

Ecole d'Enseignement et de Promotion Sociale

de la Communauté Française

Rue Saint-Brice 53

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Spécialisation : Cadre de Santé

Petit traité de marketing hospitalier à l'intention des infirmiers chefs d'unité.

Présenté par : Lebailly Géraldine

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

Année scolaire 2017-2018

Ecole d'Enseignement et de Promotion Sociale

de la Communauté Française

Rue Saint-Brice 53

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Spécialisation : Cadre de Santé

Petit traité de marketing hospitalier à l'intention des infirmiers chefs d'unité.

Présenté par : Lebailly Géraldine

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

Année scolaire 2017-2018

Remerciements

Je tenais à remercier en premier lieu mon papa pour son soutien indéfectible dans la réalisation de cette épreuve intégrée mais aussi tout au long de ces trois années de cours.

Merci aussi

A ma maman, pour son aide précieuse à la maison.

A ma petite famille, pour sa patience.

A mon frère, pour ses corrections, ses conseils et son soutien.

A mes collègues chefs d'unité pour leurs encouragements.

A mon cadre intermédiaire pour son expertise.

Aux membres de mon équipe pour avoir été les premiers à m'écouter parler du marketing hospitalier.

Aux infirmiers chefs qui ont accepté si gentiment de répondre à mes questions et qui m'ont fait découvrir leur réalité de terrain.

Aux professeurs que j'ai rencontrés au cours de cette formation de cadre et qui m'ont permis d'apprendre, d'aiguiser mon sens critique, de développer ma curiosité.

A M. Vantomme qui, en nous poussant dans nos limites, nous a permis de nous remettre en question à chaque instant et de grandir.

A mes compagnes de « galère » avec qui j'ai partagé trois années d'épreuves et d'obstacles... sur un chemin rempli de découvertes.

Exercice d'intégration tenant lieu de préface

Prenons garde, nous allons être mis en boîte. Ceux qui parlent de marketing sont des marchands, des bonimenteurs, des bons menteurs donc ! Nous sommes dotés de nombreux moyens de communication laissant la part belle aux flatteurs et autres renards séducteurs. Pas qu'en politique ; tous les pans¹ de la société sont touchés. A fortes doses, ce type de communications, si tant est qu'il en soit, analgésie puis anesthésiera notre capacité critique. A qui profitera cet indolore crime ?

Ils, les marketeurs ou marketistes, soignent leur forme, la forme de leur communication, *pardon*, de leurs informations. Tête de litote, va ! D'ailleurs, ils n'ont parfois que la forme, car piètre fond(s) ; sauf de commerce car il faut vendre. Et pour vendre, il faut faire acheter des produits, parfois, de piètre qualité car l'obsolescence se programme ; ou pire encore, de piètre utilité ... pour leur consommateur. Que celui qui ne s'est jamais « fait avoir » se lève !

N'exagérons pas, le marketing n'est pas nécessairement le diable du bluff. Il n'est ni ange, ni démon. Comme la dynamite de Nobel, il n'est que moyen (de), il n'est que ce à quoi il sert ou à qui il sert. C'est l'artisan qui fait l'outil !

L'hôpital prend soins, certes, et prend soin de la qualité, devenue culture de la sécurité, s'adjoignant les services de la communication et du marketing. L'objectif habituellement identifié du marketing, c'est augmenter le profit. *Non ! Pas à l'hôpital !* Pourtant, le profit, c'est comme la dynamite ; il n'est que moyen (de), il n'est que ce à quoi il sert ou à qui il sert !

Faire du marketing, c'est d'abord et donc avant tout, collecter des données. Où ? Auprès de qui ? Et la dynamite revient. Il est donc question d'orientation. Orienter processus, c'est Dame Accréditation. N'oublions pas l'orientation *patient*, en remplaçant, naturellement, patient par client ! Qu'il soit malade, usager, consommateur ou les trois à la fois ? Qu'il s'agisse du malade, de sa famille, de la société ... Que de clients ! Et le cadre de proximité peut-il faire marketing ? Qui sont ses clients ? Dis, Emile, c'est quoi un client ? « Toute personne qui confie ses intérêts à un homme d'affaires », un professionnel, dirons-nous.

Bonne lecture en compagnie de Géraldine, une *Fourmi*.

PATRICK

¹ Et non un paon, car dans la fable, c'est un corbeau, le volatile de service !

Table des matières

<i>Introduction</i>	<i>1</i>
PARTIE CONCEPTUELLE: QUAND LE MARKETING S'INVITE A L'HOPITAL	
CHAPITRE 1 : LE MARKETING, UNE IDEE QUI A FAIT SON CHEMIN	4
1. Genèse	4
1.1. Dans le secteur marchand	4
1.2. Le marketing hospitalier : une origine controversée	5
2. Définitions	5
3. Marketing hospitalier : un marketing de services	7
4. Principaux composants du marketing	9
4.1. Marketing d'études	9
4.2. Marketing stratégique	12
4.3. Marketing mix ou les 4P	13
4.4. Le marketing relationnel et les politiques de fidélisation.....	18
5. Justification du marketing hospitalier	19
5.1. Une démarche pertinente	19
5.2. Une démarche utile face au changement.....	20
5.3. Le bras armé de la vision stratégique de l'hôpital.....	20
5.4. Une logique WIN-WIN.....	21
6. Conclusion	21
CHAPITRE 2 : L'UNITE DE SOINS, ENJEU DU MARKETING HOSPITALIER	23
1. L'implication naturelle et légitime des unités de soins : arguments en faveur de l'intégration du marketing	23
1.1. Une question de cohérence	23
1.2. La place du patient	23
1.3. Les unités en premières ligne	24
1.4. Le réconfort.....	24
1.5. La communication	25
2. Les résistances au changement	25
3. Une opportunité pour le cadre de santé	26
3.1. Opérationnaliser la vision stratégique	26
3.2. Faire face aux changements.	28
3.3. Comment se différencier ?	29

3.4. Du savoir-faire au faire-savoir	30
--	----

CHAPITRE 3 : LA NOTION DE QUALITE 32

1. La qualité..... 32

1.1. Evolution de la notion de qualité dans le domaine de la santé	32
--	----

1.2. Définition	33
-----------------------	----

1.3. Patient ou client ?	33
--------------------------------	----

1.4. La qualité des soins.	34
---------------------------------	----

1.5. Plusieurs notions de qualité.....	34
--	----

2. La démarche qualité..... 37

2.1. Origine	37
--------------------	----

2.2. Une question de point de vue.	37
---	----

3. Qualité et marketing 38

4. Conclusion..... 40

PARTIE OPERATIONNELLE: ENQUETE AUPRES DES CADRES, ETUDE DE TERRAIN

Introduction..... 42

Chapitre 1 : Méthodologie 43

1. Finalité et objectif de la recherche 43

2. Type de méthode..... 43

2.1. Choix de l'outil	43
-----------------------------	----

2.2. Population étudiée.....	44
------------------------------	----

2.3. Type d'échantillon	45
-------------------------------	----

3. Modalités pratiques..... 45

4. Les biais..... 46

5. Points d'attention 46

6. Pré-test de l'outil 47

Chapitre 2 : Analyse des entretiens 48

1. La satisfaction..... 49

1.1. Enquête de satisfaction.....	49
-----------------------------------	----

1.2. Quels sont les éléments qui influencent la satisfaction du patient ?.....	52
--	----

1.3. Idées pour améliorer la satisfaction du patient.	53
--	----

1.4. Traitement des plaintes	54
------------------------------------	----

2. Le personnel..... 55

3. Orientation « patient »	58
3.1. Notion de qualité.....	58
3.2. Les exigences du patient ont elles changé ?.....	59
4. Concurrence.....	60
4.1. Comment est-elle perçue ?.....	60
4.2. Quels facteurs incitent les patients à venir dans votre hôpital ?.....	61
4.3. Comment améliorer la notoriété de votre unité ?.....	62
4.4. Communication externe.	62
5. Utilisation dans les hôpitaux d'outils provenant du secteur marchand.....	64
5.1. Est-ce compatible avec le métier de soignant et de cadre ?	64
5.2. Avez-vous déjà entendu parler du marketing hospitalier ?	66
6. Conclusion.....	67
<i>Chapitre 3: De la théorie à la pratique.....</i>	<i>69</i>
1. Management.....	69
2. Le personnel.....	71
2.1. Le soignant : vecteur de communication.....	71
2.2. Le bien-être des équipes.....	72
3. Le patient.....	73
3.1. Avant l'admission.	74
3.2. Admission	74
3.3. Dispensation des soins	77
3.4. La fin d'hospitalisation	78
4. Autres services de l'hôpital.....	81
5. Partenaires externes	82
6. Les concurrents.....	83
7. Le grand public.....	84
7.1. Les visiteurs	84
7.2. Les extérieurs	84
8. Conclusion.....	85
<i>Conclusion et perspectives</i>	<i>86</i>
<i>ANNEXES.....</i>	<i>90</i>
<i>Bibliographie.....</i>	<i>105</i>
<i>Abstract.....</i>	<i>111</i>

