitaire consiste dans l'éducation de nous-mêmes sur les souhaits et les besoins de nos clients potentiels et, en prenant comme référence la connaissance acquise, l'éducation de nos clients et la proposition de services à valeur ajoutée qui permettent de satisfaire leurs besoins* »<sup>52</sup>. Le marketing sanitaire ou de la santé passe avant tout par l'apprentissage de l'orientation client chez les employés et la manière de l'adapter spécifiquement à chaque patient. Ces besoins et souhaits de la patientèle restent au centre des préoccupations des établissements de santé. Donc, en formant le personnel au marketing hospitalier, le service rendu se répercutera sur la patientèle. Il permettra l'amélioration de la satisfaction de la patientèle, en optimisant les coûts, les ressources, la distribution et la communication. La satisfaction de la patientèle va renforcer la reconnaissance du travail des soignants et donc leur satisfaction propre. Nous observons ici qu'il ne s'agit plus seulement pour l'ICU de faire du marketing avec son équipe, mais de transmettre cet état d'esprit à celle-ci. L'hôpital tient une place centrale dans le système de santé. Si, aujourd'hui, il est plus à l'écoute de sa patientèle, il est aussi plus attentif à l'ensemble de son environnement dans lequel il évolue. Car désormais, le marché se veut plus concurrentiel. Pour reprendre Lambin J.J. et De Moerloose C.<sup>53</sup>, l'application du marketing

---

<sup>52</sup> Buckley P., *The complete guide to hospital marketing*, Marblehead, HCPro Inc, 2<sup>e</sup> éd, 2007, p. 8.

<sup>53</sup> Lambin J-J., Moerloose C., *Marketing stratégique et opérationnel*, Du marketing à l'orientation marché, Paris, DUNOD, 8<sup>e</sup> éd, 2012, p. 18.



passer d'abord par l'analyse stratégique du marché. C'est un processus centré sur l'analyse des besoins et des organisations qui s'applique au marketing et pour lequel la transposition au secteur de la santé est possible. Cette stratégie permet d'analyser l'environnement dans un premier temps, à savoir, l'étude et la définition des marchés potentiels afin d'évaluer leur attractivité et leur compétitivité ; dans un second temps, d'étudier l'évolution et les tendances concernant l'offre et la demande en se projetant à moyen ou long terme. Il s'agit aussi de faire un ciblage et un positionnement, de déterminer des stratégies de base de compétition, d'assurer un équilibre financier et de développer éventuellement de nouveaux produits. Cette démarche réflexive qu'est le marketing stratégique permet d'aborder le marketing opérationnel avec plus de recul. Le marketing opérationnel est un processus basé sur l'action et vise directement le produit qui est l'offre de soins ou le service. Le marketing opérationnel est un processus à court ou moyen terme, qui cible des marchés ou des segments existants. C'est le processus classique qui vise un objectif de parts de marché avec des outils tactiques comme les produits et la marque, la distribution, le prix et la communication, dont la publicité. Comme le nom l'indique, l'un vise le stratégique et le deuxième, l'action. C'est en effet la combinaison des deux démarches qui permet d'arriver vers le marketing sans le réduire à de la communication. Ce qui est ou pourrait être développée au secteur de la santé.

Les institutions de santé s'orientent désormais vers la patientèle qui est une source de création de valeurs. En effet, les établissements se voient proposer des soins de qualité tout en optimisant les coûts et la patientèle se voit proposer des offres de soins adaptées à ses attentes et à ses besoins. Mais, en réalité, la patientèle vient à l'hôpital non par choix, mais par contrainte sauf exception faite. Donc, elle a une demande qu'elle doit absolument satisfaire et cette position de vulnérabilité renforce le pouvoir de l'hôpital. Il existe d'ailleurs une constante dans les soins de santé. Ils sont complexes : le résultat est incertain et le risque zéro n'existe pas. De fait, la confiance et la réputation de l'établissement sont essentielles pour la patientèle. La confiance permet d'établir une relation stable et pérenne alors que la réputation est un construit social qui pousse l'individu à orienter ses choix en fonction de la performance et de la qualité du service rendu. Si la patientèle n'a pas d'autre choix que de se faire soigner, elle a la possibilité de choisir où « se faire soigner ». C'est exactement ici, où le marketing va prendre tout son sens avec les signaux qu'il envoie, il tente d'influencer ses clients. Comment savoir qu'un hôpital fait de la qualité ? Est-il accrédité ? Quel est son niveau d'accréditation ? Quel classement a-t-il en Belgique ? Autant de questions que peut se poser la future patientèle. La démarche marketing est l'alternative qui a déjà fait ses preuves. Dans une société où l'information n'a plus de limites, le patient hyper informé devient de plus en plus autonome. Il a la possibilité de choisir l'endroit où il souhaite se faire soigner et les possibilités sont nombreuses. En

parallèle, le soignant a les mêmes informations et bien plus. Cela les pousse à s'orienter vers tel ou tel hôpital pour venir s'y faire soigner ou y travailler. Pour finir, il existe une concurrence des hôpitaux avec le développement d'une centralisation autour des grandes villes. D'ailleurs, les directives sont claires; nous le redisons, il faut rationaliser les coûts, qu'ils soient matériels ou humains. De fait, chaque structure essaie de tirer son épingle du jeu pour attirer toujours plus. En définitive, le marketing hospitalier est l'adaptation du monde de la santé aux techniques de gestion des entreprises marchandes. Il repose d'abord sur ses employés qui sont en contact avec la patientèle. Ce sont donc eux qui vont développer ce marketing qui va être créateur de valeurs ajoutées. N'oublions pas non plus que les employés de l'hôpital font potentiellement partie de la patientèle. Le marketing va faciliter la satisfaction de toute la chaîne de services du système hospitalier : des soignants aux consommateurs du soin. Autrement dit, l'ICU est le pilier qui va engager ce processus. Il est en partie responsable de la création de valeurs à travers son management orienté marketing. Nous avons pu constater l'intérêt pour l'ICU de garder les membres d'une équipe de soins avec la difficulté, aujourd'hui, de recruter et de conserver son personnel. Mais le marketing peut se rendre utile à l'hôpital afin de rendre attractif et fidéliser la patientèle comme les salariés. Il s'adapte et se modélise de manière transversale dans tout le système de soins. D'ailleurs, la vision stratégique outre Atlantique à propos des hôpitaux magnétiques est intéressante; confrontée aux mêmes problèmes, elle vise justement le recrutement et la fidélisation du personnel de santé. Voyons comment.

### 3.2 Hôpitaux magnétiques

Lancé aux États-Unis dans les années 80, ce programme a émergé suite à une étude menée par l'association des infirmiers américains (ANA). L'ANA a constaté en étudiant différents hôpitaux qu'il existait une disparité en termes de fidélisation et d'attractivité des soignants. Certains plus que d'autres parvenaient à recruter et à garder leur personnel plus facilement. L'ANA a pu distinguer quatorze forces génératrices de recrutement et de fidélisation regroupés sous le label « magnet »<sup>54</sup>. De manière objective, ce label représente des hôpitaux qui ont de bien meilleurs résultats selon l'ANA, qui s'appuie sur une étude de recherche qui caractérise des hôpitaux ayant une pratique infirmière d'excellence.

---

<sup>54</sup> <https://managersante.com/2018/07/06/et-si-les-hopitaux-francais-devenaient-des-hopitaux-magnetiques/> (page consultée le 02/02/2019).

### 3.2.1 Caractéristique des hôpitaux magnétiques

Nous l'avons vu, les hôpitaux dits « magnets » ou magnétiques tirent leurs caractéristiques du corps infirmier et du faible taux de turn-over. En effet, cette catégorie représente la majorité des professionnels de santé actifs dans les hôpitaux et reflète la qualité du service rendu à la patientèle. Mais, qu'elles sont les caractéristiques de ces hôpitaux? « *Ces hôpitaux paient bien, mais rien de hors-norme. Ce qui est exceptionnel, c'est le milieu de travail et la satisfaction à y évoluer* »<sup>55</sup>. Il semblerait que les conditions de travail soient la pierre angulaire de ces hôpitaux. D'ailleurs, l'accent est mis sur la satisfaction de son personnel infirmier et permet à tout le rouage du système hospitalier de fonctionner en adéquation avec le système de santé. De nouveau, nous constatons l'importance des conditions de travail et la satisfaction du personnel. Ce système se base selon cinq axes principaux<sup>56</sup> centrés sur le corps infirmier : le leadership transformationnel, la reconnaissance structurelle, des pratiques professionnelles exemplaires, de nouvelles connaissances, de l'innovation et de l'amélioration, des résultats qualitatifs empiriques. Définissons plutôt ces cinq axes de conduite des hôpitaux magnétiques.

### 3.2.2 Leadership transformationnel

Le leadership transformationnel est particulièrement intéressant. Ces managers sont des leaders qui vont transformer les organisations pour les adapter à la société. Ils vont permettre à leurs équipes d'être acteurs de ces changements en leur offrant les ressources nécessaires pour développer leurs potentiels. Les quatre ingrédients de ce style sont : « *Pour **influencer**, des caractéristiques personnelles leur sont attribuées : ils clarifient la mission de l'organisation et la mission de l'équipe, ils instillent la fierté et gagnent la confiance de leurs employés. Pour **inspirer**, ils communiquent leurs attentes (élevées, mais réalisables) et utilisent des symboles pour focaliser les efforts de l'équipe. Ils sont pédagogues. Pour **motiver** les équipes, les hôpitaux magnets promeuvent une approche positive de la résolution des problèmes en se basant sur ce qui fonctionne correctement au sein de l'organisation. Pour **stimuler** intellectuellement, ils favorisent le développement personnel des employés ainsi que la formation.* »<sup>57</sup> Ce style n'est pas à la portée de tous, car tous les managers ne sont pas des leaders, mais ce n'est pas une fin en soi. En effet, nous pouvons nous inspirer de ce style

---

<sup>55</sup> Brunelle Y., et al. « Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », in Pratiques et organisation des soins, Volume 40, n°1/janvier-mars 2009, p. 39

<sup>56</sup> <https://managersante.com/2018/07/06/et-si-les-hopitaux-francais-devenaient-des-hopitaux-magnetiques/> (page consultée le 06/08/2019).

<sup>57</sup> [http://crf.wallonie.be/compassinfo/breve-id-8-rub\\_id-54.html](http://crf.wallonie.be/compassinfo/breve-id-8-rub_id-54.html) (page consultée le 07/02/2019).

pour tendre vers un management transformationnel et ainsi créer ce personnage influent et pédagogue qui saura motiver ses troupes et les stimuler. De plus, le comportement du manager se doit d'être exemplaire et en accord avec ses propres valeurs et visions qu'il veut véhiculer. L'influence qu'il exerce se traduit par toutes les formes de langage qu'il peut exprimer; ce qui pourrait s'apparenter à du marketing. Notons toutefois que le ralliement de son équipe vers une seule voie risque fort de nous confronter à des résistances, mais ceci est une autre discussion. Il faut avant tout des bases solides au sein de l'équipe, une communication claire et transparente et un climat de confiance. Si les hôpitaux magnétiques tendent vers ce style de management, ils ne sont pas les seuls à l'utiliser. Nous comprenons tout l'intérêt de son utilisation et le lien avec le marketing n'en est que plus facile. D'autre part, le leadership fait partie intégrante de l'une des recommandations de l'OMS<sup>58</sup> pour faire face à la pénurie de professionnels de la santé. Elle permet d'envisager les ressources humaines sur le long terme.

### 3.2.3 Reconnaissance structurelle

Elle pourrait se définir comme la reconnaissance du travail du corps infirmier par l'hôpital et la responsabilisation de ses professionnels. Il les rend acteurs de leur développement et des changements itinérants à l'amélioration de la qualité des soins. Donner de l'autonomie à son personnel fait partie des points clés dans le management à mettre en place. D'ailleurs, nous ne pouvons nous empêcher de penser au management participatif. L'ICU peut orienter son équipe sans imposer et pousser les individus à devenir acteurs de leur propre parcours professionnel. De plus, la voie de l'autonomie et de la responsabilisation sont valorisantes et cela permet au personnel de se surpasser tout en étant motivé. Cela peut s'avérer utile pour améliorer la reconnaissance du métier.

### 3.2.4 Pratiques professionnelles exemplaires

Elle représente un référentiel des pratiques infirmières d'excellence pour assurer des soins de qualité de même que des recherches continues pour l'amélioration de ce référentiel. De par une approche commune et standardisée du soin, les praticiens tendent vers cet idéal de qualité. Dans nos structures hospitalières belges, nous raisonnons de la même manière, à savoir vers des protocoles standardisés qui permettent une connaissance et une pratique commune au sein de l'institution. Il serait intéressant d'étendre cette standardisation à l'échelle du pays, notamment grâce à l'accréditation.

---

<sup>58</sup> <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/fr/> (page consultée le 05/01/2020).

### 3.2.5 Nouvelles connaissances, innovation et amélioration

On pourrait définir cela par une approche de l'amélioration continue de la qualité. En effet, cette approche fait partie intégrante des objectifs des infirmiers des hôpitaux magnétiques. Leurs contributions se doivent d'être visibles et faire avancer la science infirmière. Nous pouvons faire le rapprochement avec la roue de Deming qui est largement utilisée par les managers de la santé. De même, nous pouvons faire le lien avec le marketing et ses objectifs communs.

### 3.2.6 Résultats qualitatifs empiriques

L'objectif du label magnet « *est de constituer un réseau d'infirmiers d'excellence capables d'identifier des solutions aux nombreux problèmes qui se posent au système de santé américain et d'en démontrer l'efficacité* »<sup>59</sup>. Au travers d'indicateurs axés sur la qualité des soins, les résultats sont classés dans différentes catégories. Ces résultats se veulent transparents et accessibles.

En résumé, une institution hospitalière avec ce label montre qu'elle a plus de facilités pour attirer et retenir les meilleurs talents. Ses indicateurs de dépression et de roulement en personnel sont faibles et la satisfaction du personnel est meilleure. Il y a une amélioration des soins aux patients, plus de sécurité et de satisfaction des patients et du personnel. Le « magnet » favorise une culture de la collaboration dans les prises de décision. Il met en place des normes et des pratiques infirmières avancées qui permettent la mise en place d'un référentiel d'excellence des pratiques. Il développe les affaires et la réussite financière par une rationalisation des coûts et une efficacité des pratiques. Les avantages sont nombreux ; pourtant nous ne retrouvons pas d'hôpitaux magnets de ce côté de l'Atlantique. Cependant, nous avons remarqué des similitudes entre ce modèle hospitalier et certains hôpitaux belges tournés vers l'accréditation. Les ICU sont au premier rang pour faire changer les choses et les hôpitaux magnet sont de beaux exemples, Développons maintenant l'accréditation.

### 3.3 Accréditation des hôpitaux belges.

Devenue une marque de reconnaissance, l'accréditation fait de plus en plus d'émules au sein du secteur hospitalier belge. Elle représente « *une méthode d'évaluation externe, généralement volontaire. Elle fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un établissement de soins*

---

<sup>59</sup> <https://managersante.com/2018/07/06/et-si-les-hopitaux-francais-devenaient-des-hopitaux-magnetiques/> (page consultée le 06/08/2019).

*apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalisées et présentées sous forme de manuel, c'est-à-dire « le référentiel » préconisé par un organisme d'accréditations. L'organisme d'accréditation ainsi que son manuel sont validés par un organisme extérieur indépendant ».*<sup>60</sup> De plus en plus d'hôpitaux belges se tournent vers l'accréditation Canada «Qmentum international». Cette accréditation devient peu à peu un standard hospitalier répondant aux exigences des autorités publiques. Dans la Belgique wallonne, nous pouvons citer l'hôpital CHM de Mouscron et celui de Jolimont qui sont accrédités du niveau Or, ou encore l'hôpital CHwapi de Tournai accrédité Platine. D'autre part, à travers ces exemples, nous constatons qu'il y a plusieurs niveaux d'accréditation. Nous retrouvons trois niveaux respectifs : l'Or, le Platine et le Diamant. À chacun des niveaux correspond des critères et des normes d'excellence spécifique de plus en plus élevées. L'accréditation n'est pas une fin en soi, mais regroupe un ensemble d'outils qui s'inscrivent dans un processus d'amélioration continu de la qualité des soins et de la sécurité des hôpitaux. Elle permet de fédérer et de mobiliser l'ensemble du personnel hospitalier sur la recherche d'un meilleur niveau de qualité et de sécurité centré sur la patientèle. Cette vision stratégique va s'inscrire avant tout de manière progressive en intégrant l'ensemble des acteurs de terrain de l'hôpital ainsi que les patients et leurs familles. Sur base de volontariat, des projets sont mis en place avec pour objectif de répondre aux critères fixés par le référentiel de l'accréditation. Les premiers acteurs de terrain à mettre en œuvre cette culture et ce plan d'action sont les ICU. Encore une fois, nous entrevoyons l'accréditation comme un modèle d'amélioration continue de la qualité que nous pouvons qualifier de démarche marketing. On entrevoit tout son intérêt, car il va falloir satisfaire tous les partis à travers la motivation et la collaboration. Une fois de plus, nous constatons que le marketing est présent, car, pour satisfaire aux exigences des référentiels, nous prenons en compte les besoins des « clients », nous parlons des salariés et de la patientèle. Nous utilisons des outils qui permettent d'analyser l'environnement pour ensuite mettre des objectifs en place en lien avec les critères de l'accréditation. L'accréditation demande énormément de changements et de travail pour les unités. Les référentiels permettent l'amélioration et l'harmonisation des méthodes de travail vers un but précis : faire de la « qualité » une norme pour l'ensemble de l'institution qui a choisi de s'inscrire dans ce processus de changement. Cette course effrénée va transformer à jamais le visage hospitalier.

---

<sup>60</sup> [www.GBS-VBS.org/fileadmin/user\\_upload/unions/intensivisten/L\\_accréditation\\_des\\_hopitaux\\_en\\_Wallonie\\_et\\_a\\_Bruxelles.pdf](http://www.GBS-VBS.org/fileadmin/user_upload/unions/intensivisten/L_accréditation_des_hopitaux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf) (page consultée le 07/02/2019).

## Conclusion

Tous les hôpitaux cherchent à produire des services de qualité afin de satisfaire ses clients. Les nouvelles réglementations changent radicalement le visage des hôpitaux. Nous avons vu les hôpitaux magnétiques qui centrent leurs stratégies sur les infirmiers(ères) pour améliorer la qualité. Ces hôpitaux ont compris l'importance de la satisfaction des conditions de travail de leur personnel. De manière objective, les soins sont de meilleure qualité et le personnel est fidélisé. Dans l'accréditation, les projets s'orientent sur les besoins des patients nommés « clients ». Cette stratégie vise à fédérer les équipes vers un objectif commun où chacun peut être acteur du changement. Mais cette vision centrée sur le « client » ne passe-t-elle pas à côté des besoins des salariés ? En réponse aux changements, les soignants sont soumis à diverses pressions visant les conditions de travail, la lourdeur des procédures, les contraintes de temps, la pression. Qui plus est, dans ce contexte de pénurie de personnel, ne devons-nous pas orienter notre champ de vision au-delà du patient/client et nous concentrer aussi sur les acteurs de terrain qui créent de la valeur pour le bien-être de la patientèle. Maintenant que toutes les pistes ont été ouvertes, voyons comment l'ICU va se positionner dans cette culture marketing, où attraction et fidélisation deviennent un leitmotiv pour l'hôpital de demain tourné vers l'accréditation.

## 4 MARKETING ET ICU

### Introduction

Revenons à la problématique: comment l'ICU utilise-t-il le marketing avec son équipe afin de la fidéliser ? Nous avons vu que le marketing à l'hôpital se traduisait d'abord par de la communication. Elle pouvait se rendre utile pour améliorer l'image de l'hôpital, mais, à elle seule, elle n'était pas suffisante pour créer de la valeur. D'autre part, le marketing n'est plus envisagé comme un objet à vendre, mais bien comme un « service » à vendre. Dans cette chaîne de services, ce sont les acteurs de terrain qui vont créer cette valeur et la rendre consommable pour la patientèle.

### 4.1 Marketing stratégique et l'ICU

Pour Lovelock et Gümnesson, le service est un processus d'échange et de création de valeurs. Ils conçoivent que « *les services impliquent une forme de location ou d'accès par laquelle (lequel) les consommateurs obtiennent des bénéfices en gagnant le droit d'utiliser un objet physique, de louer le travail ou l'expertise d'un personnel, ou d'obtenir un accès à des fonctions et des réseaux* »<sup>61</sup>. L'ICU a donc comme client son équipe soignante et les soignants ont comme clients les consommateurs de soins. Grönroos<sup>62</sup> partage la même idée que Lovelock J. et Gümnesson E. Il se propose d'illustrer un service comme un processus. Les services sont donc les ressources que l'ICU va transformer pour ses clients. Autrement dit, le service que va « vendre » l'ICU entre dans le processus d'une démarche d'amélioration continue. Ici, il a un impact direct sur son équipe. Il permet à son équipe de travailler dans des conditions décentes afin qu'elle puisse elle-même créer une valeur. Cependant, « *Cet usage nécessitera préalablement, une mobilisation de connaissances et de compétences de la part de l'utilisateur et du prestataire afin de faire le choix* ». <sup>63</sup> Tardif définit la compétence comme « *un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation* ». <sup>64</sup> Avoir des connaissances est une chose, mais savoir les appliquer en est une autre. L'ICU doit les

<sup>61</sup> Lovelock J., Gümnesson E., cité par Gabriel P., et al. *Marketing des services*, Paris, DUNOD, 2014, p. 6.

<sup>62</sup> Grönroos C., cité par Gabriel P., et al. op. cit., p. 6.

<sup>63</sup> Gabriel P., et al. *Marketing des services*, Paris, DUNOD, 2014, p. 7.

<sup>64</sup> Milhomme D., et al. « L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion », in *L'infirmière clinicienne*, vol 11, n° 1, 2014, p. 2.



adapter en fonction de l'environnement afin d'atteindre le résultat escompté. Nombre d'auteurs avancent l'idée que les compétences sont liées aux différents savoirs qui ont pu être intégrés au fil du temps. Le savoir reflète ce que les membres d'une collectivité ont retenu comme standards et comme critères leur étant propres. Ce savoir commun s'associe à la culture d'entreprise. Utiliser le marketing sur ses employés permettrait le recrutement et la fidélisation. Il existe très peu d'écrits sur ce double objectif lié à l'infirmier-chef d'unité; pourtant nous avons vu qu'au travers du cadre légal, l'ICU avait des obligations envers celle-ci. En outre, il a été mis en avant que la performance managériale liée au marketing puisse se mesurer au travers d'indicateurs comme le turn-over ou la satisfaction de ses employés. Autrement dit, si l'ICU veut conserver son équipe, il ne peut négliger les conditions de travail. Selon Bennette R., cité par Antoine A., et al<sup>65</sup>, le marketing interne peut se définir comme « un ensemble de procédures et de politiques de gestion des ressources humaines qui considère les salariés comme membres d'un marché interne qui nécessitent d'être informés, formés, développés et motivés afin de servir le client final de manière plus efficace »<sup>66</sup>. Le marketing peut donc s'intégrer au management, mais également aux procédures ou plutôt aux protocoles hospitaliers. Ceci démontre une nouvelle fois que l'équipe de soins représente un client potentiel pour l'ICU et l'hôpital. Donc, en appliquant le marketing sur les employés, la plus-value va se répercuter tant sur eux que sur la patientèle. D'une part, la démarche marketing permet d'améliorer les conditions de travail au sein de l'unité. D'autre part, si l'équipe l'intègre à leur culture d'entreprise, cette démarche d'amélioration continue va se répercuter sur la qualité des soins. Mais cela demande au préalable de communiquer cette vision marketing que l'on souhaite instaurer au sein même de l'équipe et de la faire appliquer. Le cadre légal nous dit que : « l'infirmier en chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaire pour maintenir le niveau de qualité souhaité ».<sup>67</sup> D'une part, nous reconnaissons aisément les similitudes entre la définition du marketing interne et le cadre légal de la fonction d'ICU. Cependant, il ne suffit pas de former son personnel, il faut aussi mesurer l'impact de ces formations sur la qualité des soins rendus. De plus, l'ICU a la responsabilité « de diriger, d'accompagner et d'évaluer les processus de changement »<sup>68</sup>. Cela va permettre de rendre objectifs les résultats dans un premier temps et dans un

---

<sup>65</sup> Antoine A., et al. *L'innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre*, DUNOD, 2013, p. 200.

<sup>66</sup> Bennett R., Barkensjo A., « Internal marketing, negative experiences and volunteers' commitment to providing high-quality services in a UK helping and caring charitable organization », in voluntas : international journal of voluntary and nonprofit organization, vol 16, n°3, 2005, pp. 251-274.

<sup>67</sup> <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831> (page consultée le 20/02/2018).

<sup>68</sup> Ibidem, p. 2.

second temps de renforcer la motivation. Si le salarié est satisfait et que le client est satisfait, alors nous obtenons un cercle vertueux. Nous avons vu au travers du cadre légal qu'il existait des similitudes avec le marketing. Nous constatons aussi que le marketing pouvait prendre bien des formes et que certains utilisateurs n'étaient pas pleinement conscients de son emploi. L'ICU peut utiliser le marketing sur son équipe afin de répondre à leurs besoins et améliorer leurs conditions de travail. Cependant, ancrer le marketing dans la culture du soin est plus difficile, car tout un chacun n'est pas prêt à s'inscrire dans ce processus d'amélioration continue de la qualité. Pour conclure, nous pouvons donc transposer l'approche marketing au management de l'ICU tout en nous rapprochant de la stratégie des hôpitaux. La prise en compte de la satisfaction au travail dans la pratique managériale de l'ICU devient primordiale pour améliorer l'attractivité et la fidélisation dans l'unité ; d'ailleurs nous avons pu le vérifier avec les hôpitaux magnétiques. Ce qui nous amène à développer les conditions de travail.

#### 4.1.1 Conditions de travail

Les conditions de travail désignent « *un ensemble de faits dont dépend le travail.* »<sup>69</sup> Notamment les conditions d'exercice du travail, c'est-à-dire tout ce qui est lié aux caractéristiques du poste de travail, l'environnement, l'organisation, les relations professionnelles et les exigences des salariés. Ensuite, nous avons tout ce qui concerne les projets de changement, changement organisationnel, technologique, horaire, etc. En soi, ce sont donc les conditions d'exercice du travail et les projets de changement qui déterminent les conditions de travail. Pour nous, les conditions de travail matérielles sont le premier échelon qui favorise la satisfaction, la motivation et la fidélisation. En effet, l'insuffisance de moyens est aussi une source de stress et un manque de reconnaissance qui peuvent nuire à la satisfaction de l'individu: par exemple, des locaux exigus, du matériel inadapté ou obsolète, peu de fenêtres, un environnement dangereux et instable. Il est incontestable que cela va jouer sur la satisfaction et la motivation du personnel. D'ailleurs, selon la théorie de Maslow<sup>70</sup> et sa pyramide des besoins, la satisfaction et la motivation sont valorisées par la volonté d'assouvir ses besoins au travail. Si les besoins primaires que sont les besoins physiologiques et la sécurité ne sont pas satisfaits, il est impossible pour l'individu de passer au besoin d'appartenance, d'estime de soi et pour finir, le besoin d'accomplissement qui représente le sommet de la pyramide. De fait, la satisfaction et la motivation

---

<sup>69</sup> <http://www.conditionsdetravail.com/index.php/comprendre/definitions/les-conditions-de-travail> (page consultée le 08/02/2019).

<sup>70</sup> <http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/la-pyramide-des-besoins-de-maslow/> (page consultée le 12/02/2019).

au travail sont grandissantes et se font par étapes. Cependant, cette hiérarchie ordonnée semble avoir des limites, car chaque individu est différent. Chacun a la possibilité de prioriser ses besoins ou même d'en combler deux en même temps. D'un autre côté, si l'individu ne se sent pas en sécurité ou n'a pas le temps de combler ses besoins physiologiques, comment pourrait-il exécuter correctement les tâches qu'il a à accomplir ? Comment pourrait-il penser à un autre besoin ? Cela implique que l'ICU veille à ce que son équipe puisse les satisfaire. Alors que, pour Herzberg, les besoins se divisent en deux facteurs, les facteurs d'hygiène et les facteurs internes, particuliers à l'homme. Pour lui, les facteurs d'hygiène sont les conditions de travail, les relations d'équipe, la rémunération. Une fois ces besoins satisfaits, ils ne sont plus motivants. Cependant, l'insatisfaction de ces facteurs d'hygiène peut être source de démotivation. Pour les facteurs internes, ils sont une source de motivation continue, nous retrouvons l'autonomie, la réussite, les promotions. Ces besoins s'entretiennent et restent constants chez l'individu. Selon l'auteur, pour motiver les salariés, il faut un travail enrichissant avec une part d'autonomie et de responsabilités. Mais nous ne pouvons nous limiter à cette théorie, car tous les facteurs confondus<sup>71</sup> constituent eux-mêmes des sources potentielles de motivation et de satisfaction sur lesquelles l'ICU peut intervenir, favorisant ainsi la fidélisation de son équipe. De plus, d'après notre approche sur la satisfaction des conditions de travail, en agissant sur celles-ci, nous agissons sur une grande part des facteurs environnementaux.

#### 4.1.2 Amélioration des conditions de travail et de la satisfaction au travail

L'amélioration des conditions environnementales englobe tout ce qui touche le salarié dans son travail, c'est-à-dire les circonstances physiques, sociales, culturelles et économiques. Cependant, pour reprendre Maslow et Herzberg, il faut pouvoir jongler entre les deux théories. Le salarié doit d'abord satisfaire ses besoins primaires et ses facteurs d'hygiène. Il représente la première étape à franchir dans la satisfaction du salarié. Pour nous, le travail managérial de l'ICU pourrait commencer par l'organisation et la sécurité en lien avec l'accréditation et ses changements; ensuite, par les relations professionnelles et les exigences des salariés. De fait, il peut se pencher sur l'analyse des conditions de travail de son équipe pour comprendre son degré de satisfaction et entreprendre des mesures d'amélioration tout en satisfaisant les règles dictées par l'accréditation. Nous pouvons aussi constater qu'il s'agit ici d'une démarche marketing liée à l'amélioration continue.

---

<sup>71</sup> Sauf les promotions de type pécuniaires.

## 4.2 Sécurité et organisation

On entend par sécurité, les normes qui encadrent le travail à accomplir : par exemple, les référentiels qui permettent de travailler avec efficacité et les protocoles hospitaliers ou encore l'utilisation de matériel adapté. L'organisation, quant à elle, représente les tâches confiées aux collaborateurs dont l'objectif est de produire un service de manière optimum. Il existe de nombreux modèles organisationnels dont les hôpitaux s'inspirent ou peuvent s'inspirer pour leur personnel. La plupart s'orientent d'abord sur la communication. Nous allons en voir quelques exemples.

### 4.2.1 Communication visuelle du manager

Nous l'avons vu : le premier axe sur lequel l'ICU peut travailler est l'organisation. Elle se doit d'être adaptée et « sécurisée ». L'ICU ne peut faire l'impasse sur les normes hospitalières qui se voient désormais imposées par l'accréditation. Les conditions organisationnelles et matérielles sont le premier palier sur lequel tout manager se doit de travailler. Il existe plusieurs méthodes, par exemple la méthode des 3M venant du Japon vise à limiter le gaspillage. « *3M part du principe que dans toute organisation, les pertes et les immobilisations superflues sont des bénéfices potentiels ; les éliminer constitue un gain* ». <sup>72</sup> Dans une méthode similaire, nous avons la culture « Lean » qui signifie littéralement « maigre ». C'est un processus débarrassé de toutes les opérations inutiles visant l'optimisation des coûts, des délais, de la productivité et de la qualité. Il nous vient de l'entreprise Toyota dont « *sept catégories d'inefficacité ont été identifiées : « — la production — les temps d'attente entre chaque ligne dans l'atelier — les transports et déplacements inutiles — les stocks trop élevés — les tâches inutiles — les productions défectueuses* » <sup>73</sup>. En transposant cette culture à l'hôpital, notamment dans une unité de soins, nous entrevoyons tout l'intérêt de l'analyse de la chaîne de services du soin à la patientèle pour améliorer la qualité de l'organisation. La production se rapporte aux soins ou services. Le temps d'attente entre chaque ligne d'atelier peut se traduire par l'attente du patient entre chaque soin ou consultation. Le transport et les déplacements inutiles peuvent se traduire par un patient qui est mal orienté ou qui se perd dans la structure hospitalière. Des stocks trop élevés se traduisent par des médicaments trop nombreux avec le risque de péremption et d'espace de stockage inutile; les tâches inutiles, comme la répétition d'un soin inadapté ou inefficace;

---

<sup>72</sup> <http://www.logistiqueconseil.org/Articles/Methodes-optimisation/3M-muda-mura-muri.htm> (page consultée le 15/11/2019).

<sup>73</sup> « Guide pratique du management de la qualité », in Quali guide, Wallonie région d'excellence, 10<sup>iem</sup> éd, 2010, p. 56.

la production défectueuse, produire un soin inutilement ou faire une erreur médicale. Pour implémenter la culture « Lean », il faut utiliser des outils : par exemple, la méthode des « 5 S » ; cette méthode permet d'introduire ordre et rigueur afin de maintenir un environnement de travail propice à la qualité et à la sécurité. En effet, chaque poste de travail ou matériel possède une photographie du poste ou du matériel idéalement organisé pour les employés. Ce management visuel centré sur l'équipe permet de la rendre plus efficiente : par exemple, une photographie reprenant l'organisation d'un chariot de réanimation. Nous pouvons imaginer un tableau magnétique avec des documents rappelant certaines règles, des graphiques de performances, des lettres de remerciement adressées à l'équipe, des documents prônant la méthode 5S pour rappeler ce processus de qualité. L'environnement organisationnel ne peut faire l'impasse sur les facilitateurs communicationnels. En effet, plus les barrières sont nombreuses, plus les échanges seront compliqués. C'est-à-dire un environnement fermés par de nombreuses portes et une architecture inadaptée sont autant d'obstacles à éviter. Nombreuses sont les entreprises qui favorisent les «espaces ouverts » pour justement faciliter les échanges et la libre circulation de l'information. En facilitant le travail ou en le rendant moins contraignant, nous déchargeons le salarié d'un stress supplémentaire. Cette méthode est doublement gagnante pour l'entreprise et pour l'équipe. Nous pouvons le qualifier de management visuel et rien ne doit être laissé au hasard. Car la rigueur et le respect des procédures montrent le sérieux de l'entreprise. La qualité comme le marketing passent par l'image que renvoie l'hôpital à la patientèle et aux salariés. En effet, l'accréditation Canada impose des normes visant l'amélioration de la sécurité dans l'organisation. Par exemple, les médicaments à haut risque doivent être stockés dans une armoire sécurisée ou encore, les médicaments portant une pastille « look-a-like » ou « sound-a-like » qui signifie qu'ils peuvent être confondus visuellement ou phonétiquement avec d'autres médicaments. Vous l'avez compris, il s'agit d'éviter les erreurs de manipulation à l'aide d'un contrôle visuel du personnel. Il y a donc plus de sécurité pour le personnel comme pour la patientèle. Au travers de ces exemples, nous comprenons l'importance des normes de sécurité et l'avantage qu'elles représentent tant pour les acteurs de terrain que la patientèle. Ce management visuel permet d'influencer les comportements et de faire de la qualité. Il induit un comportement à adopter dans une situation donnée. Mais les procédures hospitalières semblent être des freins à la créativité et à l'autonomie du personnel. D'ailleurs, le mot créativité semble être un mot tout droit sorti du monde du marketing et de la publicité. Être créatif, inventer de nouvelles choses, avoir de nouvelles idées n'est pas l'apanage du secteur marchand.

#### 4.2.2 Autonomie et créativité

La créativité pour l'infirmier-chef d'unité et son équipe peut sembler très loin de la réalité. Cependant, dans cette conjoncture, la direction ne réclame-t-elle pas d'optimiser les coûts? Comment faire pour réussir ce tour de passe-passe ? Il use de créativité et il a tout intérêt à être créatif s'il veut satisfaire tous ses clients et transmettre cette créativité, mais les freins sont nombreux. Cependant, nous pouvons approfondir l'idée sur « le fonctionnement hyperprotocollisé ». En effet, le système lui-même peut être un frein à la créativité. Au sein de l'institution hospitalière, la recherche de standardisation des soins par des protocoles permet la meilleure dispense de soins possible au meilleur coût. Mais la conséquence de cette politique semble préoccupante à plusieurs niveaux. D'abord, pour les soignants, c'est l'appauvrissement du raisonnement et de la prise de décision spontanée; donc, de la créativité et de l'autonomie. Ensuite, le client qui va recevoir les soins va devenir un objet dé-singularisé. La part réflexive des soignants disparaît au profit de normes dans un souci d'efficacité et d'efficacité de production. C'est ainsi qu'en « *objectivant à l'extrême l'activité, on lui fait perdre sa dimension subjective, on dépossède les agents de leurs compétences, de leur capacité réflexive, de tout ce qui donne de la valeur au travail* ». <sup>74</sup> En effet, le gain de production est présent, mais nous allons vers une déshumanisation des soins et peu à peu les soignants s'éloignent du « care ». Sacrifier la dimension du soin en n'utilisant que des outils de rationalisation de production nous amène vers un marché de soins au détriment du prendre soin lui-même. De plus, la fatigue et l'habitude de ce travail standardisé empêchent l'individu d'être clairvoyant tandis que l'habitude le plonge dans un confort qui l'empêche d'évoluer. Finalement, la créativité est dénaturée par un système trop normé qui la limite. Mais sommes-nous totalement privés de liberté dans ce système hospitalier? Est-ce que ces freins diminuent l'autonomie ? Pour reprendre Crozier et Friedberg dans « L'acteur et le système », l'acteur n'est jamais totalement contraint par le système. Des zones d'incertitudes permettent à l'individu d'opérer dans sa créativité et son autonomie. Des failles existent et certains n'hésitent pas à s'en servir pour prendre le pouvoir. Décalage ou réalité, les possibilités sont nombreuses sur le terrain. Nous pouvons admettre qu'un système hypernormé soit un frein à la créativité, mais l'individu n'est jamais totalement contraint. Nous pouvons dire que l'ICU et les subordonnés ont des possibilités de manœuvres malgré un système hyperprotocollé. D'ailleurs si ce n'était pas le cas, les hôpitaux magnétiques n'auraient pas d'aussi bons résultats.