Introduction

L'année dernière, nous avons assisté à l'exposé du plan stratégique de l'hôpital dans lequel nous exerçons. La directrice générale y a développé les différents axes sur lesquels nous allons travailler les trois prochaines années. Pour l'axe « patient », l'objectif stratégique était : « attirer, convaincre et fidéliser le patient à chaque étape de sa vie ». Quelle ne fut pas notre surprise de découvrir dans une entreprise dévolue aux soins à la personne, l'utilisation de termes réservés habituellement au secteur marchand. Voilà donc le nouvel enjeu des hôpitaux dans une société en constante évolution et soumise à des contraintes financières toujours plus draconiennes : attirer le patient, mais surtout faire en sorte qu'il revienne. Nous nous sommes donc intéressé de plus près à cet objectif qui relève en fait du marketing hospitalier. En faisant quelques recherches sur le sujet, nous en avons découvert une définition, certes assez simpliste, mais qui nous a interpellé : « faire correspondre le produit aux attentes du patient ». Si le marketing c'est analyser les attentes du patient pour adapter le service qu'on lui propose et si les hôpitaux utilisent le marketing comme outil de gestion, pourquoi entendons-nous encore si souvent des patients se plaindre de la qualité des soins reçus ou du mauvais accueil qui leur a été réservé lors de leur passage dans un hôpital ? Il n'en fallait pas plus pour titiller notre curiosité.

A l'heure actuelle, les directions des hôpitaux connaissent et utilisent le marketing pour gérer leur institution. En effet, chacun analyse sa part de marché. Les outils tels que les questionnaires de satisfaction sont monnaie courante. Mais les informations qui nous parviennent de différentes sources, confortées par plusieurs expériences personnelles, nous amènent à penser que l'esprit marketing n'a pas percolé jusque dans les unités de soins. Apportons quelques précisions. Pour commencer, nous avons pu constater que ce concept est très peu abordé lors des formations de cadre en soins de santé. Ensuite, lorsque nous parlons de notre sujet d'épreuve intégrée avec d'autres cadres ou professionnels de la santé, certaines réticences apparaissent. La même réflexion revenant régulièrement : « Ce n'est pas compatible avec notre métier. Cela déshumanise notre approche du patient ». Et pourtant, quand nous écoutons les commentaires de certains patients qui arrivent dans l'unité de soins palliatifs dans laquelle nous travaillons, après des mois d'hospitalisation dans divers services et hôpitaux, nous avons le sentiment que les soins n'ont jamais été aussi peu humains. Les plaintes sont nombreuses : manque de considération, manque d'intimité, manque d'information, manque de respect, pas assez de temps consacré au patient ou aux familles, ... Comment, dès lors, inverser la tendance et travailler sur une meilleure expérience du patient lors de son hospitalisation. Nous avons donc décidé d'aller plus loin dans nos recherches. Qu'est-ce exactement que le marketing hospitalier ? Est-il réellement adapté au milieu du soin ? Peut-il aider les cadres dans la gestion de leur unité ? Comment est-il perçu par ces derniers ? Comment peut-il être mis en application sur le

terrain ? Peut-il être bénéfique pour le patient ? Voici les questions que nous nous sommes posées et que nous nous proposons d'aborder dans ce travail. Nous l'avons conçu en deux parties. Une première partie, conceptuelle, où le thème est abordé sous trois angles : le macro-marketing, vu dans sa conception marchande ; le méso-marketing, dans son approche hospitalière ; le micro-marketing, au sein même des unités. Nous y avons également consacré un chapitre à la notion de qualité, concept fondamental dans les soins infirmier. Une seconde partie, opérationnelle, qui est construite sur base d'une enquête réalisée auprès des infirmiers chefs d'unité.

Partie conceptuelle

Quand le marketing s'invite à l'hôpital.

CHAPITRE 1 : LE MARKETING, UNE IDEE QUI A FAIT SON CHEMIN

1. Genèse

1.1. Dans le secteur marchand

Nul ne peut dire quand est né le marketing. Dès les premiers échanges sans doute, d'une manière partielle et intuitive. Déjà à Pompéi, des affiches publicitaires vantaient le cirque et ses gladiateurs. Les prémices du marketing remontent au XIX^{ème} siècle, dans la foulée de trois révolutions successives : la révolution politique, la révolution industrielle et la révolution marchande. La révolution politique a permis l'avènement de la démocratie. La révolution industrielle a conduit à des processus de production permettant de fabriquer, à faible coût, des biens en grande quantité de façon standardisée. La révolution marchande a vu naître de nouvelles pratiques d'achat comme l'apparition des grands magasins et les innovations qu'ils proposent : le libre accès à la marchandise, l'affichage du prix, les promotions, les soldes. L'ère du marketing succéderait à une ère de la production de 1870 à 1930 et à une ère de la vente de 1930 à 1950. A partir des années 30, confrontées à la crise de 1929 aux Etats-Unis, les entreprises ont dû faire face à une forte baisse de la demande. Alors qu'auparavant les problèmes de management concernaient essentiellement la production des biens manufacturés, ils étaient désormais liés à leur écoulement. Dès lors, l'optique vente a prévalu. Elle consistait à privilégier la commercialisation des produits, en étudiant de près les circuits de distribution, mais également en stimulant la demande par un packaging attractif et de la « réclame ».

C'est à partir des années 1950, aux Etats-Unis, que le marketing a fait l'objet d'une réflexion conceptuelle et s'est imposé en tant que science de gestion. A cette époque, les entreprises se multiplient, la concurrence est plus intense et les clients ont à leur disposition une multitude de produits nouveaux. Alors que l'offre tend toujours potentiellement à dépasser la demande, il ne suffit plus de faire de la publicité et de motiver les vendeurs pour bien placer ses produits. Le marketing est une réponse à ce nouveau contexte. Il est basé sur un concept très simple : l'entreprise ne doit pas se contenter de chercher à écouler ses produits auprès des clients, elle doit d'abord proposer aux clients des produits susceptibles de répondre à leurs attentes. Il s'agit donc de changer de perspective, d'analyser la demande, faire une proposition de valeur et la diffuser dans le marché.

Dire que le marketing advient parce que le système concurrentiel s'intensifie est une idée juste, car le marketing n'a de raison d'être qu'à partir du moment où il faut créer de la préférence sur des marchés fortement concurrentiels.

1.2. Le marketing hospitalier : une origine controversée

Apparu aux Etats-Unis dans les années 1970, le marketing hospitalier est arrivé en Europe une dizaine d'années plus tard et y a connu des débuts délicats. Le marketing a effectivement été perçu pendant longtemps par les médecins comme étant un ensemble de techniques de manipulation ayant pour seul objectif la recherche du profit. À cela s'ajoute l'aura déglagée par l'hôpital lui-même, qui, de par son statut, s'érige de manière naturelle face au marketing, puisque, historiquement, sa fonction première repose sur le fait de dispenser des soins de manière désintéressée. Dès lors, le marketing, primordial dans d'autres secteurs d'activité, est longtemps resté secondaire dans le secteur de la santé. Une autre cause de ce rejet est liée aux particularités du marché de la santé que nous évoquerons ultérieurement. Depuis, l'eau a coulé sous les ponts. Les enjeux sociaux, politiques et économiques qui gravitent autour de l'hôpital ainsi que la concurrence qui sévit dans ce secteur ont eu raison des dernières réticences. La plupart des établissements de soins ont donc changé leur fusil d'épaule, sans pour autant se convertir entièrement à cette nouvelle doctrine.