---

<sup>74</sup> Gaulejac V., *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Seuil, 2009, 177 p.

### 4.2.3 Créativité et management

Le management de la créativité est l'affaire de tous. Pour qu'il soit efficace, les membres de l'équipe doivent se connaître et se faire confiance. La dynamique du groupe et la cohésion de celui-ci sont indépendamment liées au style managérial. Dans l'exemple du management participatif, les membres de l'équipe tendent vers leur propre autonomie. La prise de responsabilité les pousse à s'adapter, à réfléchir et à entreprendre. Tous ces investissements prennent du temps au manager. Et cette notion de temps ne peut être négligée, car tout est lié à celui-ci. « Le temps, c'est de l'argent ». Le nerf de la guerre désormais est le temps. « *Le temps consacré à expliquer le comment et le pourquoi des actions entreprises n'a plus de place dans le management, et ce, parce que l'on n'a tout simplement plus de temps à consacrer à la relation et encore moins à la réflexion* ». <sup>75</sup> Mais devons-nous sacrifier ce que nous sommes et ce pour quoi nous avons été formés ? L'ICU a une place centrale, il doit tirer parti de cette position pour intégrer un management participatif et créatif. Le temps et les procédures ne doivent pas être des freins, car l'ICU risque de se priver de la communication avec son équipe et donc d'être créatif. Cependant, gardons à l'esprit que ses barrières peuvent influencer l'individu sur sa manière de s'épanouir et devenir un frein pour lui-même. Nous pensons aux risques psychosociaux qui seront développés par la suite.

Pour conclure, la créativité et l'autonomie semblent être liées. Tout un chacun a la possibilité d'en faire usage. Donc, la créativité est à la portée de tout manager, pour peu qu'il s'investisse d'une vision managériale ouverte et adaptée. Mais la créativité à elle seule ne peut être un style managérial. C'est un outil supplémentaire qui viendra compléter la palette de l'ICU. Pour les membres de l'équipe, la créativité peut être un tremplin vers plus d'autonomie. Cependant, gardons à l'esprit que ses barrières peuvent influencer l'individu sur sa manière de s'épanouir et devenir un frein pour lui-même. Nous pensons aux risques psychosociaux qui seront développés par la suite. Nous rappelons aussi que la confiance et la transparence dans les relations interpersonnelles ne peuvent être mises de côté pour atteindre la créativité. Mais quelles seraient les relations interpersonnelles sans la communication verbale ?

---

<sup>75</sup> Aubert N., « *Le management à l'heure du capitalisme financier : un management hors sujet ?* », In Nouvelle Revue de psychosociologie, n° 13, 2012, pp. 17-30.

#### 4.2.4 Communication verbale

Voyons désormais la communication verbale au sein d'une unité. Les interactions relationnelles sont mises en avant. Les acteurs interagissent de manière transversale pour faire avancer le travail et s'aider. Mais qu'en est-il des informations ? Elles circulent en « direct » et sont transmises à l'ensemble de l'équipe en toute transparence par l'infirmier-chef d'unité comme les collaborateurs. Elles induisent souvent une réponse ou une décision immédiate. Le dossier patient informatisé est un bel exemple. Voilà un autre point mis en évidence, l'immédiateté et la transparence de l'information. Car le temps est une problématique cruciale pour l'ensemble du personnel et des patients. Les délais non respectés représentent une charge de travail supplémentaire : par exemple, l'attente d'une ambulance pour un transfert de patient. Si l'ambulance a du retard, l'infirmier responsable du patient doit continuer les soins au patient, augmentant la charge de travail. De même que les problèmes informatiques qui viennent intempestivement ralentir la chaîne de services. Cette attente renvoie une image négative de l'hôpital au patient/client qui attend inlassablement. Mais l'enjeu de la communication et de l'information est de la rendre claire, transparente et facilitante, c'est-à-dire ouverte pour faciliter une relation de confiance. Nous savons par expérience qu'un manager qui ne sait pas communiquer risque de faire voler son équipe en éclats. De plus, la confiance qui se gagne ne peut être négligée dans une dynamique d'équipe.

La communication et l'information font partie du marketing sans en être la finalité. Elles permettent d'atteindre un but précis. Nous pouvons dire qu'elles représentent son support. Elles se doivent d'être adaptées à la chaîne de services de l'unité de soins dont fait partie l'amélioration continue de la qualité. Nous ne pouvons les laisser de côté dans l'organisation de l'unité, car le service ne pourrait fonctionner correctement. De plus, elles servent de tremplin en regard des changements que représente l'accréditation. À ce stade, nous pouvons de nouveau faire le lien avec la roue de Deming que nous avons déjà prise en exemple plus haut et qui est utilisée dans l'accréditation. En effet, la roue de Deming ou PDCA fait partie intégrante de l'accréditation et elle se reconnaît à chaque étape des changements organisationnels dont le but est l'amélioration continue de la qualité. Continuons notre avancée dans les conditions de travail. Nous avons vu l'organisation et la communication; avançons vers les relations professionnelles.



### 4.3 Relations professionnelles

Les relations professionnelles sont très compliquées, car nombreuses et interdépendantes : infirmiers, aides-soignants, médecins, supérieurs hiérarchiques. Tout ce monde doit travailler en synergie et se centrer sur le patient/client. Faire travailler « ensemble » les acteurs de terrain vers un objectif commun est toute la difficulté et le défi pour l'infirmier-chef d'unité. Il s'agit ici de mettre en exergue la dynamique d'équipe et l'influence de l'ICU sur celle-ci. La dynamique<sup>76</sup> d'une équipe est très importante. Elle est représentée par un groupe restreint d'individus mené par un manager. Cette dynamique repose sur deux piliers. Le premier est la production de biens ou de services pour atteindre un objectif commun. Le second est l'entretien qui consiste à la maintenir et à l'adapter au sein de l'équipe pour qu'elle puisse fonctionner en synergie. L'atteinte de l'objectif commun permet une multitude d'avantages, notamment souder l'équipe, la rendre dynamique, facilement mobilisable et augmenter la confiance interpersonnelle. A contrario, dans le cas d'un échec, cela va déstabiliser l'équipe et générer des attitudes négatives : démotivation, perte de confiance, agressivité, etc. L'ICU qui aura les capacités de dynamiser une équipe dans l'atteinte des résultats favorisera la motivation et la satisfaction des membres de son équipe. Mais, d'une part, ses objectifs ou projets devront se montrer « SMART<sup>77</sup> » ; d'autre part, chaque membre de l'équipe devra trouver dans la dynamique d'équipe un intérêt personnel et motivationnel qui va satisfaire un de ses besoins. Pour trouver l'équilibre, l'ICU peut s'orienter vers le leadership. Il est clair qu'il ne peut être considéré comme une fin en soi, mais une voie à prendre dans le style managérial à mettre en place. Même si l'équilibre est fragile, car, soumis à des facteurs environnementaux externes et internes, le manager est le garde-fou qui va fidéliser son équipe. Voyons maintenant le dernier point concernant les conditions de travail, les exigences des salariés.

#### 4.3.1 Exigences des salariés

Par exigences, nous entendons les demandes des salariés qui doivent être comblées pour être satisfaits dans leurs conditions de travail. Nous nous rapprochons de l'incidence psychologique des travailleurs. En effet, nous ne pouvons négliger *« le sentiment d'accomplissement, la reconnaissance de ses supérieurs et de ses pairs, la progression individuelle, le contenu du travail adapté aux capacités et à la personnalité, la jouissance d'autonomie et de responsabilité au niveau de celle que*

---

<sup>76</sup> [www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/Ppdf/Fiche\\_En\\_Lignes\\_no73\\_cle758b1.pdf](http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/Ppdf/Fiche_En_Lignes_no73_cle758b1.pdf) (page consultée le 16/02/2019).

<sup>77</sup> Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, Temporellement définie.

*l'on est capable d'assumer, sont tout aussi importantes* »<sup>78</sup>. Nous retrouvons dans cette énumération le sentiment d'accomplissement qui est l'apologie de la pyramide de Maslow et qui représente le plus haut degré de motivation de cette pyramide. Mais, pour en arriver à ce stade, le soignant devra combler ses autres besoins qui sont tous aussi importants. La reconnaissance, la progression, l'autonomie, les responsabilités sont autant de facteurs qui vont permettre l'épanouissement du salarié. Cette multitude de facteurs intrinsèques et extrinsèques va déterminer la satisfaction au travail. Cependant, les changements organisationnels perturbent le travail des salariés. Cela occasionne un stress sans équivoque sur les équipes soignantes qui sont au premier rang de ces bouleversements. Cela peut provoquer une insatisfaction au travail si le management n'est pas adapté. Le rôle de l'ICU est donc de disposer d'outils méthodologiques visant l'étude de la satisfaction de son équipe au travers d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Donc en étudiant la satisfaction ou non par une analyse concrète de ses collaborateurs, il va pouvoir mettre en place un plan d'action visant l'amélioration de celles-ci et par la même, diminuer le turn-over de son unité et favoriser la fidélisation. Nous sommes bien dans une démarche marketing.

#### 4.3.2 Satisfaction des salariés et risques psychosociaux

La satisfaction au travail peut se mesurer à l'aide des facteurs de risques psychosociaux<sup>79</sup> (RPS) qui sont susceptibles d'améliorer ou de dégrader la santé physique et mentale des salariés. Nous avons par exemple les troubles musculosquelettiques ou en encore le stress et le burn-out. Les conséquences des RPS sont nombreuses tant pour l'entreprise que pour le travailleur. D'abord, cela induit un coût non négligeable pour l'institution qui va devoir gérer l'absentéisme, les grèves, la diminution de la qualité des soins, les maladies professionnelles et le turn-over. Pour finir, l'image qu'elle va renvoyer aux patients comme aux futurs engagés va se trouver dégradée. Ces situations de travail sont dangereuses et tirent leurs sources, de l'organisation, des conditions de vie, du contenu, des relations et des conditions de travail. En réponse à cette problématique, nous avons retenu le modèle de Karasek, qui est associé à un questionnaire d'évaluation des conditions psychosociales au travail. Il permet de faire état du niveau de stress des employés en combinant deux déterminants environnementaux : la latitude décisionnelle ou autonomie et les exigences de travail. Les études menées par Karasek ont démontré que « *la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et de*

---

<sup>78</sup> [http://www.officiel-prevention.com/formation/formation-continue-a-la-securite/detail\\_dossier\\_CHSCT.php?rub=89&ssrub=139&dossid=464](http://www.officiel-prevention.com/formation/formation-continue-a-la-securite/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssrub=139&dossid=464) (page consultée le 08/02/2019).

<sup>79</sup> Flohimont V., et al. « Les signaux ne sont jamais aussi clairs, apprenons à les reconnaître et agissons ensemble, in Guide pour la prévention des risques psychosociaux au travail, 23 septembre 2013, pp. 9-11.

*lourdes exigences de travail est associée avec une forte pression mentale et des problèmes de santé mentale, ainsi qu'avec de l'insatisfaction au travail. »*<sup>80</sup> Il propose donc de « *réorganiser le travail afin d'accroître la latitude décisionnelle des travailleurs et de réduire la pression mentale, mais sans modifier l'exigence de travail qui est souvent associée avec la productivité de l'organisation. »*<sup>81</sup> Ce modèle repose donc sur un équilibre entre la demande psychologique et la latitude décisionnelle. La demande psychologique représente les contraintes de temps par exemple ou encore la charge de travail comme la quantité, l'intensité, etc. La latitude décisionnelle représente la marge d'autonomie du salarié sur son travail et notamment ses contraintes. Ce modèle peut se définir selon quatre situations spécifiques de travail<sup>82</sup>. D'abord nous avons, le travail détendu qui peut se définir comme des demandes faibles avec des contrôles élevés. Cette position relève un travail peu contraignant. Ensuite, nous avons le travail passif qui se résume par des demandes faibles et des contrôles réduits. Cela peut conduire à l'ennui et à la régression des compétences. Puis nous avançons vers le travail surchargé qui montre des demandes élevées avec des contrôles réduits. Cela induit un stress élevé avec une tension psychologique plus élevée. C'est l'état le plus préoccupant pour le travailleur. Pour finir, nous arrivons au travail actif, quant à lui il révèle des demandes élevées avec des contrôles élevés. Nous avons ici la combinaison d'une pression élevée et d'une grande part d'autonomie. Dans cette situation, le travail sera plus dynamique et motivant. Nous pouvons faire le lien avec la problématique et les conditions de travail. Pour l'ICU comme le travailleur, cette situation se veut idéale. Le travail se fait correctement et le salarié est satisfait. Les deux partis sont satisfaits.

Pour Karasek, le travail actif est la clé pour avoir un travailleur pleinement satisfait et épanoui. Nous pouvons en déduire deux axes de conduites. Le premier axe de pression allant du travail détendu au travail surchargé. Le second axe, dit d'apprentissage, allant du travail passif à l'actif. De fait, l'aboutissement de ce modèle est de réorganiser le travail afin de rendre les travailleurs en surcharge de travail en travailleurs actifs plus efficaces et plus autonomes. Nous entrevoyons tout l'intérêt de cette démarche pour l'ICU. Mais cela n'est pas fini. Une dernière dimension va venir s'ajouter à ce modèle, la dimension de l'influence sociale. Karasek et Theorelle ont démontré l'importance de cette dimension sur les personnes soumises à des situations professionnelles de stress. En effet, le soutien social des collègues ou de la hiérarchie va servir de tampon et diminuer ce stress. Ils vont déduire, dans ce modèle à trois dimensions, que la charge de travail dépend de trois caractéristiques : les

---

<sup>80</sup> [https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/875731/filename/modele\\_de\\_karasek.pdf](https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/875731/filename/modele_de_karasek.pdf) (page consultée le 11/02/2019).

<sup>81</sup> Ibidem, p. 1.

<sup>82</sup> Ibidem, p. 1.

exigences de travail, le degré d'autonomie et le soutien social. Nombreuses sont les études qui témoignent de la validation du modèle Karasek pour évaluer les risques psychosociaux au travail. Nous avons retenu l'enquête Sumer de 2003 qui permet de valider ce modèle et de faire « *le lien entre le vécu du travail et les risques que ce travail fait courir à la santé.* »<sup>83</sup> De plus, nous pouvons compléter ce questionnaire avec des items sur la reconnaissance au travail venant de Siegrist. En effet, le questionnaire de Siegrist permet de comprendre les mécanismes liés au stress. Ce questionnaire évalue trois dimensions psychosociales : « *-les efforts extrinsèques qui représentent les contraintes et exigences liées au travail à la fois sur le plan psychologique que physique : contraintes de temps, interruptions, responsabilité, charge physique, exigence croissante du travail.* »<sup>84</sup> Les récompenses qui sont envisagées selon trois sous-axes : « *les gains monétaires ou reconnaissances matérielles ; l'estime reçue de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques; le degré de contrôle de son statut professionnel : les perspectives de promotion et de sécurité de l'emploi.* »<sup>85</sup> Les efforts intrinsèques ou surinvestissements correspondent à des attitudes, des comportements qui sont associés à un engagement excessif dans ce travail : « *compétitivité, hostilité, impatience, irritabilité, besoin d'approbation, incapacité à s'éloigner du travail.* »<sup>86</sup> À travers ce modèle à trois dimensions, nous pouvons identifier les conditions de travail dites pathogènes, notamment celles qui associent les efforts élevés à de faibles récompenses. Ce déséquilibre permet d'évaluer les situations à risques pour la santé, notamment sur le plan psychologique avec une dégradation de l'estime de soi et ses conséquences sur les maladies cardiovasculaires et la dépression. Toujours selon Siegrist, ces déséquilibres peuvent s'expliquer de trois manières : soit, l'individu est contraint de travailler dans ces conditions pour vivre, car il n'a pas d'autre choix financièrement. Ou bien, cela résulte d'un plan stratégique qui vise une promotion. Pour finir, certaines personnes se surinvestissent de façon consciente ou inconsciente dans leur travail.

En conclusion, en associant le modèle de Karasek et de Siegrist, nous obtenons un questionnaire d'évaluation globale du bien-être au travail permettant d'analyser et de prévenir les risques psychosociaux dus au « job strain » et au déséquilibre entre les efforts et les récompenses. Ils seront le reflet des conditions de travail des employés. Nous pouvons utiliser ce genre de questionnaire dans

---

<sup>83</sup> Revue DARES, « les facteurs psychosociaux au travail », in Première synthèses informations, Mai 2008, N° 22, p. 1.

<sup>84</sup> <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/mesure-desequilibre-efforts-recompenses-questionnaire-siegrist/> (page consultée le 04/01/2019).

<sup>85</sup> <https://www.2editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/le-modele-effort-recompense-de-johannes-siegrist-de-l-evidence-scientifique-a-la-prevention-dans-les-entreprises> (page consultée le 22/10/2019).

<sup>86</sup> <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/mesure-desequilibre-efforts-recompenses-questionnaire-siegrist/> (page consultée le 30/10/2019).

l'unité afin de connaître l'état de bien-être du personnel soignant et d'évaluer en parallèle le risque de turn-over et le niveau de fidélisation de l'équipe. Ce questionnaire permettra d'agir sur l'ensemble de l'unité. Grâce à celui-ci, l'ICU pourrait analyser les besoins de son équipe et son niveau de satisfaction au travail. Cette première étape sera la phase analytique ou vision stratégique. Elle va permettre le repérage des symptômes d'insatisfaction des travailleurs, pour remonter aux problèmes liés aux conditions de travail. De plus, nous aurons une idée du climat social au sein de l'unité. Nous avons vu que, dans la sphère de travail du salarié, nombreux sont les facteurs environnementaux. Ce qui va influencer les conditions de travail et la satisfaction de celles-ci. Cela va augmenter le champ d'investigation de l'ICU sur le plan organisationnel et managérial. Nous discernons tout l'intérêt de la prévention de ces RPS et leurs influences sur le turn-over.

#### 4.4 Marketing opérationnel et l'ICU

Après l'analyse de la satisfaction de son équipe et des risques psychosociaux, il s'agit pour l'ICU d'adapter son plan d'action. D'abord, en comblant les besoins primaires (environnemental, organisationnel et relationnel) puis en fonction des besoins individuels. Les tenants et aboutissants de la démarche sont de maximiser la fidélisation de l'équipe à l'unité et à l'institution. Cependant, chacun a un caractère et des besoins différents ; il est donc difficile d'apporter la solution à toutes les personnes en même temps. De plus, certains seront demandeurs de formation ; d'autres voudront se lancer dans un projet, revoir les horaires ou des problèmes organisationnels. L'ICU devra user de stratagème pour cibler les besoins. Pour reprendre la loi de Pareto<sup>87</sup> 80/20, quatre-vingts pour cent des effets sont le produit de vingt pour cent des causes. En ciblant les vingt pour cent des insatisfactions, nous réglerons la majorité des problèmes. Ensuite, l'ICU devra mesurer l'impact de ces changements sur son personnel. Là encore, il a une palette d'outils à sa disposition. Mais des indicateurs comme le turn-over, l'absentéisme, les retards, les arrêts maladie intempestifs ou les demandes de formations peuvent directement être révélateurs de la santé de l'unité de soins. Les conditions de travail et la satisfaction de celle-ci semblent être une quête semée d'embûches où la résistance des acteurs de terrains est à prendre en considération. Mais nous ne devons pas croire à la résolution de tous les problèmes du service ; cette chimère risque fort de nous pousser à l'épuisement professionnel.