2. Définitions

La définition du marketing est complexe, plurielle, mouvante. Et, de fait, chaque « marketeur » a sa propre vision de cette discipline, mettant l'accent sur l'un ou l'autre point qui lui semble prépondérant. Selon le cas, le marketing est assimilé à un état d'esprit, une discipline, un art, une philosophie, une culture, une méthodologie, une science de gestion, un processus. Mais procédons par ordre.

Commençons par la définition qui est proposée par l'American Marketing Association² : « *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* ». On retrouve dans cette définition les éléments principaux du marketing classique, à savoir : sa double dimension, stratégique et opérationnelle ; les outils de base, autrement dit, les quatre P que sont le Produit, le Prix, la Place, la Promotion ; les différents objets d'application, c'est-à-dire les biens, services et idées ; sa finalité, qui est de créer de la satisfaction mutuelle.

D'autres définitions apportent une dimension supplémentaire à la compréhension du marketing. « *Le marketing, c'est détecter les besoins des consommateurs pour réaliser le produit adéquat, ce qui*

² American Marketing Association (AMA), association de professionnels du marketing fondée en 1937. Elle est célèbre pour sa définition du marketing qu'elle remet à jour périodiquement.

facilite la vente. Un bon marketing, c'est un client satisfait. »³ L'accent est mis ici sur la prédominance du consommateur. Avant de faire une offre, il faut d'abord se focaliser sur les clients potentiels, analyser leurs besoins, concevoir le produit qui répond à leurs attentes de manière à atteindre le plus haut degré de satisfaction. Il ne s'agit plus d'essayer de vendre ce que l'on peut produire, mais de produire ce que l'on peut vendre. C'est un changement de culture qui met indéniablement le client au centre de la démarche.

« *Le marketing est la stratégie d'adaptation des organisations à des marchés concurrentiels, pour influencer en leur faveur le comportement des publics dont elles dépendent, par une offre dont la valeur perçue est durablement supérieure à celle des concurrents.* »⁴ Cette définition exprime d'autres finalités relativement controversées. Exercer une influence. Mais laquelle ? Se démarquer de la concurrence. Mais comment ? De cette définition, nous retiendrons que le marketing est un effort constant d'adaptation. Et enfin, le marketing est une stratégie qui s'inscrit dans la durée.

A propos de la valeur perçue, le marketing ne parle pas de valeur objective, mais de valeur perçue.

« *Si les clients ne jugeaient une offre que sur la valeur objective, l'eau ne serait que de l'eau, et on ne trouverait pas sur les rayons des magasins autant de marques d'eau.* »⁵ D'où la question essentielle pour les entreprises qui est de savoir si la perception qu'elles ont de la valeur de leur offre correspond à celle des clients. La valeur d'une offre n'existe pas en soi, elle est toujours relative à celle des offres concurrentes.

En synthétisant à l'extrême, on pourrait présenter le marketing comme un ensemble d'études, de réflexions, de stratégies et d'actions visant à accroître la satisfaction du client en proposant, de manière convaincante, le bon produit, au bon prix, au bon client, au bon endroit et au bon moment. Nous avons bien conscience que certains termes, certains concepts peuvent heurter la sensibilité des professionnels de la santé. Essayons donc de trouver une définition plus spécifique au secteur non marchand. S'il est vrai que l'hôpital n'a pas du tout les mêmes prétentions de rentabilité et de profit qu'une entreprise du secteur marchand, il se doit néanmoins d'utiliser au mieux les ressources mises à sa disposition. Partant de ces différents éléments, le marketing hospitalier pourrait être défini comme un ensemble de démarches visant à soutenir l'attractivité d'un hôpital par une communication interne et externe performante et une recherche constante de la satisfaction du patient à travers une relation de qualité. Nous y retrouvons l'orientation « patient », assortie de soins personnalisés en fonction des besoins de chacun, ce qui devrait convenir aux soignants qui retrouvent ici l'essence

³ VERNETTE Eric, professeur à l'Institut d'Administration des Entreprises de Toulouse, ancien président de l'Association Française du Marketing et rédacteur en chef de la revue « Decisions Marketing ».

VERNETTE Eric, *L'essentiel du marketing*, Groupe Eyrolles, Ed. d'organisation, 3^{ème} édition, 2008, p.10-11

⁴ Lendrevie J. et Lévy J., *Mercator, tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, Paris, 2014, 11^{ème} édition, p. 5

⁵ Ibidem, p. 6

même de leur métier. A cela s'ajoutent la prise en compte de l'environnement et la recherche d'un équilibre de fonctionnement indispensable à la survie d'une entreprise⁶.

3. Marketing hospitalier : un marketing de services

Il existe une grande similitude entre l'offre de services et l'offre de soins. Le marketing hospitalier est donc assimilable au modèle marketing de services. Il se distingue par des prestations à haute valeur ajoutée, compte tenu des moyens humains engagés et des technologies utilisées. Les services, notamment ceux qui sont prestés dans les hôpitaux, présentent des caractéristiques communes. Ils sont intangibles, immatériels. Ils se consomment pendant qu'ils se produisent. Ils génèrent un contact entre le client et le producteur. C'est ce qu'on appelle le principe d'inséparabilité. Ils ne peuvent être stockés, ce qui pose la question de la gestion de la demande lorsqu'elle est fluctuante⁷. La qualité des services est exposée à la variabilité en fonction de certains éléments comme, par exemple : qui preste ?, quand ?, où ?, comment ? Avec comme conséquence la nécessité de contrôler, d'instaurer des procédures. Une approche plus précise du marketing de services nous permet de tirer un certain nombre de principes, de recommandations transposables à l'univers hospitalier.

L'orientation

L'orientation « client » se substitue à l'orientation « produit ». Si nous voulons satisfaire et fidéliser le patient, il est indispensable que toutes les démarches soient centrées sur lui, ses attentes, ses besoins, et non sur les soins uniquement.

Perception du client

Plus un produit est abstrait, plus les aspects tangibles de la chose vont avoir de l'importance. Il est donc conseillé de mettre l'accent sur ce que le patient peut (res)entir, toucher, voir.

La communication

La communication est plus difficile. En effet, l'intangibilité du service rend son marketing plus complexe. Il est plus aisé de montrer un bien que de communiquer sur un service. On visualise facilement une voiture, on ne peut pas montrer l'assurance qui va avec. Il en va de même avec les prestations médicales et les soins de santé. Le consommateur de soins de santé recherche des informations qui sont susceptibles de le rassurer. Il ne se contente pas de l'avis de son médecin

⁶ N'en déplaise à certains, l'hôpital est bel et bien une entreprise

⁷ Heure de pointe, saisonnalité

traitant, même si ce critère est important à ses yeux, il est à l'écoute du bouche-à-oreille et de témoignages émanant d'autres patients.⁸

Notons également que le personnel en contact avec le client est le vecteur majeur de la communication des services. Dans un service hospitalier, les occasions de relation directe entre les patients et le personnel soignant⁹ sont nombreuses, voire permanentes. C'est à travers ces contacts que le patient établit en partie son jugement sur le service qui lui est offert.¹⁰

La satisfaction

La satisfaction des patients et la satisfaction du personnel sont liées. De nombreuses recherches ont établi qu'il existe une forte corrélation entre le degré de satisfaction du personnel des entreprises de services et le degré de satisfaction de leur clientèle. Il est intéressant, dans une entreprise de services, de doubler les études de satisfaction des clients par la mesure du climat interne et, tout particulièrement, par le suivi du degré de satisfaction du personnel de contact. Une forte démotivation risque de se traduire à brève échéance par une dégradation de la qualité du service.¹¹

Une méthode de conception du service autour du parcours du client

La technique du « blue printing », conçue par le chercheur américain G. Lynn Shostack, part du constat que le client vit une expérience d'ensemble, de l'information qu'il reçoit sur un produit-service jusqu'au service après-vente : ce qu'il achète c'est l'ensemble des actions et réactions de l'entreprise qui constituent la prestation de service. Son principe directeur est d'analyser ou de concevoir le service en partant du parcours du client appelé aussi « customer journey » et non des modes de fonctionnement internes de l'organisation. En se focalisant sur le parcours du client, cet exercice aide à renverser la perspective habituelle des entreprises.

Le « blue print » permet donc de voir le service avec les yeux du client dans une démarche orientée vers le client. Ce schéma directeur souligne l'interdépendance des différents départements de l'entreprise et l'importance d'une bonne coordination pour délivrer un service de qualité. A ce titre, l'exercice prend vraiment tout son sens quand il est réalisé en équipe avec des représentants de chacune des fonctions de l'entreprise concernée par le parcours du client.¹² Dans la définition du « blue print », on peut franchement remplacer le terme « client » par « patient ». Cette pratique nous

⁸ Lendrevie J. et Lévy J., *Mercator, tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, Paris, 2014, 11^{ème} édition, p. 841

⁹ One to one

¹⁰ Ibidem, p. 849

¹¹ Ibidem, p.859

¹²Ibidem, p. 862

fait d'ailleurs penser aux itinéraires patients utilisés dans les hôpitaux pour maximiser la qualité de prise en charge des patients.

L'inversion de la pyramide

Les responsables des entreprises minimisent souvent l'importance du personnel en contact avec les patients. Elles fonctionnent généralement de haut en bas, avec l'application par les échelons inférieurs de décisions prises aux échelons supérieurs. La remontée d'informations et l'analyse des incidents de service fonctionnent souvent mal, ce qui contrarie l'amélioration des services. En renversant la pyramide, on place au sommet de l'organisation le personnel de première ligne en contact avec le patient et on met à sa base les différents services fonctionnels et le PDG lui-même qui servent de soutien. L'objectif de l'organisation est de servir au mieux le personnel de première ligne afin qu'il serve au mieux les patients.¹³ Bien évidemment, cette perspective risque de paraître caricaturale et de déplaire aux cadres. Certains pourraient y voir un dessaisissement de leur leadership, un abandon de leur pouvoir. Et pourtant, il nous semble qu'être le leader, c'est être capable de mettre les membres de son équipe en avant, les aider à développer leur compétence, les coacher dans la mise en place de projets, écouter leurs idées et leur avis, être attentif à leurs difficultés. Nous y reviendrons.

4. Principaux composants du marketing

Pour chaque point, le marketing sera d'abord analysé au regard du secteur marchand avant d'aborder les spécificités des milieux de soins.

4.1. Marketing d'études

4.1.1. Etudes de marché classiques

Le marché est un lieu d'échanges, physique ou immatériel¹⁴, où s'organisent l'offre, sous forme de biens ou services, et la demande. Divers acteurs interagissent sur le marché : les clients, les producteurs, les distributeurs, les influenceurs¹⁵ et les régulateurs¹⁶. Naturellement, le marché est un espace où s'affrontent des concurrents qui proposent des offres plus ou moins substituables.

Les études de marché peuvent être très complexes et faire appel à des techniques sophistiquées. Suivant le but poursuivi, elles sont de nature quantitative ou qualitative. Que cherchent-elles à

¹³ Lendrevie J. et Lévy J., *Mercator, tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, Paris, 2014, 11ème édition p. 868

¹⁴ Internet en est un exemple parfait

¹⁵ Les prescripteurs de soins par exemple

¹⁶ Les pouvoirs publics en font partie

connaître ? Par exemple, le volume d'un marché, soit le chiffre d'affaires global pour un type de produit ou un secteur d'activité; le taux de pénétration, soit le pourcentage de la population concernée ayant acheté au moins une fois pendant la période de référence ; la part de marché de l'entreprise qui a commandé l'étude, celle de ses concurrents. Elles s'intéressent aussi à la « valeur à vie » des clients ou « customer lifetime value », c'est-à-dire, la valeur de l'ensemble des achats d'un type de produit qu'un client fait, en moyenne, pendant toute sa vie. Ces études se soucient également des facteurs environnementaux susceptibles de modifier le marché : technologique, social, culturel, démographique, économique, politique, légal, écologique.

Les enquêtes peuvent être réalisées par sondage, étude ponctuelle qui donne un instantané du marché, ou sur des panels, qui sont des échantillons de personnes auprès desquelles des enquêtes sont menées d'une manière permanente ou répétitive. Pour les études quantitatives, qui visent à valider des hypothèses et mesurer des comportements, le questionnaire est un outil de choix. Les études qualitatives, quant à elles, sont souvent effectuées sur base d'entretiens¹⁷ cherchant à mieux comprendre le comportement de publics cibles et ses raisons, leurs besoins, leurs attentes.

4.1.2. Dans les établissements hospitaliers,

Le marketing d'étude repose sur les études de marché, l'analyse des données des patients et les enquêtes d'opinion et de satisfaction. Cette étape est primordiale, car elle va permettre à l'hôpital d'élaborer son plan stratégique et de fixer ses objectifs à long terme.

Les études de marché

Les études de marché répondent à différents objectifs. Le premier de ceux-ci consiste à identifier au mieux les besoins sanitaires, actuels et futurs, de la population afin d'apporter la réponse appropriée tant en matière de prise en charge qu'en matière d'investissements. L'augmentation du nombre de naissances et des maladies chroniques en est un exemple. Par ailleurs, l'analyse approfondie de l'environnement, du contexte économique, politique, social, législatif et technologique fournit une source d'informations non négligeable quand il s'agit de déterminer les forces et faiblesses d'un établissement de soins ainsi que les menaces qui le guettent et les opportunités qui s'offrent à lui. Enfin, il importe d'identifier les forces en présence sur le marché, notamment l'impact que peuvent avoir d'autres établissements de soins sur le niveau d'activité de l'hôpital concerné. « *Connaître son environnement concurrentiel est aussi important que de se connaître soi-même* ». ¹⁸ Accessoirement,

¹⁷ Individuel, collectif, directif, semi directif, non directif

¹⁸ DAYAN Armand., *Que sais-je ? Le marketing*, Ed. Presses universitaires de France, 1976, p.63

des études de marché ponctuelles peuvent servir à évaluer la faisabilité d'un projet. Par exemple quand il s'agit de mesurer le marché potentiel avant de se lancer dans des technologies émergentes très coûteuses.

Les données clients/patients

L'exploration de ces données permet de comprendre qui sont et d'où viennent les patients. En cartographiant l'origine géographique des patients, le cas échéant par spécialité, il est possible de déterminer une zone de recrutement qui constitue le territoire d'attraction naturel et légitime de l'hôpital. Ces données permettent d'évaluer la performance de l'hôpital, c'est-à-dire, de déterminer dans quelle mesure il est à même de proposer des solutions de prise en charge à la population qu'il est censé desservir. Si la performance est décevante, il s'agira de voir si cela est dû à une déficience de la prise en charge, à un manque de notoriété ou à la difficulté de recruter des praticiens réputés dans la spécialité en perte de vitesse.

Les enquêtes d'opinion et de satisfaction

Les enquêtes d'opinion constituent un autre volet important du marketing d'études. Celles-ci sont très utiles pour clarifier la vision de l'hôpital sur des points essentiels, tels : les critères guidant la population locale ou les prescripteurs dans le choix d'un hôpital, l'image et la notoriété qui est la sienne auprès du public, le niveau de satisfaction des patients ainsi que des prescripteurs.

4.1.3. Particularités du marché de la santé

On sait que le marché des biens et services de santé est difficilement comparable au marché classique, car les tarifs pratiqués dans les hôpitaux ne résultent pas d'une confrontation entre l'offre et la demande, ils sont en effet tributaires des Pouvoirs Publics. Qui plus est, la consommation médico-sanitaire est logiquement dépendante de la morbidité et il n'est pas permis d'envisager de la promouvoir en s'appuyant sur une action de type marketing. D'autant plus que les Pouvoirs Publics, confrontés à une croissance excessive des frais hospitaliers, ont pris des mesures visant à en réduire le coût.

En ce qui concerne la demande des patients, apparaissent aussi des spécificités. En effet, la consommation médico-sanitaire est, en principe, peu sensible à l'évolution des revenus et des prix. Cela s'explique par le fait que la santé fait partie des besoins les plus élémentaires, d'une part, et par le fait que son financement est en grande partie assuré par la Sécurité Sociale, d'autre part. Néanmoins, ce constat est actuellement remis en question, compte tenu d'un double phénomène : la paupérisation croissante d'une partie de la population et l'avènement d'une médecine à deux vitesses.