---

<sup>87</sup> <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/dossiers-methodes/la-methode-des-20-80> (page consultée le 20/11/2019).

## Conclusion

Nous avons vu, au travers des concepts développés, que le fil conducteur de cette réflexion portait sur le marketing. Il a été envisagé pour répondre aux maux des hôpitaux en mal de personnel soignant. Cette pénurie devient un véritable défi pour l'ICU qui n'a d'autre choix que de trouver des solutions et d'innover pour endiguer ce problème qui finit par se répercuter sur son unité. Il n'est pas le seul responsable de cette fuite de personnel ; le système de santé et la perception de la profession en sont pour beaucoup. Mais, de par son statut, il a des responsabilités et des possibilités qui lui permettent de tirer son épingle du jeu. Il peut apporter des réponses à un métier qui ne doit plus être considéré comme une vocation, soumis à des impératifs qui obligent un sacrifice de la vie privée. D'ailleurs, les nouvelles générations l'ont bien compris.

## Conclusion de la démarche conceptuelle

Dans cette ère du numérique, l'hôpital de demain se façonne et se modernise malgré cette impression de stabilité. Il semblerait qu'il ait trouvé un nouveau souffle par l'utilisation du marketing hospitalier. Cependant, nous avons objectivé un manque de personnel infirmier dans certaines de nos institutions et les politiques semblent déjà au courant. Cette crise qui perdure devient de plus en plus criante dans les unités de soins, ouvrant la voie de l'insécurité chez la patientèle. Même si l'enjeu du turn-over est compris, les choses ont du mal à évoluer. Les grèves des professionnels de la santé relatives au manque de reconnaissance salariale et aux mauvaises conditions de travail sont autant de facteurs qui détériorent l'image de la profession. Cela pousse les futures générations comme les infirmiers(ères) à s'orienter vers d'autres parcours professionnels. De fait, les managers se voient assigner de nouvelles tâches, notamment celle d'adapter l'hôpital à la société, tout en favorisant la fidélisation de leurs équipes et l'attractivité de leurs unités. Pour remplir cette mission, ils doivent, avec l'aide de leurs équipes, recourir à la créativité malgré cette impression de structure hospitalière hypernormée tournée vers l'accréditation. D'autre part, leur management d'antan est révolu ; désormais nous parlons de leadership et de management participatif avec les équipes. Nous avons vu qu'ils ne peuvent faire l'impasse sur des démarches d'améliorations continues de la qualité déjà ancrée dans nos institutions. À l'aide de la roue de Deming, ils entrent dans une démarche qui peut se corréler à une démarche marketing. L'idée est de fidéliser et d'attirer les talents dans leur service afin d'assurer la continuité des soins de qualité, en référence à la législation belge portant sur l'arrêté royal de la fonction d'infirmier-chef d'unité. De plus, nous avons ouvert la voie à l'amélioration des conditions de travail des infirmiers(ères) en réponse à ce roulement en personnel. Pour ce faire, nous avons avancé un modèle d'analyse basé sur le bien-être du personnel afin d'axer une politique du changement orientée sur les besoins de l'équipe. Nous touchons ici à la partie opérationnelle de notre démarche que nous allons vous faire découvrir. Pour conclure, le marketing peut prendre bien des formes et même s'il paraît encore absurde d'en parler ouvertement, il est déjà employé dans tout le système de santé. Mais nous allons relativiser : l'important, dans ce genre de démarche, c'est l'atteinte de l'objectif final pour que chacun des partis prenants y trouve satisfaction.

# **DÉMARCHE OPÉRATIONNELLE**



## Introduction

Nous avons constaté que les conditions de travail étaient le reflet de l'environnement dans lequel l'équipe souhaite évoluer. De fait, un environnement dit pathogène induit souvent un turn-over plus élevé. Pouvons-nous, dans une unité, repérer les facteurs influençant les conditions de travail et par la même, le turn-over? Le but est de rendre les conditions de travail acceptables et satisfaisantes pour l'équipe en améliorant les problèmes environnementaux. Aujourd'hui, les performances de l'ICU vis-à-vis de son équipe nécessitent une pratique managériale novatrice tournée, notamment, vers une gestion optimale des ressources, afin que chaque acteur du système se sente compris et intègre cette dynamique. Revenons à la problématique : comment l'ICU utilise-t-il le marketing avec son équipe afin de la fidéliser ? Pour répondre à celle-ci, nous avons avancé l'idée de construire le contour d'un modèle de performance managériale dans le but d'améliorer les conditions de travail et d'influencer positivement celle-ci. Nous allons tenter d'intégrer une démarche marketing. Pour reprendre la méthode de la roue de Deming ou PDCA, nous nous trouvons dans la première partie qui est la planification. Elle consiste à définir le ou les problèmes rencontrés en rapport avec les conditions de travail. L'étape suivante dans la démarche consiste à mettre en place des actions visant l'amélioration des conditions de travail. Ensuite, nous vérifions que cela a fonctionné en fonction des résultats attendus et éventuellement nous modifions les actions. Enfin, nous nous assurons de l'amélioration et de la pérennité des résultats.

# 1. MÉTHODE ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

## Introduction

En élaborant la partie conceptuelle, nous avons pu mettre au jour différents concepts reliés les uns aux autres. Cependant, nous constatons qu'au fil du développement l'individu qui compose l'équipe tient une place centrale dans le système de santé. Si le marketing permet de cibler les besoins individuels des « clients » de l'ICU en les satisfaisant, il permet aussi d'optimiser la productivité et l'efficacité du travail. En plus de répondre à la problématique, nous allons tenter d'apporter des éléments de réponses à d'autres questions soulevées. Quel est l'impact de l'environnement de travail sur la santé du personnel infirmier aux urgences et quelles sont ses conséquences sur le niveau de fidélité et d'engagement du personnel envers l'institution? L'hypothèse de recherche qui découle de notre problématique de départ pourrait alors être : l'ICU peut utiliser une démarche marketing afin d'améliorer les conditions de travail de son équipe et de facto augmenter le niveau de fidélisation et diminuer le turn-over. Car, si les conditions de travail sont favorables, les salariés ont plus de chance de s'engager sur le long terme et d'être fidélisés. L'hypothèse opérationnelle pourrait être : le job strain influence l'engagement et la fidélité du personnel envers l'institution. Nous testerons H1 le job strain rend le personnel moins fidèle et engagé. H0 le job strain n'a pas ou peu d'influence sur le niveau d'engagement et de fidélité. D'autre part, au vu de la masse d'information, nous avons synthétisé les résultats d'enquêtes. Nous tenons bien entendu les données brutes à votre disposition.

### 1.1 Outil de recueil des données

Nous allons nous projeter sur une méthode de recherche dite quantitative au vu de la problématique et des hypothèses formulées afin d'invalider ou de valider l'hypothèse opérationnelle de recherche. Habituellement, il revient à l'ICU d'évaluer ses clients. Nous avons imaginé faire l'inverse où les clients de l'ICU évalueraient la qualité de leurs conditions de travail au travers d'un questionnaire. Au décours de notre développement, nous avons pu constater en quoi consistaient une démarche marketing et sa possible utilisation par l'ICU sous la forme d'une démarche d'amélioration continue. Désormais nous entrons dans la phase d'application de cette théorie, où l'ICU va mettre en pratique cette démarche à l'aide d'un autoquestionnaire distribué à

l'ensemble du personnel soignant non médical. Il s'agit ici de réaliser une enquête de satisfaction en se basant sur le modèle de Karasek et de Siegrist afin de mesurer l'état de bien-être du personnel (risques psychosociaux, ratio effort /récompense). À cela s'ajoute un questionnaire sur « Moi et le CHwapi » dont le but est de créer une échelle d'évaluation de la fidélité et de l'engagement du personnel envers leur institution. Cette étude sera réalisée dans un service d'urgences où le personnel est, de par nature, soumis à des situations de stress et de tension importante.

## 1.2 Questionnaire et outils de mesures

Le questionnaire de l'étude se base sur des recherches bibliographiques internationales éprouvées et validées par la communauté scientifique. Elles s'intéressent aux risques psychosociaux du personnel soignant. À cela s'ajoute une nouvelle échelle de mesure que nous avons créée visant à mesurer le niveau de fidélité et d'engagement du personnel soignant. L'enquête comportait cinquante-quatre questions, dont une supplémentaire visant à vérifier la véracité du remplissage des enquêtes. Elle était destinée à l'ensemble de l'équipe soignante hors médecin. Les données étudiées étaient réparties de la manière suivante : la première partie du questionnaire était composée de vingt-six questions basées selon le modèle de Karasek<sup>88</sup>. Il permet d'évaluer les trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail. Nous avons la demande psychologique qui comporte neuf questions puis la latitude décisionnelle composée de neuf questions, pour finir par le soutien social qui est déterminé par huit questions. La deuxième partie du questionnaire tirée du modèle de Siegrist<sup>89</sup> comportait vingt-trois questions. Elles permettent d'apprécier les déséquilibres entre les efforts et les récompenses en calculant les scores des efforts, des récompenses et le surinvestissement. La dernière partie « Moi et le CHwapi »<sup>90</sup> du questionnaire contient cinq items. Le but de cette dernière est de concevoir une échelle de l'engagement et de la fidélité du personnel envers son institution. En parallèle de l'enquête, nous avons réalisé une analyse du taux de turn-over au sein de ce même service sur trois années consécutives. Le taux<sup>91</sup> de turn-over ou roulement en personnel permet d'apprécier l'état de santé social de l'unité.

---

<sup>88</sup> Cfr Annexe 1 , retour.

<sup>89</sup> Cfr Annexe 2 , retour.

<sup>90</sup> Cfr Annexe 3 , retour.

<sup>91</sup> Cfr Annexe 4 · retour.

### 1.3 Description et limites de l'étude

Il s'agit ici d'une étude à l'échelle microscopique. En effet, l'étude se déroulait uniquement dans l'unité des urgences du CHwapi de Tournai. Ce choix délibéré était de limiter cette étude au personnel infirmier et d'avancer un modèle expérimental pouvant ultérieurement se généraliser après d'autres études et servir d'outils pour l'infirmier-chef d'unité. Gardons l'objectif en tête : l'amélioration continue des conditions de travail de son unité de soins pour favoriser l'engagement et la fidélité. Ensuite, nous avons catégorisé l'étude, en excluant les médecins, les cadres, l'aide logistique, l'aide-soignante, les chauffeurs SAMU, les brancardiers, les techniciennes de surface ainsi que les secrétaires. Il ne fait aucun doute que, sans ces collaborateurs qui composent l'équipe, l'unité d'urgences ne pourrait fonctionner. De plus, le nombre de participants à cette enquête était de septante et trente-cinq enquêtes infirmières ont été retenues. D'autre part, un tirage aléatoire n'a pu être effectué. Ce qui ne permet pas de rendre l'enquête généralisable. Une étude comparative dans un autre service d'urgences permettrait de corroborer les résultats.

#### 1.3.1 Pré-test

Le pré - test a été réalisé sur des infirmiers urgentistes à hauteur de 5% de l'échantillon dans une autre institution. Cela a permis la modification de l'organisation, la correction de coquilles et pour finir, l'ajout d'une question permettant de débusquer le remplissage automatique.

#### 1.3.2 Biais

Toutes les enquêtes et analyses qui en découlent confrontent le chercheur à des biais. En effet, nous pouvons souligner plusieurs biais au sein de notre recherche :

Le biais de désirabilité, cela consiste pour le répondant d'orienter ses réponses de manière non objective afin de cacher le fond de sa pensée ou à des fins d'améliorer la réalité. Cela va influencer la qualité des réponses.

Le biais de distanciation du chercheur. Nous pouvons noter que cette enquête est anonyme. Cependant, le fait qu'elle soit exécutée dans le service où travaille l'enquêteur pourrait laisser à penser à ce biais. En effet, le nombre d'enquêtes reçues aurait probablement varié si elles avaient été réalisées dans d'autres conditions. Nous pensons que cela a donc influencé le nombre de réponses.

Le « satisficing » peut se révéler problématique. Il résulte de la combinaison du mot satisfying (satisfaisant) et sufficing (suffisant). Il consiste à un manque de motivation de la part du répondant à répondre aux questions par désintérêt ou par lassitude au décours de l'enquête. Afin d'éviter ce biais, une phrase supplémentaire a été insérée volontairement dans le questionnaire sous forme d'affirmation. La réponse était connue d'avance. En effet, l'affirmation « Mon travail me demande de travailler très lentement » devait se rapprocher de la réponse « pas du tout d'accord ». De plus, elle devait corroborer la réponse à cette affirmation « Mon travail me demande de travailler très vite » placée ailleurs dans le questionnaire. L'ensemble des enquêtes récoltées montrait une corrélation entre les deux réponses. De fait, les enquêtes avec des réponses automatiques ont été exclues. En l'occurrence deux enquêtes. Les résultats peuvent donc être considérés comme valides. Pour conclure, au vu des biais énoncés et des conditions d'exécution de l'enquête, celle-ci ne pourra être généralisable.

### 1.3.3 Période de recueil des données

La période de recueil des enquêtes était du 10 au 25 avril 2019. Avec du recul, nous pensons que la période était trop juste. En effet, si la période décrite avait été plus longue, nous aurions pu inclure plus d'enquêtes à l'étude. Car, certaines enquêtes reçues sont hors délai et n'ont pas été incluses. Notons toutefois que la variabilité de la charge de travail peut influencer le remplissage de l'enquête. Le questionnaire comportait cinquante-cinq questions avec une moyenne de dix minutes maximum par questionnaire. Le fait de devoir cocher des cases rendait la tâche plus aisée. Mais, certains questionnaires n'étaient pas remplis correctement.

### 1.3.4 Variables étudiées<sup>92</sup>

- le sexe ; l'âge ;
- l'ancienneté ; l'expérience ;
- le temps de travail ; le travail de jour, de nuit ;
- le surinvestissement ; le déséquilibre effort/ récompense ;
- le job strain et l'iso strain.

---

<sup>92</sup> Cfr Annexe 5 , retour.

## Conclusion

Cette méthode de recherche dite quantitative va nous permettre d'avancer un modèle d'analyse pouvant s'intégrer dans la méthode PDCA, tout en répondant à l'hypothèse de recherche. Cette démarche marketing va nous permettre de connaître l'état de bien-être de l'équipe dans le but d'améliorer les conditions de travail. Nous allons nous diriger vers l'analyse et l'interprétation des résultats d'enquêtes.

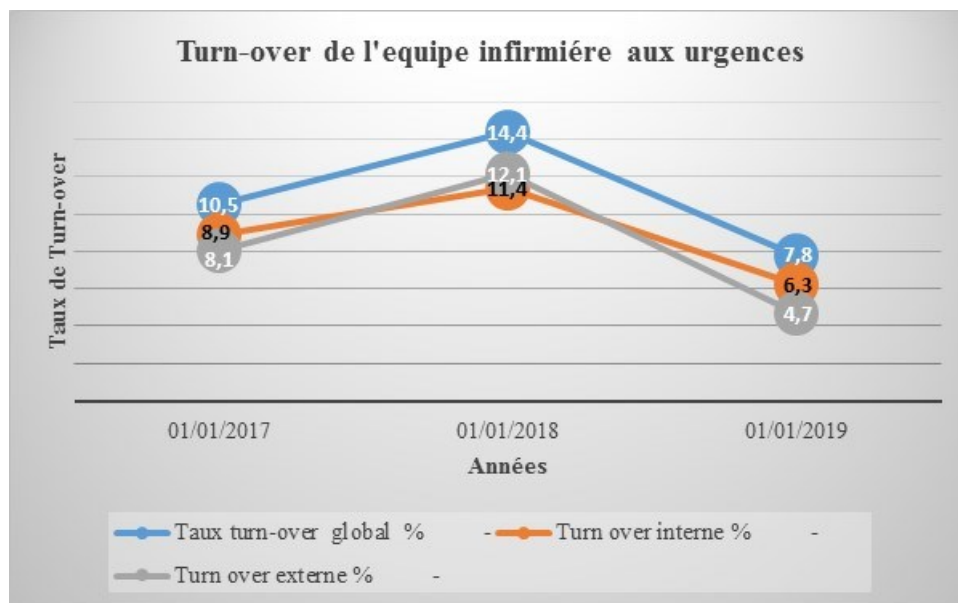
## 2. ANALYSES ET INTERPRETATIONS

### Introduction

Tout d'abord, nous allons commencer par le turn-over ou roulement en personnel dans l'unité des urgences du CHwapi. Car pour nous, il représente le point de départ de notre recherche. D'ailleurs, la pénurie en personnel tire en partie sa source du turn-over. Pour faire le lien avec la problématique de départ, s'il n'y avait pas de turn-over, la question du marketing et de la fidélisation de l'équipe ne se poserait pas. Voyons plutôt, l'état du climat social dans cette unité.

### 2.1 Turn-over

Graphique 1



<5 % taux faible
>5-15< % taux moyen
>15% Taux élevé

Analyse : sur la période observée, nous constatons une importante variation du turn-over global, de 10,5% en 2017 à 14,4% en 2018. En 2019, il semblerait que celui-ci soit redescendu à 7,8%. Cependant, en 2018, ce taux s'approchait dangereusement des 15%. Période marquante ? Faits marquants ? La moyenne calculée sur les trois années consécutives est de 10,9%.

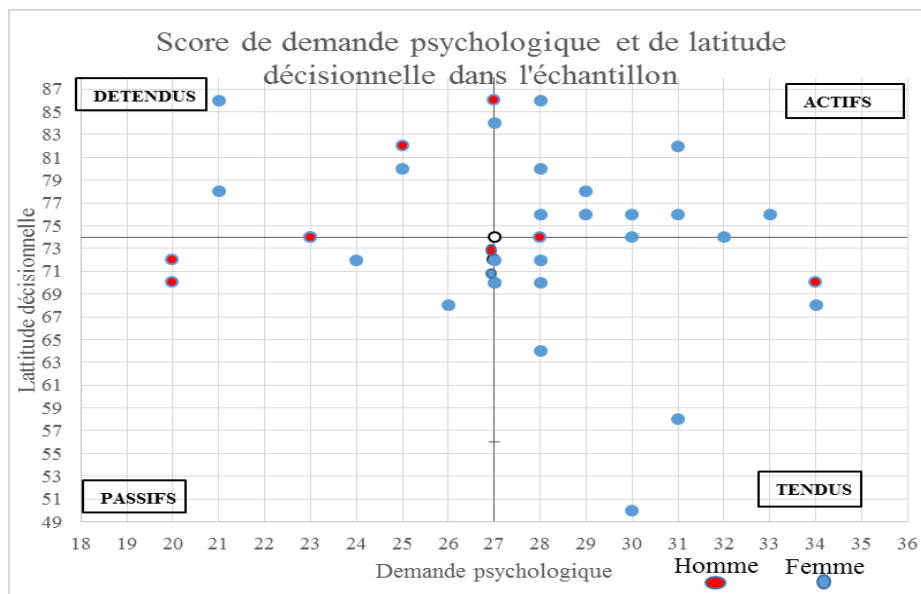
Interprétation : nous avons pu souligner un taux de turn-over moyen aux urgences du CHwapi, à l'instar de certaines entreprises où le taux dépasse largement les 15%. D'autre part, les taux de turn-over interne et externe suivent la tendance du taux global. Cependant, nous remarquons que le turn-over externe est moindre vis-à-vis du taux interne. En effet, le roulement en personnel qui quitte le CHwapi à partir des urgences en 2019 est inférieur à 5% ; ce qui représente une perte faible en capital humain. D'ailleurs, le nombre de départs de 2017 à 2019 est relativement stable (moyenne de 2,7/ans). L'étude du turn-over global va nous permettre d'avoir une vision du climat social qui règne dans le service. Il servira de point de référence pour l'année qui suit. Il va permettre la délimitation de l'objectif et donc du résultat à atteindre, c'est-à-dire : une diminution du turn-over global à moins de 7,8% pour se rapprocher des 5%. Si l'objectif est atteint, l'équipe sera considérée comme plus fidélisée. Car pour rappel, un turn-over faible signifie une fidélisation de l'équipe. Continuons dans l'analyse du questionnaire notamment avec la partie concernant le job strain et l'iso strain.