On notera aussi, dans ce contexte, que les possibilités de saturation sont floues étant donné que les limites entre le normal et le pathologique sont mal définies.¹⁹

A propos de l'offre des hôpitaux, il convient de relever là aussi quelques particularités. Contrairement à l'industrie qui fabrique des biens identiques en série, le système de santé produit des services extrêmement différenciés et variés. A cela s'ajoute ce que d'aucuns appellent l'« asymétrie de l'information ». Il s'agit d'un état de dépendance dû à la sous-information de l'utilisateur. Le malade, ignorant ses véritables besoins, s'en remet au praticien qui choisit à sa place le traitement ou le service le mieux adapté à son cas.

4.2. Marketing stratégique

Cette démarche consiste à sélectionner les clients auxquels on va s'adresser par la segmentation et le ciblage. La segmentation vise à découper le marché en plusieurs groupes d'acheteurs distincts présentant des besoins, des caractéristiques ou des comportements homogènes. Parmi les critères de segmentation on distingue : les critères géographiques, sociodémographiques et économiques ; les critères de personnalité et de style de vie ; les critères comportementaux ; les avantages recherchés par l'individu. Le ciblage permet d'évaluer l'attractivité de chaque segment et de choisir les plus prometteurs.

Vient ensuite la phase du positionnement. On entend par positionnement le choix fait par l'entreprise de la place qu'elle veut occuper sur le marché, des concurrents auxquels elle souhaite se confronter. Le positionnement d'un produit comporte généralement deux volets complémentaires : l'identification et la différenciation. L'identification est le rattachement de l'offre à une catégorie de produits dans l'esprit du public. La différenciation permet de distinguer son offre de celles des concurrents dans un même univers de référence. Le choix du positionnement doit se situer en amont de toutes les décisions relatives aux composants du marketing mix : il est le guide autant que la clé de voûte de la stratégie marketing.

La marque est un nom et un ensemble de signes qui indiquent l'origine d'une offre, la différencient des concurrents, influencent la perception et le comportement des clients par diverses représentations mentales. La marque complète le positionnement dans la mesure où elle crée de la valeur pour les clients. En ce sens, une marque est un contrat de confiance et une promesse de performance qui réduisent le risque perçu par le client. Une marque reconnue facilite et raccourcit les processus d'achat. Une marque peut être porteuse de valeurs et d'identité pour l'acheteur en lui conférant un statut social.

¹⁹ VANTOMME P., *Politique & Economie du système de santé*, IEPS 2015-2016

A l'hôpital, le marketing stratégique va surtout permettre de préciser la mission et les buts de l'entreprise en se posant des questions telles que : Qui voulons-nous être? Quel est notre marché? Quels en sont les segments? Parmi ceux-ci, quelles sont nos cibles ? Quels sont nos objectifs en fonction de nos capacités de production, de nos souhaits personnels, de nos possibilités de différenciation ? Et cette phase est primordiale. En effet, l'entreprise dont la mission est clairement définie a souvent les meilleures performances organisationnelles et financières. La mission est ensuite convertie en objectifs pour chaque niveau de management et elle devient ainsi source de motivation pour les employés. Le but est de mettre l'accent sur l'utilité de leur activité et leur contribution à l'amélioration de la vie des patients.

A propos de la segmentation et du ciblage, nous pensons que ceux-ci sont essentiellement utiles pour répondre de manière plus spécifique aux besoins de chaque segment, mieux connaître les patients, adapter au mieux sa communication. L'hôpital n'a, en principe, pas le choix, il doit accepter et soigner tout le monde. Néanmoins, nous voyons de plus en plus d'établissements privés qui proposent aux patients une prise en charge de haut standing. Certains hôpitaux ont même ouvert des quartiers VIP. Nous sommes ici clairement dans une démarche de ciblage et de positionnement. Ces établissements ayant décidé de s'adresser à une certaine partie bien spécifique de la population, les patients aisés financièrement, et de se différencier de la concurrence. Notons également que même si la spécificité d'un hôpital est généralement historique, pré-écrite et donc, en principe, difficile à changer²⁰. Il n'en reste pas moins qu'un établissement de soins conserve toute liberté pour se construire une image positive aux yeux des patients.

4.3. Marketing mix ou les 4P

Le marketing mix est un ensemble cohérent de décisions relatives aux politiques de produit, de prix, de place et de promotion. Nous allons les passer brièvement en revue pour mieux comprendre ces notions. Nous les développerons également sous l'angle du marketing hospitalier.

4.3.1. Produit ou Product

« *Un produit est une offre présentée sur un marché, qu'elle soit un bien ou un service* ». ²¹Le produit constitue un élément clé du marketing mix. Et pour cause, il est difficile, voire impossible de faire du bon marketing avec un mauvais produit, c'est-à-dire, avec un produit qui ne répond pas aux attentes

²⁰ Un hôpital peut être universitaire, spécialisé dans un domaine ou encore général

²¹ Lendrevie J. et Lévy J., *Mercator, tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, Paris, 2014, 11ème édition, p. 188

des clients. Par ailleurs, la politique de produit est souvent celle qui implique les investissements les plus lourds et, par conséquent, celle où les erreurs sont les plus coûteuses. Le marketing s'intéresse au produit tel qu'il est perçu, c'est-à-dire, qu'au-delà de sa valeur d'usage, il essaie de comprendre ce qu'il représente aux yeux du client, pourquoi il lui plaît ou lui déplaît et quelle est sa dimension symbolique. La politique de produit englobe le design et le packaging. Ces éléments, en principe secondaires, peuvent néanmoins jouer un grand rôle dans la différenciation du produit.

Une prestation complexe comme un acte médical ou un soin infirmier peut être comprise comme un produit. Nous l'avons dit, le produit est considéré comme un élément fondamental du marketing mix. Et cela est encore plus vrai pour un hôpital qui n'a que peu de prise sur d'autres éléments du marketing mix. Dans le cadre d'un établissement de soins, la notion de produit recouvre une offre complète de services associés comprenant la prise en charge médicale, soignante et hôtelière, s'étendant de la première consultation à la sortie du patient. Le bon produit est le premier critère d'attractivité. Il se définit en fonction de la satisfaction qu'il apporte à ses utilisateurs, patients et prescripteurs. A cet égard, il est utile de noter que les patients se souviendront plus facilement d'un incident, même mineur, plutôt que de la qualité globale du service reçu. C'est pourquoi, il importe de viser l'excellence à tous les niveaux, d'éviter les maillons faibles. Il faut savoir aussi que le jugement du patient, contrairement à celui des professionnels de la santé, est rarement influencé par la prestation médicale elle-même, car il n'est pas à même de porter un jugement sur la qualité de l'intervention ou le bien-fondé du traitement. Par contre, il est extrêmement réceptif à ce qui touche à l'ambiance, à la qualité de l'accueil, aux relations humaines, aux critères de confort, etc.

L'étendue de l'offre est un autre critère déterminant dans le choix d'un hôpital. Selon le service attendu, le patient s'orientera vers un établissement proposant une offre complète ou vers un établissement spécialisé. Dans l'optique d'une captation de clientèle, il est à noter qu'une amélioration de l'offre peut aussi induire une augmentation de la demande. C'est le cas lorsque l'hôpital se dote de nouveaux équipements lourds de type scanner ou inaugure de nouvelles techniques opératoires. Dans ce cas l'hôpital doit savoir que tout produit répond à un cycle, à une courbe de vie comprenant les phases de lancement, de croissance, de maturité et de déclin, et que, donc, les arguments liés à la nouveauté seront un jour obsolètes. La gestion marketing consiste à gérer son portefeuille de produits en fonction de leurs positions respectives dans ce cycle

4.3.2. Prix ou Price

Comme les autres composants du marketing mix, le prix contribue à exprimer le positionnement du produit, c'est-à-dire, l'image qu'on souhaite lui donner dans l'esprit des clients. Les prix sont en accord avec les segments de marché visés : discount, premium ou haut de gamme. Le prix peut être

mis au service d'une stratégie concurrentielle. La politique de prix est soumise à un certain nombre de contraintes, telles les coûts de production, la concurrence, l'acceptabilité par la clientèle.