### 2.1.2 Questionnaire de Karasek

Le questionnaire de Karasek va nous permettre de mettre en évidence le job strain ou stress chronique ainsi que l'iso strain qui combine l'isolement social et le stress chronique chez le personnel des urgences. Nous allons mettre en exergue les facteurs d'influences de ces deux états.

### 2.1.3 Prévalence du job strain

Graphique 2





Analyse : le graphique est structuré selon deux axes représentant les valeurs médianes de la demande psychologique et les valeurs médianes de la latitude décisionnelle chez les hommes et les femmes de l'équipe infirmière. Quatorze personnes sont tendues donc en job strain, dont onze infirmières et trois infirmiers.

Interprétation : nous soulignons ici que le stress n'est pas passager, il perdure dans le temps. Selon cette étude, cela correspond à 40% de l'échantillon où le personnel est dans le cadran tendu ou stressé de manière chronique avec l'impact sur la santé qui en découle, notamment les RPS. La gestion du stress devient alors une priorité et passer du cadran tendu au cadran actif dans l'échelle de Karasek est tout l'enjeu de l'ICU. Toujours selon l'auteur, donner davantage d'autonomie va permettre d'augmenter la latitude décisionnelle à ces personnes qui vont changer de statut et améliorer leurs conditions de travail. Notons que le stress chronique peut être néfaste pour la santé de l'individu et pour son travail. Si l'ICU parvient à désengager ce stress chronique, il va améliorer les conditions de travail de son équipe. Nous pouvons faire le lien avec l'hypothèse de recherche ou un job strain élevé va influencer négativement les conditions de travail. En mettant en avant les facteurs d'influences sur les conditions de travail. Nous allons comprendre sur quel levier l'ICU peut influencer ou intervenir pour modifier cet état.

#### 2.1.4 Facteurs épidémiologiques et socioprofessionnels

-Âge, ancienneté et expérience professionnelle :

Analyse : l'âge semble être un des facteurs accentuant le risque de job strain dans notre étude. En effet, 43% des personnes en job strain<sup>93</sup> ont moins de trente ans dans l'échantillon.

Interprétation: ces résultats signifient que cette catégorie d'âge a une ancienneté et une expérience plus modeste. Donc nous pouvons en déduire que le manque d'expérience peut être une source de stress supplémentaire, notamment lors de situations difficiles comme, par exemple, dans le cadre de réanimations complexes ou traumatisantes. Cette catégorie semble plus sensible au stress de son environnement. Devant ce constat il est nécessaire de prendre des mesures visant l'accompagnement pendant et après des situations difficiles. Une aide extérieure peut être apportée. Les membres les plus expérimentés ainsi que l'ICU devraient prendre conscience de l'importance de cet accompagnement pour faire baisser ce job strain.

---

<sup>93</sup> Cfr Annexe 8 , retour.

## -Sexe

Analyse : dans notre étude, nous pouvons noter une légère différence dans le job strain entre les hommes, 38% et les femmes, 41%.

Interprétation : cette différence n'est pas significative d'autant qu'il y a une réelle disparité homme, femme au sein de l'équipe des urgences.

## -Temps de travail

Analyse : le temps de travail a retenu notre attention. Pour les infirmières qui réduisent ou ont réduit leur temps de travail, nous constatons que 60% des temps partiels<sup>94</sup> féminins de l'échantillon se trouvent en job strain alors que, pour les infirmiers tendus, la majorité est à temps plein<sup>95</sup>.

Interprétation : nous pouvons dégager de cette analyse l'hypothèse suivante : les femmes du fait de leurs réductions du temps de travail, ne sont plus au fait des nouveaux protocoles et/ou changements organisationnels. Elles peuvent se sentir submergées par l'information à leurs retours dans l'unité. Car, si l'on peut informer sans communiquer avec les messages électroniques, la communication et l'adaptation se font sur le terrain, de la théorie à la pratique. Cela peut représenter une source de stress supplémentaire à l'origine du job strain pour cette catégorie de personnel. À ce stade nous sommes dans l'hypothèse. Mais, retenons que plus d'une infirmière sur deux en temps partiel est en job strain. Pour faire le lien avec l'hypothèse de recherche, l'ICU peut garder en tête que le personnel féminin en temps partiel est fortement sujet au job strain. Nous avons émis l'hypothèse que cela pouvait être dû à une sommation d'informations sur les changements à intégrer pour travailler. Des moyens techniques sont déjà utilisés par les ICU, notamment les emails détaillant les changements organisationnels, mais est-ce suffisant? Est-ce que tout le monde a accès à ses emails? Pouvons-nous vendre un produit sans l'essayer? La théorie ne remplacera jamais la pratique, surtout pour des acteurs de terrain qui travaillent dans le soin à la personne. La communication, l'information et le soutien sont primordiaux pour diminuer ce stress.

## -Travail de jour et/ou de nuit

Analyse : la majorité du personnel est posté ; nous n'avons pas relevé de lien statistique entre le job strain et le travail posté donnant lieu à une interprétation significative.

---

<sup>94</sup> Cfr Annexe 10 , retour.

<sup>95</sup> Cfr Annexe 11 , retour.

## 2.2 Facteurs de risque liés à l'iso train

Analyse : dans l'échantillon 25,71% des personnes interrogées sont concernées par l'iso train<sup>96</sup>.

Interprétation : nous allons reprendre la signification de l'iso strain, c'est un état où la personne combine le job strain et un faible soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie. La personne est isolée et cela représente un risque supplémentaire pour la santé. Le soutien social au score de Karasek a une moyenne de [23,49(±1,22)]. De fait, une personne sur quatre est en dessous de la moyenne et manque de soutien social, ce qui accentue le RPS. Nous pouvons avancer que cet isolement social rend ces personnes plus sensibles au risque de dépression. L'isolement social peut devenir plus important lorsque la personne vit des situations difficiles, que ce soit au travail ou dans la sphère privée. Le dialogue, le respect et l'ouverture d'esprit des responsables sont très importants. L'ICU doit connaître son équipe s'il veut reconnaître les signes d'isolement social. Nous pouvons faire le lien avec la problématique, faire du marketing avec son équipe, c'est aussi apprendre à connaître les besoins de celle-ci, pour mieux la fidéliser.

### 2.2.1 Personnes en iso strain

#### - Âge

Analyse : selon notre étude, l'iso strain touche plus particulièrement deux tranches d'âge chez les femmes : les moins de 30 ans et les 40-49 ans<sup>97</sup>, avec un pourcentage respectif de 42,8%. Chez les hommes, l'iso strain touche exclusivement les 30-39 ans<sup>98</sup>.

Interprétation : la répartition des âges ne permet pas de faire de lien statistique.

#### -Sexe

Analyse : il y a peu de différence entre la prévalence féminine 25,9% et la prévalence masculine 25,0% pour l'iso train dans l'échantillon<sup>99</sup>.

Interprétation : les résultats ne sont pas significatifs.

---

<sup>96</sup> Cfr Annexe 7 , retour.

<sup>97</sup> Cfr Annexe 13 , retour.

<sup>98</sup> Cfr Annexe 12 , retour.

<sup>99</sup> Cfr Annexe 7 , retour.

## -Temps de travail

Analyse : comme pour le job strain, le temps de travail a une influence sur l'iso strain. En effet, 28,6% des infirmières en iso strain sont en temps partiel. Comparativement les infirmiers sont tous en temps plein.

Interprétation : comme précédemment, les temps partiels féminins se sentent moins soutenus socialement. Nous pouvons avancer l'idée que leur présence moindre ou sporadique dans l'unité diminue leurs liens cohésifs et la communication au sein de l'équipe. Les responsables peuvent apporter plus de soutien et d'écoute à ces personnes qui représentent un risque plus élevé de maladie et donc d'arrêt de travail.

### 2.3 Questionnaire moi et le CHwapi

Cette partie du questionnaire va nous permettre de mesurer le degré de fidélité et d'engagement de l'équipe envers l'institution. La finalité recherchée est de faire le lien entre le job strain et ce niveau de fidélité. Découvrons cela.

#### 2.3.1 Fidélité et engagement liés au sexe

Tableau : échelle de fidélité et d'engagement du personnel envers l'institution.

Échelle	1	2	3	4	5	6	7	8	
Score	10 à 11	12 à 13	14 à 15	16 à 17	18 à 19	20 à 21	22 à 23	24 à 25	
N effectif	1	2	7	6	8	6	1	4	
N total									35

(Moyenne 18 ; score d'échelle 5)

Analyse : cette échelle permet d'apprécier le niveau de fidélité et d'engagement du personnel infirmier aux urgences. Au plus le score tend vers 25, au plus le personnel sera fidélisé et engagé. Avec une moyenne de 18, nous tendons vers un niveau de fidélité moyen de l'ordre de 5 sur cette échelle. De plus, 1 personne semble totalement désengagée de l'institution avec un risque élevé de turn-over externe. Les personnes se retrouvant dans l'échelle des scores 1 et 2 sont dans une zone à risque de désengagement. Pour les infirmières, l'échelle de fidélité et d'engagement<sup>100</sup> est de 4 alors que pour les infirmiers, le score d'échelle est de 6.

<sup>100</sup> Cfr Annexe 14 , retour.

Interprétation : en comparant les scores d'échelles, nous constatons que les infirmiers sont beaucoup plus engagés et fidèles envers le CHwapi que les infirmières. Nous soulignons l'écart des scores selon le sexe. Les femmes sont plus à risque de désengagement donc de turn-over.

### 2.3.2 Job strain, fidélité et engagement

Analyse : prenons désormais l'échelle de fidélité et d'engagement des personnes en job strain<sup>101</sup>. Nous observons une moyenne de 17 avec un score de 4 sur l'échelle. Interprétation : nous pouvons en déduire que les personnes en job strain ont un score d'échelle inférieur à la moyenne de l'échantillon qui est de 5. Nous percevons également un engagement et une fidélité plus fébrile chez les personnes tendues. De ce fait, les personnes tendues sont moins fidélisées et engagées. Pour rappel, l'hypothèse opérationnelle : le job strain influence l'engagement et la fidélité du personnel envers l'institution. H1 le job strain rend le personnel moins fidèle et engagé. H0 le job strain n'a pas ou peu d'influence sur le niveau d'engagement et de fidélité. À ce stade nous pouvons invalider l'hypothèse H0. En effet, nous avons mis en évidence l'influence du job strain ou stress chronique sur le degré de fidélité du personnel des urgences aux CHwapi.

### 2.3.3 Turn-over, fidélité, engagement

Selon l'échelle d'engagement et de fidélité, deux personnes semblent désengagées sur trente-cinq personnes avec un score d'échelle de 1 et 2. Si nous comparons le turn-over externe de 2019 où nous retrouvons deux départs de l'institution et selon ces résultats, nous constatons que deux personnes risquent de quitter l'institution. Cela semble cohérent. L'avantage de cette échelle est qu'elle apporte à l'ICU une idée de l'état d'esprit de son équipe et de sa résolution future. Cependant, elle n'est pas propre à l'unité. Il est donc difficile à partir de cette échelle d'en déduire le turn-over interne. D'autre part, celle-ci sert d'indicateur ; nous ne savons pas lire l'avenir, mais nous pouvons le prévoir.

---

<sup>101</sup> Cfr Annexe 16 , retour.

## 2.4 Surinvestissement et déséquilibre effort/récompense

Ce questionnaire va nous permettre de mettre en évidence l'exposition du personnel infirmier aux risques psychosociaux par une approche différente vis-à-vis de Karasek. Cela va apporter d'autre élément et permettre de recouper les résultats. En utilisant la méthode de Siegrist, nous avons d'abord calculé le ratio effort/récompense pour chaque personne de l'échantillon. Tout ratio supérieur à un indique un risque d'exposition aux RPS.

### 2.4.1 Ratio effort / récompense

Pour commencer, nous avons les efforts extrinsèques : ce sont les contraintes et exigences liées au travail à la fois sur le plan psychologique que physique. Nous retrouvons dans ces efforts extrinsèques, les contraintes de temps, les interruptions, les responsabilités, la charge physique et les exigences croissantes du travail. Le score des efforts extrinsèques varie de 6 à 30. Au plus le score des efforts est élevé, au plus les efforts fournis au travail sont importants. La moyenne de l'échantillon étudié est de  $[18,2(\pm 1,8)]$ . De plus, nous avons analysé l'item : « Mon travail exige des efforts physiques », sept personnes ne sont pas d'accord contre vingt-huit personnes qui trouvent que leurs travaux sont exigeants physiquement et vingt-deux personnes sont perturbées par ces efforts, soit 63% de l'échantillon. Ensuite, nous avons les récompenses liées à la profession comme le salaire, l'estime que l'on nous porte et le contrôle sur notre statut ou avenir professionnel. Le score de récompense varie de 11 à 55. Dans ce cas, plus le score des récompenses est élevé, plus les récompenses sont faibles. La moyenne de l'échantillon étudié est de  $[20,2(\pm 1,3)]$ . Pour finir, nous avons calculé le ratio effort/récompense. Dans notre échantillon, nous constatons que le ratio minimum est de 0,21 et maximum 1,22, soit une moyenne de  $[0,73\pm 0,079]$ .

Interprétation : le travail aux urgences demande énormément d'efforts physiques, nous pensons aux contraintes mécaniques dues aux mobilisations de la patientèle, la manutention du matériel ou le transport de malade. Pour une personne qui souffre déjà physiquement, cela représente un risque supplémentaire pour sa santé pouvant entraîner un arrêt maladie ou à l'extrême un changement d'unité. L'interprétation du ratio nous montre sept personnes avec un ratio  $>1$ , ce qui représente 20% de l'échantillon. Ces personnes fournissent plus d'efforts qu'elles ne reçoivent de récompenses. Ce déséquilibre, sur le long terme à une incidence évidente sur la santé physique et psychologique. Ces personnes sont donc exposées aux risques psychosociaux. D'autre part, nous constatons que, pour toutes les personnes concernées par ce déséquilibre, elles se trouvent en job

strain dont six en iso strain. Il y a donc une corrélation entre les personnes en jobs train et iso strain et le ratio effort/récompense. En conclusion ces personnes sont fortement exposées, car en plus de subir un déséquilibre dans leurs ratios effort/récompense ils subissent un stress chronique et pour certain un isolement social. Si les conditions de travail influencent négativement la santé physique et psychologique du travailleur alors le roulement risque d'être plus élevé. Pour y remédier, nous devons améliorer les récompenses et la reconnaissance fournie. L'adaptation des efforts fournis peut passer par une réorganisation des tâches qui incombent au personnel, notamment les tâches inadaptées qui pourraient être déléguées. De plus, un travail d'amélioration du soutien social de la hiérarchie et des collègues semble nécessaire si nous nous basons sur les personnes en iso strain dans le service. Il existe de nombreuses formations pour resserrer les liens d'une équipe.

#### 2.4.2 Surinvestissement et rémunération

D'autre part, grâce au questionnaire de Siegrist, nous avons calculé le score de surinvestissement au sein de l'unité des urgences. L'analyse du score de surinvestissement : varie de 6 à 24. Plus le score est élevé, plus la personne est surinvestie. Dans notre échantillon, il se situe entre 9 et 24. Nous avons ensuite dichotomisé la distribution au tertile supérieur. Cela nous permet de mettre en avant deux individus en surinvestissement et une moyenne de  $[14,8(\pm 0,9)]$ .

Interprétation : si nous regardons le profil des deux personnes en surinvestissement, nous constatons que l'une d'elles est un infirmier qui n'a aucun résultat perturbé à part celui-ci. Cependant, la seconde-personne qui est une infirmière se trouve en job strain, iso strain, déséquilibre effort/récompense et en surinvestissement, mais son score de fidélité et d'engagement reste dans la moyenne. Elle cumule tous les risques pour sa santé dans son environnement de travail avec des conditions défavorables et pourtant elle reste fidèle et engage envers son institution. Cela semble paradoxal, avec autant de facteurs environnementaux négatifs sur la santé cette personne reste engagée envers le CHwapi. Il faut souligner le fait qu'elle peut tout à fait être désengagée de l'unité des urgences. Car l'échelle ne mesure pas le degré de fidélité et d'engagement à l'unité. Nous venons de mettre au jour une limite à cette enquête.

De plus, nous avons analysé l'item pour la rémunération qui varie de 1 (pas d'accord) à 5(d'accord, je suis très perturbé) pour l'ensemble de l'échantillon. La moyenne est de  $[1,4\pm 0,25]$ . Nous constatons que 71,4% des personnes ne sont pas satisfaites de leur salaire. En effet, à la question : « Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant », vingt-cinq personnes ne sont pas d'accord.

Interprétation : au vu des conditions de travail, la majorité du personnel des urgences considère que leur salaire est insuffisant. S'il nous est impossible du point de vue de l'ICU d'améliorer les salaires, il peut tenter d'améliorer les conditions de travail. D'ailleurs pour reprendre les hôpitaux magnétiques, ce ne sont pas les salaires qui en font des pôles d'attractivité, mais bien les conditions de travail. Donc en améliorant celles-ci nous pourrions avancer l'idée que la vision de la rémunération deviendrait satisfaisante pour le personnel.



## Conclusion de la démarche opérationnelle

L'organisation d'un service d'urgences est très protocolaire et le climat qui y règne est souvent labile. Les journées ne se ressemblent jamais et pourtant le stress lié au travail est omniprésent. Les contraintes et exigences liées à la profession des infirmiers(ères) aux urgences sont nombreuses, que ce soit sur le plan physique ou psychologique. Le personnel est soumis quotidiennement à un environnement exigeant qui reflète la société actuelle. Cette étude met au jour l'existence élevée du job strain aux urgences et son influence sur l'engagement et la fidélité du personnel. Cela nous permet d'invalider l'hypothèse opérationnelle (h 0) et de dire que le job strain a une influence négative sur l'engagement et la fidélité du personnel aux urgences. Il concerne 40% du personnel infirmier, cette prévalence semble logique au vu du contexte. Mais, nous avons fait plusieurs découvertes. Notamment, qu'il existait une corrélation entre la diminution du temps de travail chez les infirmières et le risque d'être en job strain et iso strain. Ensuite, une personne sur quatre est concernée par un manque de soutien social dans l'unité. De plus, 20% des personnes dans l'échantillon sont en déséquilibre dans leur ratio effort / récompense avec une corrélation entre le job strain / iso strain et ce déséquilibre. D'autre part, la rémunération du personnel aux urgences est marquée par une insatisfaction globale de l'ordre de 71% de l'échantillon. Pour finir, nous avons remarqué que les jeunes recrues étaient les plus exposées aux risques psychosociaux. Une attention toute particulière sur ces derniers doit leur être portée, car il représente la relève de demain. Plus d'attention, plus de soutien et plus d'écoute seront nécessaires. Nous pouvons dire que la fidélité et l'engagement du personnel envers l'institution semblent dépendants de son niveau de stress chronique. En effet, au plus une situation de stress perdure, au plus le risque de désengagement devient élevé. Notons qu'une personne est totalement désengagée de l'institution sur l'échelle et qu'un autre est sur cette voie. Ce qui laisse à penser que le risque de perdre deux personnes plane sur le service des urgences. Si nous nous référons au turn-over externe des trois dernières années, nous constatons la régularité de celui-ci, avec une moyenne de 2,7 personnes par an qui quittent le service des urgences et le CHwapi. Cette échelle permet d'évaluer un risque possible de turn-over externe. Enfin, avec du recul, nous entrevoyons une boucle. De mauvaises conditions de travail poussent le personnel au job strain, à l'iso strain et à un déséquilibre dans le ratio effort / récompense ; ce qui influence le score de fidélité et d'engagement. De facto, cela amène les soignants au turn-over externe. Nous percevons tout l'intérêt de prévenir les facteurs de risques psychosociaux et de favoriser un environnement basé

sur le bien-être du personnel. De plus, selon le rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), « *plus d'un infirmier sur quatre dit ne pas être satisfait de son travail actuel, et 36% sont même menacés d'épuisement professionnel. Par ailleurs, 10% envisagent de quitter la profession.* »<sup>102</sup> D'abord, nous constatons que les chiffres de ce rapport corroborent avec les chiffres notre étude. D'autre part, nous rejoignons celui-ci qui préconise plus de moyens et de meilleures conditions de travail. « *Le secteur hospitalier doit rendre l'environnement sûr et agréable. Cela signifie non seulement un cadre infirmier suffisant et monitoré en permanence, mais aussi un investissement dans le leadership, une participation de la direction du département infirmier à la gestion de l'hôpital, de bonnes relations avec les médecins et une bonne qualité des soins.* »<sup>103</sup> Nous ne pouvons nous empêcher de faire le lien avec le cadre légal de la fonction d'infirmier-chef d'unité, notamment sur l'environnement de travail. Mais également, avec les hôpitaux magnétiques qui intègrent le corps infirmier au centre du rouage hospitalier et l'utilisation du leadership. Nous nous accordons pour dire que le secteur des soins infirmiers est dans la tourmente et que des solutions doivent être mises en place pour améliorer les conditions de travail et l'image de la profession. Des actions peuvent être menées pour améliorer les conditions de travail et diminuer ce job strain qui semble préoccupant. Des outils ont été mis au jour, pour comprendre le mécanisme de turn-over et le prévenir. Alors, pourquoi devrions-nous nous en passer ? Cette étude avait pour objet la mise en pratique du marketing par l'infirmier-chef d'unité afin de fidéliser son équipe. À travers cette étude, nous avons démontré qu'il était possible d'en faire usage, et ce, afin de tenter d'améliorer la qualité des conditions de travail du personnel soignant telles que la méthode PDCA. En effet, en trouvant les points d'insatisfaction du personnel et en les améliorant nous pouvons espérer les fidéliser. Cependant, nous n'avons pu aller au bout de cette démarche, pouvons-nous dès lors la considérer comme une démarche marketing ? En théorie, oui. En mettant en valeur les facteurs d'influences et l'utilisation concomitante d'outils managériaux comme l'analyse du turn-over ou l'échelle d'engagement et de fidélité, cela permet de dégager une vue d'ensemble du climat social qui règne dans l'unité. D'autre part, cette étude a ses limites, elle ne peut être généralisable. Des pistes d'amélioration ont été lancées, à nous ICU de les mettre en pratique. Ensuite, nous aurions pu ajouter d'autres questions notamment sur le burn-out, étant donné qu'il est lié à l'accumulation du stress. Il aurait été intéressant de le corrélérer aux risques psychosociaux.

---

<sup>102</sup> <https://KCE.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage> (page consultée le 30/01/2020).

<sup>103</sup> Ibidem, p. 1.

## Conclusions générales et perspectives

L'humain comme la société est doté d'un incroyable sens de l'adaptation. En réponse à un environnement hostile, il cherche des solutions innovantes pour survivre. C'est exactement ce qu'a fait l'hôpital, il a radicalement changé de visage pour devenir une entreprise, avec un but précis, garantir sa pérennité. En effet, nombreux sont les hôpitaux qui ont dû fermer des services ou mettre la clé sous la porte, par manque de rentabilité. Une possibilité a été d'envisager le marketing au service du monde de la santé. Nous avons constaté ce changement radical à l'hôpital qui, désormais, s'emploie à utiliser le marketing pour sa patientèle. D'autre part, sa vision stratégique a bouleversé l'utilisation du marketing dans le travail des managers. Déjà omniprésent au quotidien, le marketing s'intègre parfaitement dans le décor hospitalier ; il apporte de l'information tout en influençant nos choix à travers les canaux de communication. Tout un chacun peut en faire usage, par son discours, ses gestes, sa posture et s'inscrire dans cette démarche. Pour mettre en exergue l'utilisation du marketing chez l'ICU, nous nous sommes appuyés sur la conjoncture des infirmiers(ères), notamment leurs conditions de travail, afin de trouver des réponses au manque de personnel. Le turn-over ou roulement en personnel est l'une des causes de cette crise. L'idée a été d'illustrer cet exemple pour le relier aux risques psychosociaux et ainsi mettre en place une démarche marketing par l'infirmier-chef d'unité. Pour ce faire, nous avons assimilé le marketing à la démarche d'amélioration continue, telle que le PDCA, bien connu du milieu hospitalier. Déjà employé dans l'accréditation, il s'intègre parfaitement au marketing. L'application du marketing dans la démarche opérationnelle de ce travail a été d'utiliser la roue de Deming d'abord au moyen d'un questionnaire sur le bien-être du personnel au travail et par la création d'une échelle de mesure sur l'engagement et la fidélité envers l'institution. Nous avons mis en évidence les facteurs d'influences sur les conditions de travail et leurs possibles répercussions sur le turn-over, dans le but de confectionner un modèle global d'analyse des conditions de travail. Il en résulte après analyse et interprétation que le personnel infirmier des urgences subit des risques psychosociaux avec les conséquences associées. De plus, nous remarquons qu'il y a un manque de reconnaissance global dans leur travail et qu'il est loin de leurs exigences. La charge de travail est importante et le déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses perçues concerne deux personnes sur dix. Quant à la fidélité et l'engagement du personnel envers l'institution, nous avons remarqué qu'il était plus faible chez les salariés tendus ou en job strain aux urgences. Cependant, le turn-over reste stable, mais dans le cadran modéré. Cela peut s'expliquer en partie par les effectifs plus

élevés comparativement à d'autres services d'urgences de la région. Mais, au vu des résultats et de l'analyse de l'enquête, il reste beaucoup à faire sur les conditions de travail. Pour finir, nous n'avons pu aller au bout de la démarche marketing entamée dans la partie opérationnelle. En effet, nous nous sommes arrêtés à la deuxième étape de la roue de Deming qui consiste à mettre en place, dans l'unité, les pistes d'améliorations. D'autre part, à lui seul, le marketing ne permet pas de répondre à cette crise, mais cet outil managérial peut néanmoins aider à résoudre certaines problématiques liées à de mauvaises conditions de travail. En définitive, nous avons simplement mis un mot sur une technique déjà employée et mis fin à ce mythe. Diverses pistes ont été ouvertes, notamment avec les hôpitaux magnétiques qui offrent de meilleures conditions de travail avec des chiffres de turn-over et de burn-out en dessous de la moyenne des hôpitaux. L'innovation est de considérer les infirmiers(ères) comme des acteurs centraux au sein de l'entreprise. Ils sont de véritables moteurs et ils orientent leurs institutions vers des pratiques innovantes tournées vers la qualité et l'excellence. Quant aux managers hospitaliers, ils axent leurs managements sur le leadership transformationnel. Nous avons tout à gagner en nous inspirant de ce genre de modèle hospitalier. D'ailleurs, l'accréditation avance des similitudes avec ce modèle, bien qu'elle ait tendance à placer le patient devenu client au centre de ses préoccupations.

Dans les perspectives, nous allons avancer des pistes d'améliorations des conditions de travail en fonction des résultats d'enquête et ainsi nous rapprocher de la deuxième étape de la roue de Deming : nous pouvons commencer, par la prévention de la surcharge de travail. En utilisant un modèle organisationnel plus adapté et une recherche optimisée des ressources en personnel et matériel, nous pouvons espérer améliorer la satisfaction du personnel. Pour les exigences physiques mises en avant dans les résultats, nous pouvons améliorer la répartition des tâches entre les différents membres du personnel qui composent l'équipe. De plus, l'accent peut être mis sur la formation et l'information au sein du service, en mettant à disposition les moyens nécessaires à la bonne continuité du service. Nous pouvons imaginer un planning programmé de réunions mensuelles, visant l'amélioration des conditions de travail ainsi que la résolution des problèmes rencontrés dans l'unité. Il faut souligner que l'information doit être claire et transparente. D'autre part, n'oublions pas le soutien de la ligne hiérarchique notamment dans les situations difficiles. Car il s'est avéré au travers des enquêtes que ce point peut être amélioré. Nous pouvons aussi favoriser la cohésion d'équipe, par des stages réguliers de renforcement. Un autre point a été mis en avant, le tutorat et le soutien des nouveaux engagés, bien que cela existe déjà, il s'avère insuffisant, notamment au vu des scores de job strain chez le personnel avec moins d'expérience. Mais plus le service sera technique, plus le temps d'apprentissage avant de voler de ses propres

ails sera long d'où, un écolage plus adapté. Nous allons aborder les primes supplémentaires, bien qu'elles ne soient pas du ressort de l'ICU il peut soulever la question à ses supérieurs. Car, il existe des primes dans certaines institutions, comme par exemple les primes de stress. Cela ne va pas directement jouer sur le stress, mais cela va permettre une reconnaissance des difficultés rencontrées et une valorisation des compétences. Ensuite, nous pouvons favoriser des horaires adaptés aux demandes. Cela semble compliqué. Mais il faut comprendre que rappeler ses membres d'équipe régulièrement pour remplacer des malades détériore les conditions de travail. Faire appel à une équipe volante spécialement dédiée aux services aigus pourrait être une solution. De plus, nous devons prévenir les facteurs de risques psychosociaux. Pour finir, nous pourrions améliorer notre modèle d'analyse par l'utilisation du benchmarking dans le réseau PHARE<sup>104</sup>. D'ailleurs, dans cette optique nous pouvons retenir cette phrase : « *Qui veut s'améliorer doit se mesurer, qui veut être le meilleur doit se comparer* ». <sup>105</sup> Son utilisation serait un atout dans l'amélioration de ce questionnaire et dans la généralisation de celui-ci.

N'ayons pas peur des mots, si puissants soient-ils. Le marketing et la santé ne sont pas incompatibles. Bien que des dérives existent, il faut apprendre à marcher sur le fil du rasoir pour satisfaire tous les partis prenants dans l'exercice de la fonction qui nous incombe.

---

<sup>104</sup> Fusion des hôpitaux en Wallonie picarde (CHwapi, Epicura et le CHR haute Senne).

<sup>105</sup> Robert C., cité par Duysens R., et al. « Le benchmarking, se comparer pour s'améliorer », in Mouvement wallon pour la qualité asbl, p. 3.



## Annexes

### Annexe 1 : questionnaire de KARASEK

#### LE QUESTIONNAIRE DE KARASEK ET LE CALCUL DES SCORES<sup>106</sup>

La première partie du questionnaire est composée des vingt-six questions basées selon le modèle de Karasek. Il permet d'évaluer les trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail. Nous avons la demande psychologique qui comporte neuf questions. Puis, la latitude décisionnelle composée de neuf questions. Pour finir par le soutien social qui est déterminé par huit questions.

#### LE QUESTIONNAIRE DE KARASEK ET LE CALCUL DES SCORES

##### **« L'axe « Demande psychologique » regroupe trois sous-axes :**

###### *Quantité - rapidité*

*Q10 - Mon travail me demande de travailler très vite*

*Q12 - On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive*

*Q13 - Je dispose du temps pour exécuter correctement mon travail*

###### *Complexité - intensité*

*Q14 - Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes*

*Q11 - Mon travail me demande de travailler intensément*

*Q15 - Mon travail demande de longues périodes de concentration intense*

###### *Morcellement, prévisibilité*

*Q16 - Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard*

*Q17 - Mon travail est très bousculé*

*Q18 - Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail*

##### **L'axe « latitude décisionnelle » regroupe trois sous-axes :**

###### *Latitude ou marges de manœuvre*

*Q4 - Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même*

---

<sup>106</sup> <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares-karasek.pdf> (page consultée le 10/02/2019).

*Q6 - Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail*

*Q8 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail*

*Utilisation actuelle des compétences*

*Q2 - Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives*

*Q5 - Mon travail demande un haut niveau de compétences*

*Q7 - Dans mon travail, j'ai des activités variées*

*Développement des compétences*

*Q1 - Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles*

*Q3 - Mon travail me demande d'être créatif*

*Q9 - J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles*

***L'axe « soutien social » distingue le soutien professionnel ou émotionnel, en provenance des supérieurs ou des collègues :***

*Le soutien professionnel*

*- par les supérieurs :*

*Q22 - Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés*

*Q21 - Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien*

*- par les collègues :*

*Q23 - Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents*

*Q26 - Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien*

*Le soutien émotionnel :*

*- par les supérieurs*

*Q20 - Mon supérieur prête attention à ce que je dis*

*Q19 - Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés*

*- par les collègues*

*Q25 - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux*

*Q24 - Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt*

## **CALCUL DES SCORES**

Les réponses proposées aux questions sont : « *Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord* », ce qui permet de les coter de 1 à 4 et de calculer un score pour chacune des trois dimensions. On calcule ensuite la



valeur de la médiane de chacun des scores, c'est-à-dire la valeur qui partage l'ensemble de la population enquêtée en deux parties égales : la moitié des salariés se situent au-dessus de ce score, et l'autre moitié au-dessous. »<sup>107</sup>

Le score de demande psychologique est donné par la formule :

$$= Q10+Q11+Q12+(5-Q13)+Q14+Q15+Q16+Q17+Q18$$

Le score de latitude décisionnelle est donné par la formule :

$$= 4*Q4+4*(5-Q6)+4*(Q8)+2*(5-Q2)+2*(Q5)+2*(Q7)+ 2*(Q1)+2*(Q3)+2*(Q9)$$

Le score de soutien social est donné par la formule :

$$= Q19+Q20+Q21+Q22+Q23+Q24+Q25+Q26$$

Le « job strain » peut se définir comme une situation où le score de la demande psychologique est supérieur ou égal à la médiane (score 27) et celui de la latitude décisionnelle inférieur ou égal à la médiane (score de 74). L'individu dans cette situation est considéré comme "tendu" et court un risque pour sa santé.

L'« iso-strain », correspond à une situation où l'individu combine une situation de job-train et un faible soutien social, c'est-à-dire un score de soutien social inférieur à la médiane. (Score de 23).

(, retour)

---

<sup>107</sup> <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares-karasek.pdf> (page consultée le 10/02/2019).

## Annexe 2 : questionnaire de Siegrist

### LE QUESTIONNAIRE DE SIEGRIST ET LE CALCUL DES SCORES<sup>108</sup>

La deuxième partie du questionnaire comporte vingt-trois questions. Elles permettent d'apprécier les déséquilibres entre les efforts et les récompenses en calculant les scores des efforts, des récompenses, le ratio efforts/récompenses et le surinvestissement.

#### LE QUESTIONNAIRE DE SIEGRIST

- 1) Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail
- |   |   |   |
|---|---|---|
| 3 | Pas d'accord.....                                   | 1 |
| 4 | D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ... | 2 |
| 5 | D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....        | 3 |
| 6 | D'accord, et je suis perturbé(e).....               | 4 |
| 7 | D'accord, et je suis très perturbé(e).....          | 5 |
- 2) Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé( e) dans mon travail
- |    |   |   |
|----|---|---|
| 8  | Pas d'accord.....                                   | 1 |
| 9  | D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ... | 2 |
| 10 | D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....        | 3 |
| 11 | D'accord, et je suis perturbé(e).....               | 4 |
| 12 | D'accord, et je suis très perturbé(e).....          | 5 |
- 3) J'ai beaucoup de responsabilités au travail
- |    |   |   |
|----|---|---|
| 13 | Pas d'accord.....                                   | 1 |
| 14 | D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ... | 2 |
| 15 | D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....        | 3 |
| 16 | D'accord, et je suis perturbé(e).....               | 4 |
| 17 | D'accord, et je suis très perturbé(e).....          | 5 |
- 4) Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires
- |    |   |   |
|----|---|---|
| 18 | Pas d'accord.....                                   | 1 |
| 19 | D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ... | 2 |
| 20 | D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....        | 3 |
| 21 | D'accord, et je suis perturbé(e).....               | 4 |
| 22 | D'accord, et je suis très perturbé(e).....          | 5 |

<sup>108</sup> <https://www.francesst.com/wp-content/uploads/2016/10/Questionnaire-SIEGRIST-V2.pdf> (page consultée le 10/02/2019).