A priori, l'hôpital a peu de prises sur cet élément de l'offre marketing. Les seuls tarifs sur lesquels il a la mainmise sont ceux de prestations annexes ou secondaires : chambre individuelle, téléphone, télévision, cafétéria, parking. Le coût de ces prestations n'a qu'une influence marginale sur l'attractivité de l'hôpital. Ne pouvant décemment pas appliquer une tarification exagérée, il se contentera de facturer ces services au prix de revient plus éventuellement une marge permettant des réinvestissements. Le prix n'est donc pas vraiment une variable de l'action marketing de la plupart des hôpitaux.

4.3.3. Distribution ou Place

*« Un circuit de distribution est le processus qui, passant à travers un nombre plus ou moins important d'intermédiaires externes ou internes, permet de délivrer un bien ou service à l'acheteur ou au consommateur final ».*²² On distingue trois grands types de circuits de distribution : les circuits directs, sans intermédiaire, du producteur au consommateur; les circuits courts, ne comportant qu'un intermédiaire, tels les grands magasins; les circuits longs, ayant plusieurs intermédiaires, comme les magasins de quartier. La conception d'un circuit de distribution nécessite tout d'abord de déterminer ce que les consommateurs attendent.

Dans quel type de circuit doit-on placer les établissements de soins ? Apparemment dans la catégorie des circuits directs, puisque, de prime abord, il ne semble pas y avoir d'intermédiaire entre le producteur et le consommateur lors de la prestation du service. Néanmoins, on peut remarquer que le patient qui franchit la porte de l'hôpital, n'agit pas souvent de manière spontanée, mais sur la prescription de son médecin traitant ou comme suite à la décision d'un service d'urgence.

Concernant l'emplacement d'un établissement de soins, la marge de manœuvre est assez restreinte. Son implantation est généralement ancienne et ne répond plus forcément aux problèmes de mobilité qui se posent dans son bassin. On ne déménage pas un hôpital comme on change la localisation d'un magasin.

4.3.4. Communication ou Promotion

Dans le marketing, rendre disponible un bon produit à un prix attractif aux consommateurs ciblés ne suffit pas pour créer une bonne relation client. L'entreprise doit également communiquer de façon claire et persuasive auprès de ses clients actuels et futurs. Une communication efficace passe par trois

²²Lendrevie J. et Lévy J., *Mercator, tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, Paris, 2014, 11ème édition, p. 308

étapes essentielles. Premièrement, il faut définir la cible. La cible de communication ne correspond pas forcément à la cible marketing, elle peut concerner des décideurs, des influenceurs, des prescripteurs et, donc, pas uniquement des acheteurs. Il s'agit ensuite de trouver le message approprié à leur profil, les arguments susceptibles de les convaincre. Deuxièmement, déterminer les objectifs de communication. Souhaite-t-on accroître la notoriété, améliorer la satisfaction lors de l'achat ou de l'utilisation du produit ou bien encourager la fidélité ? L'objectif doit être clair et précis pour atteindre son but. Troisièmement, sélectionner le moyen de toucher la clientèle cible. Faut-il privilégier la publicité, la promotion des ventes, les relations publiques, le marketing interactif ? La promotion et la communication qu'elle sous-tend comporte de nombreuses facettes dans le secteur hospitalier. Il importe donc d'en faire une analyse détaillée.

Communication externe

La politique de promotion s'intéresse principalement à la communication externe de l'hôpital. C'est une dimension souvent mise en exergue lorsque les hôpitaux s'exercent au marketing. C'est par définition la plus visible, mais ce n'est que la partie émergée de la démarche marketing. La politique de communication de l'hôpital diffère selon la nature des destinataires, selon les cibles choisies.

Vis-à-vis des professionnels de la santé, la communication de l'hôpital porte essentiellement sur les performances techniques de l'hôpital et son organisation pratique à leur égard²³. L'hôpital a tout intérêt à créer et entretenir des liens étroits avec la communauté médicale, car le choix d'un hôpital est encore souvent influencé par l'avis du médecin traitant. Une communication externe efficace peut également attirer des collaborateurs de qualité et donc renforcer la perception externe de l'hôpital.

Vis-à-vis du grand public, la communication externe s'emploie à faire connaître l'ensemble des prestations offertes, à développer la notoriété de l'hôpital, à améliorer ou à conforter son image et sa réputation. Son objectif est de gagner la confiance des futurs consommateurs de soins et ainsi d'attirer une nouvelle patientèle.

Mais, l'hôpital n'a pas les coudées franches en matière de promotion. Nous savons qu'il est limité par des dispositions légales et des règles déontologiques. La publicité par les médias habituels lui est interdite. Un moindre mal, car ce mode de communication est très coûteux, mal perçu par le public et peine à atteindre sa cible. Par contre, rien ne l'empêche de recourir à un autre type d'outil promotionnel : les relations publiques. L'acquisition de matériel performant, l'organisation d'un colloque, d'une conférence, la mise en œuvre de nouvelles techniques, l'obtention d'une certification sont autant d'opportunités pour inviter la presse et apparaître dans les médias d'une manière plus

²³ Courriers, formations, extranet

pertinente, dans la rubrique des informations plutôt que dans les messages publicitaires. L'irruption d'Internet a rebattu les cartes en matière de promotion. L'hôpital ne peut ignorer ce moyen de communication universel. Le site internet offre d'abord au visiteur une information fonctionnelle comme les spécialités médicales, les possibilités de rendez-vous, etc., mais il peut aussi être utilisé pour façonner d'une manière positive l'image de l'hôpital grâce à la convivialité, la créativité, le design, la visite virtuelle, etc.

La communication interne

La communication interne d'un hôpital représente la communication de l'établissement vers les patients, mais également vers son personnel.

Vis-à-vis des patients

La meilleure promotion c'est la qualité du service et tout ce qui peut améliorer le climat dans l'établissement. Et cela commence dès les premiers contacts du patient avec l'hôpital : temps d'attente au téléphone ou au guichet, délais pour un rendez-vous ou une intervention, fléchage et signalisation à l'hôpital, information dans les salles d'attente, prise en charge amicale et professionnelle dans le service, remise d'une documentation à l'entrée, transparence sur la nature des traitements et des soins, questionnaire de satisfaction, etc. Sur ce point, le marketing sensoriel pourrait contribuer à résoudre certains problèmes d'affluence et de promiscuité très mal vécus par certains patients. L'approche de Sophie Rieunier ²⁴ ne se limite pas aux facteurs d'ambiance dont certains hôpitaux pourraient s'inspirer pour rendre leur hall d'accueil moins sinistre. Elle décrit, par exemple, le principe, déjà utilisé en Amérique, d'une salle d'attente en ligne pour les hôpitaux et centres médicaux afin d'éviter l'attente dans des conditions souvent inconfortables et stressantes. Elle nous livre aussi des conseils sur la gestion des flux d'attente et des impressions de foule qui ont un impact sur l'état émotionnel des patients qui « patientent » par le fait de se trouver dans un espace confiné avec un nombre de personnes considéré comme trop élevé.

La communication interne vis-à-vis du patient passe aussi par une attention particulière à tout ce que le patient exprime sur son expérience. A ce titre, le questionnaire de satisfaction peut être d'une aide précieuse mais est-il suffisamment exploité dans les hôpitaux ? Nous y reviendrons plus tard.

Vis-à-vis du personnel

Nous savons que le personnel en contact avec le patient constitue un socle communicationnel important de l'hôpital. Il importe donc de lui délivrer des informations claires et cohérentes pour qu'il

²⁴ RIEUNIER Sophie, *Marketing sensoriel du point de vente*, Dunod, 2013, 4^{ème} édition, 278 p.

se sente bien soutenu et qu'il crée ainsi une relation de qualité avec le patient. La communication interne a pour objectif d'expliquer aux collaborateurs la vision générale de l'hôpital, sa politique de soins, ses procédures et les outils qu'il compte mettre en place. Tout ceci afin qu'ils comprennent mieux les choix de l'institution et y adhèrent. Or, au sein de l'hôpital, la difficulté majeure réside dans la multitude de fonctions qui entrent en relation. D'où la nécessité de suivre les trois règles de la communication marketing : définir la cible, l'objectif et la forme, pour adapter le message à la situation de chacun. D'autres mesures sont susceptibles de renforcer le rôle du personnel de contact en tant que représentant de l'hôpital. Par exemple, en mettant l'accent sur l'objectif commun ou en étant constamment à l'écoute des acteurs de terrain, lesquels se sentiront reconnus.