5) Mon travail exige des efforts physiques

- 23 Pas d'accord..... 1
- 24 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2
- 25 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3
- 26 D'accord, et je suis perturbé(e).....4
- 27 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

6) Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant

- 28 Pas d'accord..... 1
- 29 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2
- 30 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3
- 31 D'accord, et je suis perturbé(e).....4
- 32 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

7) Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs

- 33 Pas d'accord..... 1
- 34 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2
- 35 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3
- 36 D'accord, et je suis perturbé(e).....4
- 37 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

8) Je reçois le respect que je mérite de mes collègues

- 38 Pas d'accord..... 1
- 39 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2
- 40 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3
- 41 D'accord, et je suis perturbé(e).....4
- 42 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

9) Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles

- 43 Pas d'accord..... 1
- 44 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2
- 45 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3
- 46 D'accord, et je suis perturbé(e).....4
- 47 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

10) On me traite injustement au travail

- 48 Pas d'accord..... 1
- 49 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2
- 50 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3
- 51 D'accord, et je suis perturbé(e).....4
- 52 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

11) Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail

- 53 Pas d'accord..... 1
- 54 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2
- 55 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3
- 56 D'accord, et je suis perturbé(e).....4

57 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

12) Mes perspectives de promotion sont faibles

58 Pas d'accord..... 1  
59 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2  
60 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3  
61 D'accord, et je suis perturbé(e).....4  
62 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

13) Ma sécurité d'emploi est menacée

63 Pas d'accord..... 1  
64 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2  
65 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3  
66 D'accord, et je suis perturbé(e).....4  
67 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

14) Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation

68 Pas d'accord..... 1  
69 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2  
70 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3  
71 D'accord, et je suis perturbé(e).....4  
72 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

15) Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail

73 Pas d'accord..... 1  
74 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2  
75 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3  
76 D'accord, et je suis perturbé(e).....4  
77 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

16) Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes

78 Pas d'accord..... 1  
79 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2  
80 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3  
81 D'accord, et je suis perturbé(e).....4  
82 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

17) Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant

83 Pas d'accord..... 1  
84 D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) ...2  
85 D'accord, et je suis un peu perturbé(e).....3  
86 D'accord, et je suis perturbé(e).....4  
87 D'accord, et je suis très perturbé(e).....5

18) Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps

- Pas du tout d'accord.....1
- Pas d'accord.....2
- D'accord.....3
- Tout à fait d'accord.....4

19) Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin

- Pas du tout d'accord.....1
- Pas d'accord.....2
- D'accord.....3
- Tout à fait d'accord.....4

20) Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail

- Pas du tout d'accord.....1
- Pas d'accord.....2
- D'accord.....3
- Tout à fait d'accord.....4

21) Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail

- Pas u tout d'accord.....1
- Pas d'accord.....2
- D'accord.....3
- Tout à fait d'accord.....4

22) Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit

- Pas du tout d'accord.....1
- Pas d'accord.....2
- D'accord.....3
- Tout à fait d'accord.....4

23) Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir

- Pas du tout d'accord.....1
- Pas d'accord.....2
- D'accord.....3
- Tout à fait d'accord.....4

24) Mon travail me demande de travailler très lentement

- Pas du tout d'accord.....1
- Pas d'accord.....2
- D'accord.....3
- Tout à fait d'accord.....4

La question (24), « *Mon travail me demande de travailler très lentement* », ne fait pas partie du questionnaire original. Elle a été ajoutée volontairement dans le but de repérer les questionnaires remplis de manière aléatoire ou automatique. En effet, elle permet le recouplement avec la première question du questionnaire, « *Mon travail me demande de travailler très vite* ».

## Calcul des scores inter items

Effort : score variant de 6 à 30

Calcul Effort = somme (item1+item2+item3+item4+item5+item6)

Récompense : score variant de 11 à 55

Calcul Récompense = somme  
(item7+item8+item9+item10+item11+item12+item13+item14+item15+item16+item17)

Surinvestissement : score variant de 6 à 24

Calcul surinvestissement = somme (item18+item19+ ( 5- item20)+item21+item22+item23)

Le score de surinvestissement est dichotomisé au tertile supérieur de la distribution dans l'échantillon d'étude.

Construction effort/récompense

Ratio =  $11/6 * (\text{score des efforts} / (66 - \text{score de récompenses}))$

Un ratio supérieur à 1 démontre qu'il existe un déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses.

(, retour)

### Annexe 3 : questionnaire sur Moi et le CHwapi

La dernière partie du questionnaire contient cinq items. Le but est de concevoir une échelle de l'engagement et de la fidélité de son personnel envers son institution.

- a. Je suis fier(e) de travailler pour le CHwapi
  - Pas du tout satisfait.....1
  - Pas satisfait.....2
  - Neutre.....3
  - Satisfait.....4
  - Tout à fait satisfait.....5
  - Non concerné
  
- b. Le CHwapi me pousse à m'améliorer
  - Pas du tout satisfait.....1
  - Pas satisfait.....2
  - Neutre.....3
  - Satisfait.....4
  - Tout à fait satisfait.....5
  - Non concerné
  
- c. J'adhère aux valeurs du CHwapi
  - Pas du tout satisfait.....1
  - Pas satisfait.....2
  - Neutre.....3
  - Satisfait.....4
  - Tout à fait satisfait.....5
  - Non concerné
  
- d. Je souhaite pouvoir travailler au CHwapi le plus longtemps possible
  - Pas du tout satisfait.....1
  - Pas satisfait.....2
  - Neutre.....3
  - Satisfait.....4
  - Tout à fait satisfait.....5
  - Non concerné
  
- Je suis satisfait(e) de travailler au CHwapi
  - Pas du tout satisfait.....1
  - Pas satisfait.....2
  - Neutre.....3
  - Satisfait.....4
  - Tout à fait satisfait.....5
  - Non concerné

Calcul du score d'engagement et de fidélité : Score = (item 1+item 2+ item 3+ item 4+ item 5)

Tableau : corrélation inter-items

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5
Item 1	1,00	0,87	0,87	0,85	0,90
Item 2	0,87	1,00	1,00	0,95	0,93
Item 3	0,87	1,00	1,00	0,95	0,93
Item 4	0,85	0,95	0,95	1,00	0,93
Item 5	0,90	0,93	0,93	0,93	1,00

La moyenne des corrélations est de 0,92. Cet indice suggère une forte homogénéité des items.

L'indice de Crobach est de 0,98. Nous retrouvons une bonne cohérence interne qui se rapproche de 1. Construction de l'échelle qui permet d'évaluer le niveau d'engagement et de fidélité en fonction du score.

Tableau : échelle linéaire de 0 à 8 en fonction du score du niveau d'engagement et de fidélité

Échelle	1	2	3	4	5	6	7	8
Score	10 à 11	12 à 13	14 à 15	16 à 17	18 à 19	20 à 21	22 à 23	24 à 25
N effectif								

( , retour)

**Annexe 4** : tableau Taux de turn-over, des infirmiers(ères) dans le service des urgences CHwapi

	01/01/2016	01/01/2017	01/01/2018	01/01/2019	
Infirmier(ière) actif(ve)	<b>60,0</b>	<b>62,0</b>	<b>66,0</b>	<b>64,0</b>	
Départ	NC	5,0	7,0	6,0	
	Interne	NC	3,0	3,0	4,0
	externe	NC	2,0	4,0	2,0
Arrivée	NC	8,0	12,0	4,0	
					Moyenne %
Taux turn-over global %	NC	10,5	14,4	7,8	10,9
Turn over interne %	NC	8,9	11,4	6,3	8,8
Turn over externe %	NC	8,1	12,1	4,7	8,3

Calcul du taux «  $T = [(Nombre\ de\ départs\ au\ cours\ de\ l'année\ N + Nombre\ d'arrivées\ au\ cours\ de\ l'année\ N) / 2] / (Effectif\ au\ 1^{er}\ janvier\ de\ l'année\ N)$  »<sup>109</sup> ( , retour)

<sup>109</sup> <https://www.gereso.com/actualites/2018/01/01/calcul-et-analyse-du-taux-de-turnover/> (page consultée le 08/11/2019).



## Annexe 5 : tableau de répartition des variables de l'échantillon (, retour)

		Echantillon total		Hommes		Femmes	
N=		35		8		27	
		N	%	N	%	N	%
<b>Age</b>							
<30 ans		15,00	42,86	2,00	25,00	13,00	48,15
30-39 ans		5,00	14,29	2,00	25,00	5,00	18,52
40-49 ans		11,00	31,43	2,00	25,00	7,00	25,93
50-59 ans		3,00	8,57	1,00	12,50	2,00	7,41
60 et >60 ans		1,00	2,86	1,00	12,50	0,00	0,00
N	%	35,00	100,00	8,00	100,00	27,00	100,00
<b>Ancienneté</b>							
< 1 ans		3,00	8,57	0,00	0,00	3,00	11,11
1-5 ans		11,00	31,43	1,00	12,50	10,00	37,04
5- 10 ans		5,00	14,29	2,00	25,00	3,00	11,11
10-15 ans		2,00	5,71	1,00	12,50	1,00	3,70
15-20 ans		6,00	17,14	2,00	25,00	4,00	14,81
20-25 ans		5,00	14,29	1,00	12,50	4,00	14,81
>25 ans		3,00	8,57	1,00	12,50	2,00	7,41
N	%	35,00	100,00	8,00	100,00	27,00	100,00
<b>Temps de travail</b>							
Temps partiel		6,00	17,14	1,00	12,50	5,00	18,52
Temps plein		29,00	82,86	7,00	87,50	22,00	81,48
N	%	35,00	100,00	8,00	100,00	27,00	100,00
<b>Post</b>							
Jour		5,00	14,29	2,00	25,00	3,00	11,11
Nuit		1,00	2,86	0,00	0,00	1,00	3,70
Jout/Nuit		29,00	82,86	6,00	75,00	23,00	85,19
N	%	35,00	100,00	8,00	100,00	27,00	100,00

## Annexe 6 : tableau des résultats de Karasek, enquête urgences

Médiane des scores du modèle de Karasek			
	Demande psychologique	Latitude décisionnell	Soutien social
Hommes	26	73	24
Femmes	28	74	22
Ensemble	27	74	23

Source: enquête Nursing condition 2019

Analyse: une femme ou un homme qui a une demande psychologique supérieure ou égale à 27 subit une forte demande psychologique au sens de Karasek. Ceux qui ont un score de latitude décisionnelle inférieur ou égal à 74 disposent d'une faible autonomie au sens de Karasek. Un(e) infirmier(e) dont le score de demande psychologique est supérieur ou égal à 27 et celui de latitude inférieur ou égal à 74 est donc dans le cadran "tendu". Ici nous utilisons les médianes de l'échantillon total comme références.

**Annexe 7** : tableau du job strain et iso strain en fonction du sexe

	Total	Homme	Femme
Effectif	35,00	8,00	27,00
<b>JOB STRAIN</b>	14,00	3,00	11,00
JOB STRAIN pourcentage	<b>40,00%</b>	37,50%	40,74%
<b>ISO STRAIN</b>	9,00	2,00	7,00
ISO STRAIN pourcentage	25,71%	25,00%	25,93%

Analyse : 40,00% de l'équipe infirmière de l'échantillon se trouvent en job strain. Nous constatons que le pourcentage d'hommes touchés par cet état est légèrement inférieur à celui des femmes. De plus, 25,71% des personnes dans l'échantillon sont en iso strain. Pour rappel, l'iso strain est un état où la personne combine le job strain et un faible soutien social. (Médiane <23, se référer au tableau 1.) ( , retour)

**Annexe 8** : tableau des tranches d'âge en fonction du job strain

Age en années	JOB STRAIN	Pourcentage
<30	6,00	42,86%
30-39	3,00	21,43%
40-49	4,00	28,57%
50-59	1,00	7,14%
<b>TOTAL</b>	14,00	100,00%

Analyse du tableau nous permet d'estimer que 43% des personnes en job strain ont moins de 30 ans. Par extrapolation, 64% des personnes en job strain ont moins de 40 ans. Cela signifie que le personnel en début de carrière et en milieu de carrière est fortement touché par ce phénomène aux urgences. ( , retour)

**Annexe 9** : tableau, âge et iso strain

Age en années	ISO STRAIN	Pourcentage
<30	3,00	33,33
30-39	2,00	22,22
40-49	3,00	33,33
50-59	1,00	11,11
<b>TOTAL</b>	9,00	100,00

L'analyse du tableau nous montre que 55% du personnel des urgences en iso strain à moins de 40 ans.

**Annexe 10** : tableau job strain, iso strain et temps de travail chez les femmes

	<b>Femme</b>	<b>JOB STRAIN</b>	<b>ISO STRAIN</b>
<b>Temps Plein</b>	22	8	4
<b>Temps partiel</b>	5	3	2
Total	27	11	6

Analyse : nous remarquons sur ce tableau que, sur vingt-deux infirmières à temps plein, huit sont en job strain et cinq en iso strain. De plus, sur cinq infirmières en temps partiel dans l'échantillon, nous en retrouvons trois en job strain et deux en iso strain. Nous pouvons en déduire que les infirmières qui réduisent leur temps de travail ou ont un temps de travail réduit, ont plus de « Risques » d'être en job strain. (, retour)

**Annexe 11** : tableau job strain, iso strain et temps de travail chez les hommes

	<b>Homme</b>	<b>JOB STRAIN</b>	<b>ISO STRAIN</b>
<b>Temps Plein</b>	7	3	2
<b>Temps partiel</b>	1	0	0
Total	8	3	2

Analyse : le tableau nous permet d'affirmer que les hommes en job strain sont majoritairement à temps plein. En effet, trois hommes sur huit sont en job strain et deux sur ces trois hommes sont en iso strain. (, retour)

**Annexe 12** : tableau de l'iso strain en fonction de l'âge, le temps de travail et le type de post travaillé chez les hommes. (, retour)

<b>Homme</b>	<b>ISO STRAIN</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt;30ans</b>	0,00	0,00
<b>30-39 ans</b>	2,00	100,00
<b>Total</b>	2,00	100,00
<hr/>		
<b>Temps Plein</b>	2,00	100,00
<b>Total</b>	2,00	100,00
<hr/>		
<b>Travail J/N</b>	2,00	100,00
<b>Total</b>	2,00	100,00

**Annexe 13** : tableau de l'iso train en fonction de l'âge, le temps de travail et le type de poste travaillé chez les femmes. ([, retour](#))

Femme	ISO STRAIN	Pourcentage
<30ans	3,00	42,86
30-39 ans	0,00	0,00
40-49 ans	3,00	42,86
50-59 ans	1,00	14,29
<b>Total</b>	<b>7,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Temps Plein</b>		
	5,00	71,43
<b>Temps partiel</b>		
	2,00	28,57
<b>Total</b>	<b>7,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Travail jour</b>		
	1,00	14,29
<b>Travail J/N</b>		
	6,00	85,71
<b>Total</b>	<b>7,00</b>	<b>100,00</b>

**Annexe 14** : tableau du niveau de fidélité et d'engagement des infirmières envers l'institution

Femme								
Échelle	1	2	3	4	5	6	7	8
Score	10 à 11	12 à 13	14 à 15	16 à 17	18 à 19	20 à 21	22 à 23	24 à 25
N effectif	1	2	5	5	8	5	0	1
N total	27							

(Moyenne 17 ; score d'échelle 4)

Analyse : le score de fidélité et d'engagement moyen envers l'institution tend vers 4 sur l'échelle, pour les femmes. ([, retour](#))

**Annexe 15** : tableau du niveau de fidélité et d'engagement des infirmiers envers l'institution.

Homme								
Échelle	1	2	3	4	5	6	7	8
Score	10 à 11	12 à 13	14 à 15	16 à 17	18 à 19	20 à 21	22 à 23	24 à 25
N effectif	0	0	2	1	0	1	1	3
N total	8							

(Moyenne 20 ; score d'échelle 6)

Analyse : nous constatons que le niveau de fidélité envers l'institution chez les infirmiers est plus élevé comparativement aux infirmières. Le score moyen étant de 6 sur l'échelle, les infirmiers ont un niveau de fidélité et d'engagement envers l'institution supérieur à celui de leurs collègues féminines.

**Annexe 16** : tableau du personnel en job strain et niveau de fidélité et d'engagement.

Job strain									
Échelle	1	2	3	4	5	6	7	8	
Score	10 à 11	12 à 13	14 à 15	16 à 17	18 à 19	20 à 21	22 à 23	24 à 25	
N effectif	1	1	3	1	4	3	0	1	
N total									14

(Moyenne 17 ; score d'échelle 4)

Lecture : au vu des résultats, les personnes en job strain ou tendues ont un niveau de fidélité et d'engagement de 4 sur l'échelle ; ce qui, représentativement, correspond au score des infirmières. De plus, nous observons que, sur les deux personnes qui tendent vers 1 et 2 sur l'échelle du tableau 9, deux sont tendues. À l'opposé, nous avons une personne tendue qui tend vers 8 sur l'échelle. Nous pouvons en conclure que les personnes en job strain ont un score d'échelle inférieur à la moyenne de l'échantillon. Ces personnes sont plus à risque de désengagement envers l'institution.  
(, retour)

**Annexe 17** : tableau du personnel en iso strain et niveau de fidélité et d'engagement.

Iso strain									
Échelle	1	2	3	4	5	6	7	8	
Score	10 à 11	12 à 13	14 à 15	16 à 17	18 à 19	20 à 21	22 à 23	24 à 25	
N effectif	1	0	2	1	2	2	0	1	
N total									9

(Moyenne 18 ; score d'échelle 5)

Les résultats de l'iso strain ne semblent pas significatifs au vu des résultats d'échelle.

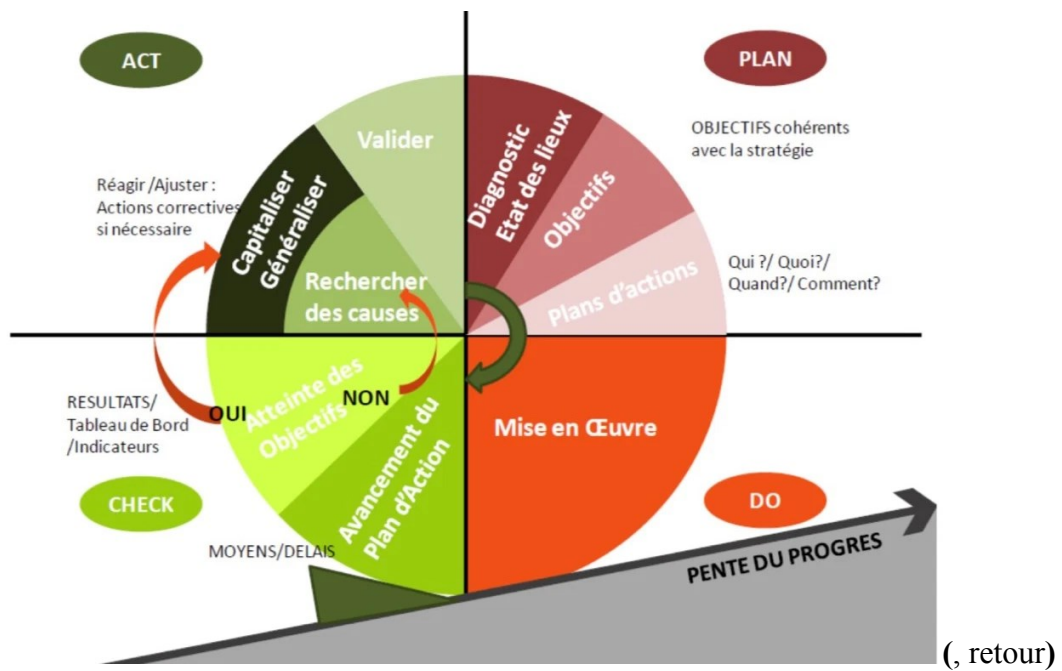
Annexe 18 : tableau de résultat au questionnaire de Karasek

sujet	Âge/Exp/temps de travail/ post	Score demande psychologique	Score latitude décisionnel	Score soutien social	JOB STRAIN	ISO STRAIN	
f1	30-39/<1/TP/JN	27	72	27	1	0	
f2	<30/<1/TP/JN	31	82	20	0	0	
h3	60+/>25/TP/J	20	72	32	0	0	
f4	30-39/10-15/TP/JN	26	68	21	0	0	
f5	40-49/15-20/MT/J	30	74	20	1	1	
f6	40-49/15-20/MT/J	29	78	22	0	0	
f7	40-49/15-20/TP/JN	34	68	22	1	1	
f8	30-39/15-20/TP/JN	33	76	19	0	0	
f9	40-49/20-25/TP/JN	21	78	26	0	0	
f10	40-49/20-25/MT/JN	27	70	18	1	1	
f11	40-49/20-25/TP/N	28	86	28	0	0	
f12	50-59/20-25/TP/JN	30	50	19	1	1	
f13	40-49/>25/MT/JN	28	64	26	1	0	
f14	50-59/20-25/MT/J	23	74	24	0	0	
f15	<30/5-10/TP/JN	25	80	21	0	0	
f16	30-39/5-10/TP/JN	31	76	20	0	0	
f17	30-39/5-10/TP/JN	29	76	22	0	0	
f18	<30/<1/TP/JN	21	86	29	0	0	
f19	<30/<1/TP/JN	32	74	22	1	1	
f20	<30/1-5/TP/JN	28	70	23	1	0	
f21	<30/1-5/TP/JN	31	58	23	1	0	
f22	<30/1-5/TP/JN	24	72	25	0	0	
f23	<30/1-5/TP/JN	28	80	28	0	0	
f24	<30/1-5/TP/JN	30	76	28	0	0	
f25	<30/1-5/TP/JN	27	84	21	0	0	
f26	<30/1-5/TP/JN	28	76	27	0	0	
f27	<30/1-5/TP/JN	27	70	22	1	1	
f28	<30/5-10/TP/JN	28	72	22	1	1	
h29	50-59/1-5/TP/J	27	86	27	0	0	
h30	30-39/5-10/TP/JN	27	72	21	1	1	
h31	30-39/5-10/TP/JN	34	70	20	1	1	
h32	<30/1-5/MT/JN	23	74	23	0	0	
h33	<30/5-10/TP/JN	28	74	24	1	0	
h34	40-49/20-25/TP/JN	20	70	18	0	0	
h35	40-49/15-20/TP/JN	25	82	32	0	0	
Total					14	9	
<b>Légende :</b> f= femme h=homme Âge en années Expérience en années Temps travail : TP=temps plein, MT= temps partiel Post : JN =travail de jour et nuit ; N= travail uniquement		<b>Moyenne</b>	27	74	23,49		
		<b>Variance</b>	13	53,9	13,62		
		<b>Écart moyen</b>	2,8	5,26	3,1		
		<b>Écart type</b>	3,6	7,34	3,69		
		<b>Marge erreur</b>	1,2	2,44	1,22		