Le marketing propose également une autre possibilité, souvent ignorée ou sous-évaluée, en matière de communication : le recrutement. Dans un article intitulé « La communication de recrutement dans le milieu hospitalier », Pablo Medina²⁵ souligne que les principes du marketing peuvent aussi s'appliquer dans ce champ. Autrement dit, la communication est une activité transversale au service des différents départements de l'hôpital, dont celui des ressources humaines. C'est une occasion pour l'établissement de soins de communiquer sur son identité et sa culture. En effet, les employés potentiels ne se contentent pas uniquement de chercher une institution hospitalière où pouvoir travailler, ils sont aussi attentifs à d'autres critères comme la possibilité de s'épanouir dans son travail, d'avoir de bons rapports avec ses collègues et de vivre dans une ambiance agréable. La communication de recrutement de l'hôpital ne peut donc se réduire à la diffusion des informations concernant le poste de travail à pourvoir, mais elle doit plutôt aller au-delà et communiquer les avantages affectifs et identitaires proposés par l'institution.

4.4. Le marketing relationnel et les politiques de fidélisation

La stratégie et le marketing mix sont traditionnellement conçus pour favoriser la vente. Pourtant, le chiffre d'affaires ne vient pas uniquement du nombre de clients, mais également de l'activité par client et de la fidélité dans le temps. Le marketing relationnel prend en compte ces deux dimensions complémentaires. « *Le marketing relationnel est une politique et un ensemble d'outils destinés à établir des relations individualisées et interactives avec les clients, en vue de créer et d'entretenir chez eux des attitudes positives durables à l'égard de l'entreprise ou de la marque.* »²⁶ Cette définition met en évidence les deux caractéristiques majeures du marketing relationnel. Tout d'abord, il utilise des moyens d'action individualisés et interactifs à la différence des moyens de

²⁵ MEDINA Pablo, « La communication de recrutement dans le milieu hospitalier », in Communication et organisation, n°37, 2010, pp 103-113.

²⁶ Lendrevie J. et Lévy J., *Mercator, tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, Paris, 2014, 11ème édition, p. 521

communication de masse. Ensuite, il vise à obtenir un changement ou un renforcement durable des attitudes des clients plutôt qu'à déclencher un achat immédiat. Le marketing relationnel est relativement bien adapté au milieu hospitalier si l'on considère que la prise en charge d'un patient est par nature individualisée et interactive. En outre, le marketing relationnel fait appel à la notion de satisfaction.

« *La notion de satisfaction peut être définie en marketing comme le sentiment de plaisir ou de déplaisir qui naît de la comparaison entre les attentes préalables et une expérience de consommation* ». ²⁷ Une expérience supérieure ou égale aux attentes crée un sentiment de satisfaction, alors qu'une expérience inférieure aux attentes provoque une insatisfaction. Cette évaluation influence dans le temps les attitudes. Les attentes sont modelées par quatre éléments déterminants : le bouche-à-oreille positif ou négatif, les besoins que le client cherche à combler, l'expérience passée de l'offre, la communication de l'entreprise vers les clients. Parmi les indicateurs de satisfaction on relèvera les réclamations, le taux de défection des clients. La mesure du niveau de satisfaction est d'une importance cruciale en marketing. Nous en reparlerons.

5. Justification du marketing hospitalier

Evoquons quelques raisons qui nous font penser que ce concept a bien sa place dans les milieux de soins.

5.1. Une démarche pertinente

La première question qui vient à l'esprit porte sur la finalité du marketing dans le monde hospitalier. Nous n'ignorons pas que l'objectif premier du marketing commercial, c'est de vendre plus et/ou mieux, notamment, en ciblant les segments de clientèle les plus rentables. N'y a-t-il pas là une incompatibilité évidente ? Il n'en reste pas moins qu'il existe bien un marché de la santé et que celui-ci pèse lourd dans l'économie du pays. On l'estime en effet à 10.4 % du PIB²⁸ en 2015²⁹. En outre, ce secteur d'activités, par essence non-marchand, ne vit pas en vase clos et fait appel à une constellation de fournisseurs et de sous-traitants pour produire des soins. Les hôpitaux sont donc des entreprises complexes par leur organisation et leur financement, et qui font vivre d'autres entreprises.

²⁷ Lendrevie J. et Lévy J., *Mercator, tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, Paris, 2014, 11ème édition, p. 527

²⁸ Produit Intérieur Brut

²⁹ Conférence « L'avenir du financement des soins palliatifs dans le contexte de la réforme des soins » de Pierre Gilet, Professeur en Santé Publique, Ulg CHU Liège.

Ce constat nous conduit à penser qu'une démarche inspirée du marketing peut avoir sa place dans les établissements de soins.

5.2. Une démarche utile face au changement

On sait que l'hôpital doit faire face à des changements de société. On assiste à une émancipation du patient dans le cadre d'une société de l'information³⁰, dans une société où l'individualisme est croissant, doublé d'une exigence de qualité et de résultat. Dans ce contexte, le malade aspire aujourd'hui à devenir acteur et partenaire de son parcours de soins. Cela oblige à repenser les rôles et les missions de l'ensemble des professionnels du système de santé.³¹

Par ailleurs, le comportement des patients, plus critiques face au choix des établissements qui s'offrent à eux, a créé un contexte de plus forte concurrence. L'attractivité de l'hôpital devient une préoccupation vitale. Dans ce contexte, le recours au marketing permettrait de soulever un certain nombre de questions cruciales et d'y apporter des réponses. Qui sont nos patients ? Qui sont nos concurrents ? Sur quels marchés ? Comment attirer les patients et les retenir ? Le marketing met ainsi le patient au cœur de sa démarche.

5.3. Le bras armé de la vision stratégique de l'hôpital

Malgré ses spécificités, l'hôpital reste avant tout une entreprise confrontée à l'exigence d'un équilibre financier. La gestion rigoureuse de ses ressources doit lui permettre d'assurer son évolution au sein d'un environnement financier contraint et concurrentiel, en préservant un haut niveau de qualité et l'excellence de ses équipes médicales et soignantes.³²

L'hôpital doit produire des soins de qualité au plus juste coût, tel est l'enjeu. Même si son but n'est pas lucratif, l'hôpital a besoin de ressources pour garantir sa pérennité, les investissements nécessaires et la qualité des soins qu'il dispense. Ces ressources, l'hôpital ne peut les obtenir qu'à travers une activité suffisante. Pour ce faire, il n'a d'autre choix que de préserver ou de reconquérir ses parts de marché naturelles. L'enjeu est crucial ! Il nécessite une approche complémentaire stratégie/marketing. Cette approche consiste à mettre en adéquation le plan stratégique de l'hôpital, visant à dégager des ressources, transformées en moyens de production, avec la politique de marketing, axée sur les besoins et attentes des patients.

³⁰ Une étude réalisée par l'ordre des médecins en France, nous montre que 7 patients sur 10 consultent Internet pour des questions de santé.

³¹ CAILLET René et CRIE Dominique, « Stratégie de groupe public : pour un marketing hospitalier », in *Revue Hospitalière de France : Marketing*, n° 525, novembre-décembre 2008, pp 12-16

³² FERRAND H. SUDRE M.C. « Services publics et marketing hospitalier, le mariage peut-il être consommé ? », in *Revue hospitalière de France*, n° 525, novembre-décembre 2008, pp 22-26

5.4. Une logique WIN-WIN

Même si, au premier abord, le fait d'utiliser le terme et les outils de la démarche marketing peut paraître inadapté, voire totalement déplacé dans un établissement de soins, nous pensons que l'essence même du marketing est totalement en phase avec la raison d'être d'un hôpital. Mettre une telle démarche en place est, comme nous l'avons vu, bénéfique pour gérer efficacement une entreprise. Cela permet d'améliorer ou de renforcer l'attractivité par des actions qui influencent favorablement l'appréciation des malades, de leur entourage et des prescripteurs. Cela profite donc à l'hôpital mais pas seulement. Le patient y a tout à gagner également. En effet, s'il est considéré comme un client qu'il faut satisfaire, il fera l'objet de toutes les attentions. Tout sera mis en œuvre pour répondre au mieux à ses besoins et l'hôpital, désireux de se différencier et de créer de la préférence, s'emploiera à ce que son expérience de soins soit la moins pénible possible³³.