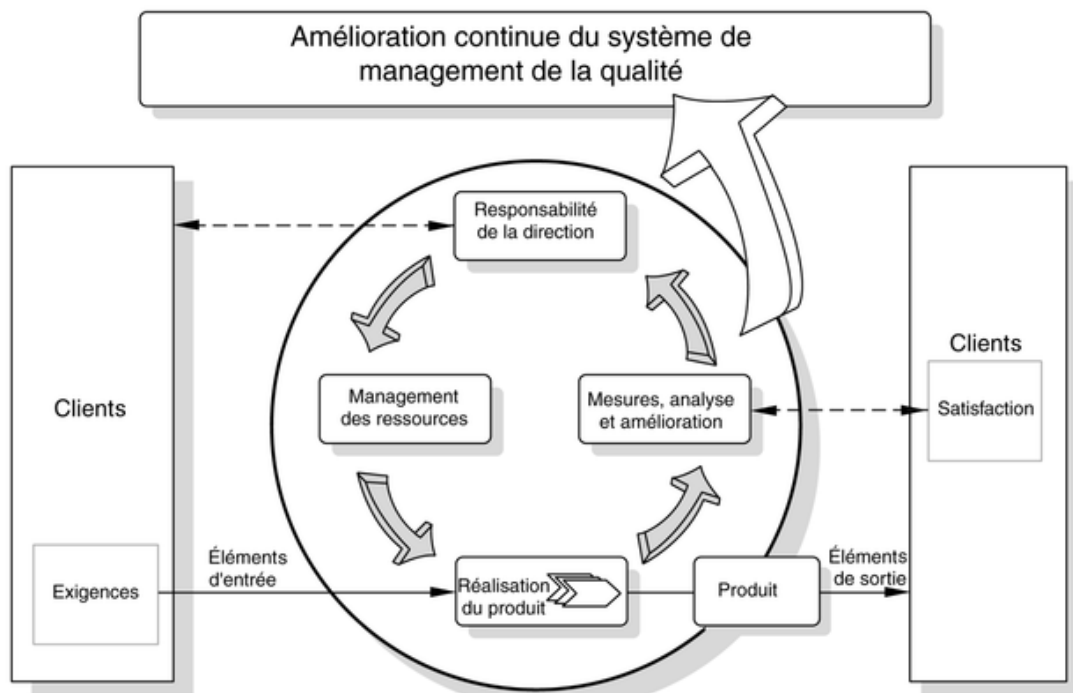
Annexe 19 : tableau de résultat au questionnaire de Siegrist

sujet	Âge/Exp/temps de travail/ post	Score Sur-investissement	Score efforts	Score récompenses	Construction ratio efforts/récompenses	
f1	30-39/<1/TP/JN	15,00	19,00	17,00	0,71	
f2	<30/<1/TP/JN	15,00	21,00	19,00	0,81	
h3	60+/>25/TP/J	<b>24,00</b>	20,00	22,00	0,83	
f4	30-39/10-15/TP/JN	9,00	16,00	26,00	0,73	
f5	40-49/15-20/MT/J	14,00	26,00	18,00	0,99	
f6	40-49/15-20/MT/J	14,00	16,00	14,00	0,56	
f7	40-49/15-20/TP/JN	<b>21,00</b>	20,00	36,00	<b>1,22</b>	
f8	30-39/15-20/TP/JN	15,00	18,00	16,00	0,66	
f9	40-49/20-25/TP/JN	16,00	17,00	19,00	0,66	
f10	40-49/20-25/MT/JN	18,00	26,00	22,00	<b>1,08</b>	
f11	40-49/20-25/TP/N	9,00	13,00	23,00	0,55	
f12	50-59/20-25/TP/JN	15,00	26,00	21,00	<b>1,05</b>	
f13	40-49/>25/MT/JN	20,00	20,00	17,00	0,74	
f14	50-59/20-25/MT/J	15,00	20,00	21,00	0,81	
f15	<30/5-10/TP/JN	14,00	16,00	18,00	0,61	
f16	30-39/5-10/TP/JN	14,00	19,00	20,00	0,75	
f17	30-39/5-10/TP/JN	13,00	19,00	17,00	0,71	
f18	<30/<1/TP/JN	12,00	23,00	22,00	0,95	
f19	<30/<1/TP/JN	16,00	23,00	19,00	0,89	
f20	<30/1-5/TP/JN	15,00	23,00	26,00	<b>1,05</b>	
f21	<30/1-5/TP/JN	15,00	15,00	19,00	0,58	
f22	<30/1-5/TP/JN	14,00	15,00	23,00	0,63	
f23	<30/1-5/TP/JN	16,00	15,00	21,00	0,61	
f24	<30/1-5/TP/JN	12,00	8,00	20,00	0,31	
f25	<30/1-5/TP/JN	11,00	9,00	20,00	0,35	
f26	<30/1-5/TP/JN	13,00	12,00	19,00	0,46	
f27	<30/1-5/TP/JN	15,00	24,00	20,00	0,95	
f28	<30/5-10/TP/JN	13,00	25,00	21,00	<b>1,01</b>	
h29	50-59/1-5/TP/J	14,00	10,00	23,00	0,42	
h30	30-39/5-10/TP/JN	14,00	24,00	22,00	1,00	
h31	30-39/5-10/TP/JN	14,00	27,00	18,00	<b>1,03</b>	
h32	<30/1-5/MT/JN	15,00	14,00	18,00	0,53	
h33	<30/5-10/TP/JN	17,00	20,00	17,00	0,74	
h34	40-49/20-25/TP/JN	15,00	13,00	19,00	0,50	
h35	40-49/15-20/TP/JN	17,00	6,00	15,00	0,21	
<b>Légende :</b> f= femme h=homme Âge en années Expérience en années Temps travail : TP =temps plein, MT= temps partiel Post : JN =travail de jour et nuit ; N= travail uniquement la nuit ; J = travail de jour		Moyenne	14,83	18,23	20,23	0,73
		Variance	8,2	29,43	14,52	0,06
		Écart moyen	1,9	4,49	2,62	0,2
		Écart type	2,86	5,43	3,81	0,24
		Marge erreur	0,95	1,8	1,26	0,08

**Annexe 20** : roue de Deming ou PDCA<sup>110</sup>



**Annexe 21** : Modèle d'un système de management de la qualité basé sur les processus<sup>111</sup>



Légende  
 —> Activités ajoutant de la valeur  
 - - -> Flux d'informations

<sup>110</sup> <https://codeprojet.wordpress.com/2016/08/10/qualite-la-roue-de-deming/> (page consultée le 09/05/20920).

<sup>111</sup> <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-4:v2:fr:sec:A> (page consultée le 09/05/20920).





## BIBLIOGRAPHIE

### Livre :

Antoine A., et al. *L'innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre*, DUNOD, 2013, 320 p.

Buckley P., *The complete guide to hospital marketing*, Marblehead, 2<sup>e</sup> éd, HCPro Inc, 2007, 145 p.

Crozier M., et Friedberg E., *L'acteur et le système, Les contraintes de l'action collective*, Paris, Points Essais, 2014, 500 p.

Gabriel P., et al. *Marketing des services*, Paris, DUNOD, 2014, 279 p.

Hubinon M., *Management des unités de soins : De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*, Paris, De Boeck Supérieur, Savoir et santé, 1998, 400 p.

Lambin J-J., De Moerloose C., *Marketing stratégique et opérationnel, Du marketing à l'orientation marché*, 8<sup>e</sup> éd, Paris, DUNOD, 2012, 608 p.

Lebailly M., et Benarbia L., *Le marketing culturel : Exploitez votre culture d'entreprise et transformez vos clients en adeptes*, Paris, Pearson éducation, 2011, 190 p.

Lendrevie J., Lévy J., *Théories et nouvelles pratiques du marketing, Mercator*, Paris, DUNOD, 10<sup>e</sup> éd, 2013, 1120 p.

Lovelock J., et Gümnesson E., cité par Gabriel P., et al. *Marketing des services*, Paris, DUNOD, 2014, 288 p.

Mintzberg H., et al. *Le management : voyage au centre des organisations*, 2<sup>e</sup> éd, Paris, Édition D'organisation, 2004, 703 p.

Stordeur S., et D'hoore W., *Fonction cadre de santé, Attractivité, fidélisation et qualité des soins*, France, Lamarre, 2009, 244 p.

Thévenet M., et al. *Fonctions RH: Politiques, métiers et outils des ressources humaines*, France, Pearson éducation, 2009, 480 p.

Vandenberghe C., et al. *Développement des compétences, investissement professionnel et bien-être des personnes, Dimensions individuelles et sociales de l'investissement professionnel*, Presses universitaires de Louvain, 2002, 600 p.

Viard J., *Le sacre du temps libre, la société des 35 heures*, Paris, Poche essai, 2004, 219 p.

Zerezri Y., *La rémunération des « Knowledge workers » et l'engagement organisationnel : mesure des effets perçus par des cadres informaticiens*, France, thèse doctorante, 2013, 394 p.

### **Articles :**

Aliouat B., et Nekka H., « L'intégration du capital humain dans la stratégie d'entreprise : compétences, apprentissage et style de management », in Association internationale de management stratégique, 1996, pp. 1-20.

Bourion C., « L'ère des talents », in Revue Internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, n° 41, 2011, pp. 1-376.

Brunelle Y., et al. « Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », in Pratiques et organisation des soins, volume 40, n°1, janvier-mars 2009, p. 42.

Charlier C., « Les outils, Le lean au cœur de l'excellence opérationnelle », in Quali guide, Guide pratique du management de la qualité, n° 10, 2010, pp. 56-59.

Déplanque R., « Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés », in Soins Cadres, n° 54, mai 2005, pp. 20-22.

Duysens R., et al. « Le benchmarking, se comparer pour s'améliorer », in Mouvement wallon pour la qualité, p. 3

Estryn-Behar M., et al. « Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turn-over parmi les soignants », in Recherche en soins infirmiers, n° 103, Décembre 2010, N° 103, pp. 29-45.

Flohimont V., et al. « Les signaux ne sont jamais aussi clairs, apprenons à les reconnaître et agissons ensemble », in Guide pour la prévention des risques psychosociaux au travail, 23 septembre 2013, p. 9

Georges Gaillard G., et Pinel ères J-P., « L'analyse de la pratique en institution : un soutien à la professionnalité dans un contexte d'emprise gestionnaire », in Nouvelle revue de psychosociologie, n° 11, janvier 2011, pp. 85-103.

Méreaux J-P., et al. « Évaluation comptable du capital humain : Enjeux, pratiques et modalités », in Humanisme et entreprise, n° 310, Mai 2012, pp. 41-56.

Michaux S., « Réunion quotidienne ou réunion des 15 minutes : les clés d'une réunion d'équipe efficace ! », in Quali guide, Guide pratique du management de la qualité, n° 15, 2015, pp. 52-53.

Midy F., et al. « Trois professions sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale », in La documentation française, n° 3, 2004, pp. 72-73.

Milhomme D., et al. « L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion », in L'infirmière clinicienne, vol 11, n° 1, 2014, pp. 1-8.

Picard D., « De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles », in Communication et langages, n° 1, Volume 93, 1992, pp. 69-83.

Renaud Petit R., « Le développement du couple-fidélisation des organisations auprès des jeunes entrants sur le marché du travail : éléments de réponse aux problématiques générationnelles », in RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, n° 4, avril 2012, pp. 3-26.

#### **Site internet :**

<http://www.capital.fr/enquetes/histoire-eco/les-55-plus-grands-patrons-de-l-histoire/matthew-boulton-1728-1809-ce-precurseur-de-la-revolution-industrielle-a-mecanise-les-usines> (site consulté le 20/02/2017).

<http://www.henryford.fr/fordisme/taylorisme/> (site internet consulté le 20/02/2017).

<http://lesdefinitions.fr/communication> (page consultée le 10/04/2017).

<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Information.htm> (page consultée le 10/04/2017).

<https://www.definitions-marketing.com/definition/attractivite-commerciale/> (page consultée le 11/01/2018).

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/clientelisme/> (page consultée le 12/01/2018).

[https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/client\\_cliente/16519](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/client_cliente/16519) (page consultée le 12/01/2018).

<https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-definition.aspx?idDef=737&definition=Turn-over> (page consultée le 25/01/2018).

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2016-1-page-65.htm> (page consultée le 25/01/2018).

<https://www.gereso.com/actualites/2017/08/28/calcul-et-analyse-du-taux-de-turnover/> (page consultée le 25/01/2018).

<https://www.qapa.fr/news/les-10-phrases-de-richard-branson-qui-vont-changer-votre-facon-de-manager-452/> (page consultée le 20/02/2018).

<https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831> (page consultée le 20/02/2018).

<http://www.souffrance-et-travail.com/infos-utiles/questions-importantes/techniques-management-pathogenes/> (page consultée le 20/02/2018).

<https://www.marketing-etudiant.fr/fidelisation.html> (page consultée le 16/03/2018).

<http://www.pourquoi-entreprendre.fr/styles-management/> (page consultée le 16/03/2018)

[http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie\\_-\\_medisch\\_aanbod-fr/19085621\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie_-_medisch_aanbod-fr/19085621_fr.pdf) (page consultée le 19/03/2018).

<https://www.rtl.be/info/belgique/societe/la-belgique-en-proie-a-une-penurie-d-infirmieres-aggravee-dans-les-prochaines-annees--1005494.aspx> (page consultée le 19/03/2018).

[http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie\\_-\\_medisch\\_aanbod-fr/19085621\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie_-_medisch_aanbod-fr/19085621_fr.pdf) (page consultée le 19/03/2018).

<http://www.antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/> (page consultée le 30/03/2018).

[http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan\\_2017\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan_2017_fr.pdf) (page consultée le 02/01/2019).

<https://managersante.com/2018/07/06/et-si-les-hopitaux-francais-devenaient-des-hopitaux-magnetiques/> (page consultée le 02/02/2019).

[www.GBS-VBS.org/fileadmin/user\\_upload/unions/intensivisten/L\\_accréditation\\_des\\_hopitaux\\_en\\_Wallonie\\_et\\_a\\_Bruxelles.pdf](http://www.GBS-VBS.org/fileadmin/user_upload/unions/intensivisten/L_accréditation_des_hopitaux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf) (page consultée le 07/02/2019).

<https://www.rtl.be/info/magazine/sante/la-duree-des-etudes-s-allonge-et-aggrave-la-penurie-d-infirmiers-en-juin-2-000-etudiants-ne-seront-pas-diplomes-1122696.aspx> (page consultée le 15/07/2019).

<http://metiers.siep.be/actus/la-belgique-connaît-une-importante-pénurie-d'infirmiers/> (page consultée le 15/10/2019).

[http://www.fcasscfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare\\_f.pdf](http://www.fcasscfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare_f.pdf) (page consultée le 25/10/2019).

<http://www.logistiqueconseil.org/Articles/Methodes-optimisation/3M-muda-mura-muri.htm> (page consultée le 15/11/2019).

<http://www.strategiemarketingpme.com/strategies/creer-objectifs-s-m-r-t-formule-magique-en-marketing/> (page consultée le 28/10/2019).

[https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/plus-d-infirmiers-pour-moins-de-deces-inattendus-dans-les-hopitaux-etudeuantwerpen.html?rmdash\\_domain\\_key=medisphere&tk\\_id=1678161&tk\\_key=37bf984c8c356a160d26&tk\\_datetime=2019-12-10+08%3A40%3A50&tk\\_domain=medisphere](https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/plus-d-infirmiers-pour-moins-de-deces-inattendus-dans-les-hopitaux-etudeuantwerpen.html?rmdash_domain_key=medisphere&tk_id=1678161&tk_key=37bf984c8c356a160d26&tk_datetime=2019-12-10+08%3A40%3A50&tk_domain=medisphere) (page consultée le 10/12/2019).

<https://www.youtube.com/user/ptbbelgique/videos> (page consultée le 15/12/2019).

<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/fr/> (page consultée le 05/01/2020).

<https://bivi.afnor.org/notice-details/qu-est-ce-qu-une-vision-strategique-partagee-/1295018> (page consultée le 05/01/2020).

<https://www.definitions-marketing.com/definition/orientation-client/> (page consultée le 05/01/2020).

<https://www.mwq.be/> (page consultée le 05/01/2020).

<https://bivi.afnor.org/notice-details/qu-est-ce-qu-une-vision-strategique-partagee-/1295018> (page consultée le 05/01/2020).

<https://KCE.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage> (page consultée le 30/01/2020).

<https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:9001:ed-4:v2:fr:sec:A> (page consultée le 09/05/2020).

<https://codeprojet.wordpress.com/2016/08/10/qualite-la-roue-de-deming/> (page consultée le 09/05/2020).

## **Cours :**

Vantomme P., « Politique et Economie du système de Santé », 2014-2015.

Vantomme P., « méthodologie de recherche », 2014-2015.

## ABSTRACT

Dans ce climat d'incertitude et de remise en question de la profession d'infirmier(ère), la pénurie se fait sentir ! Le marketing et le management de la santé convergent vers un objectif commun, satisfaire les besoins de leurs clients. Qu'en est-t-il vraiment? Nos institutions hospitalières ont-elles orienté leurs visions dans cette direction afin d'attirer et de conserver leurs salariés comme leurs patientèles? La voie du marketing est ouverte...

**Mots clés :** marketing, turn-over, fidélité, attractivité, job-strain, conditions de travail, risques psychosociaux.