Quid du personnel ? Rappelons que le personnel en contact avec le patient est le vecteur majeur de la communication des services. Une attention particulière lui sera donc consacrée. Cela passe par une communication appropriée, c'est-à-dire interactive, bottom/up³⁴ aussi bien que top/down³⁵, mais aussi par un management efficace et participatif. Le marketing hospitalier, à condition qu'il soit utilisé de manière judicieuse, peut renforcer la cohésion et le sentiment d'appartenance tant au sein des différentes équipes qu'au niveau de l'institution de soins dans son ensemble. Le marketing hospitalier crée une dynamique qui rassemble toutes les instances, tous les services, toutes les unités de soins autour d'un projet commun et fédérateur.

6. Conclusion

Le marketing a fait naître de violentes contestations. On l'accuse d'avoir recours à des techniques de manipulation qui poussent certaines personnes influençables à acheter ce dont elles n'ont pas besoin. On l'accuse de faire l'apologie de la société de consommation. Les marques, qui permettaient à l'origine d'identifier des produits, sont devenues des styles de vie qui s'imposent au public. Notons tout de même que le marketing n'est pas le seul pilier de la société de consommation, on peut y ajouter le crédit et l'obsolescence programmée.

Le marketing ne peut non plus éluder les critiques qui le considèrent comme immoral. Il est vrai que le but ultime du marketing est d'enrichir l'organisation qui l'utilise, même si cet objectif passe par la

³³ Nous aurions pu dire « la meilleure possible », mais nous n'allons jamais à l'hôpital de gaieté de cœur.

³⁴ Ascendante

³⁵ Descendante

prise en compte des attentes des clients ou des utilisateurs. Mais n'oublions pas que le marketing peut être utilisé pour de bonnes comme pour de mauvaises causes. Il peut aider à soutenir une campagne anti-tabac ou tendre à diminuer la consommation d'alcool dans les universités.

Autre chose encore ! Sachant que le recrutement de nouveaux clients est souvent trop onéreux, le marketing s'emploie essentiellement à développer la consommation des clients effectifs ou actuels, soit en augmentant la fréquence de consommation, soit en accroissant les quantités consommées. Une démarche dans laquelle l'hôpital ne peut évidemment pas s'inscrire. Il est impensable de proposer aux patients de séjourner plus souvent et plus longtemps à l'hôpital. Bien sûr, on n'évitera jamais complètement les excès de certains praticiens, mais il faut souligner le fait que le code de déontologie médicale est expressément conçu pour éviter ce genre de dérives. Il n'est évidemment pas question d'aller au-delà du véritable besoin du patient et de susciter un désir de soins non fondé. Tout ceci permet de comprendre pourquoi le personnel soignant reste réticent lorsque l'on parle de marketing en milieu hospitalier. Et pourtant, nous pensons que l'hôpital aurait tout à gagner s'il s'inspirait de « l'esprit marketing ». En effet, le marketing nous propose une réflexion qui interpelle et séduit en même temps. Nous avons pointé quelques idées directrices qui mériteraient d'être développées. Le marketing est un changement de perspective. Tout un programme ! Mettre le patient au centre de ses préoccupations, c'est se mettre à sa place pour mieux comprendre comment il vit l'expérience de son hospitalisation. Le marketing est un effort constant d'adaptation. Cela suppose : sortir de sa zone de confort, observer l'évolution de son environnement, de la société, du monde de la santé, pour anticiper les nouveaux défis qu'on y détecte. Créer de la valeur perçue durablement supérieure à celle des concurrents. Cette devise nous entraîne dans l'exploration des concepts de qualité et de satisfaction. Le marketing est une stratégie qui s'inscrit dans la durée. Ce constat rejoint l'une des préoccupations principales de l'hôpital : la fidélisation de sa patientèle. Entrer dans une démarche marketing, c'est aussi faire preuve d'empathie et de proactivité, réhabiliter le volet relationnel de la profession de soignant, associer la raison et l'émotion dans la communication. C'est enfin et surtout adopter un mode de management dynamique qui fédère toutes les forces vives de l'hôpital, qui combine harmonieusement les différentes prestations tout au long du parcours du patient.

Nous allons maintenant nous intéresser à ce qui se passe au niveau micro, c'est-à-dire au sein même des unités de soins, terrain de jeu des futurs cadres de santé que nous sommes.

CHAPITRE 2 : L'UNITE DE SOINS, ENJEU DU MARKETING HOSPITALIER

Nous avons étudié les grandes lignes du marketing et, plus particulièrement, du marketing hospitalier. Nous avons pris conscience de l'utilité de la démarche marketing quand il s'agit de développer l'attractivité d'un hôpital. Or, il va de soi que les unités de soins ont un rôle à jouer pour préserver l'image de l'institution qui les abrite. Dès lors, il ne paraît pas concevable de les tenir à l'écart de cette nouvelle pratique.

1. L'implication naturelle et légitime des unités de soins : arguments en faveur de l'intégration du marketing

1.1. Une question de cohérence

Il nous semble logique de faire entrer le marketing de manière plus formelle dans les unités de soins. En effet, la vision stratégique de l'hôpital concerne tous les services, lesquels sont tenus de se mettre au diapason de la politique initiée par la direction. Il n'y a pas de raisons de limiter les mots d'ordre à un certain niveau de la hiérarchie, à certains départements, tous les secteurs sont censés faire en sorte que le séjour du patient réponde à ses attentes. Il faut à tout prix éviter un écart entre le travail réel et le travail prescrit, c'est-à-dire, entre la pratique des soignants et la communication tant interne qu'externe de l'hôpital. Sinon, cela engendrera de la frustration dans le chef du personnel, déconcerté, ainsi que de l'insatisfaction chez les patients, déçus par la qualité des soins ou de l'environnement qui ne répond pas à leurs attentes.

1.2. La place du patient

Il est peut-être temps, dans les unités de soins, d'acter une fois pour toutes que le patient a pris une autre dimension et de le considérer, aussi, comme une personne à part entière, sinon comme un client. C'est une évolution sociale inéluctable et irréversible. Caroline Merdinger-Rumpler n'hésite pas à écrire à propos des droits du patient : «...il devient une personne capable avec un rôle fortement participatif et actif». ³⁶ En effet, depuis 1980, l'approche paternaliste des soins, génératrice d'une

³⁶ MERDINGER-RUMPLER Caroline, « La satisfaction du patient hospitalisé : de la mesure au pilotage. Une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation » IECS, Université Robert Schuman, Strasbourg
inwebs.unice.fr/recemap/contenusiteinternet/semin, consulté le 05/03/2017

relation asymétrique, a laissé progressivement la place à une approche centrée sur le patient, qui prend en considération ses particularités, ses valeurs et son vécu. Ce changement d'attitude s'inscrit dans un contexte particulier d'évolution sociale, de développement technique et législatif. Depuis 2010, la place du patient a encore évolué et nous nous retrouvons dans un système de partenariat. La perspective du partenariat de soins franchit un pas supplémentaire par rapport à l'approche centrée sur le patient, en le considérant comme un acteur de soins à part entière. L'équilibre est rétabli entre le soignant, professionnel de la maladie et le patient, professionnel de la vie de la maladie³⁷. La place que donne le marketing hospitalier au patient est donc en adéquation avec cette nouvelle perspective.

1.3. Les unités en premières ligne

Il faut aussi évoquer la satisfaction du consommateur de soins, le but premier de la démarche marketing. Il y va de la fidélisation de la patientèle, mais aussi de l'attractivité de l'hôpital. Or, la satisfaction est liée à la qualité du service, c'est-à-dire, au degré auquel il répond, par ses caractéristiques et performances, aux attentes du patient. Là aussi, c'est l'unité de soins qui est en première ligne pour explorer les attentes du patient et lui proposer le service personnalisé le plus approprié.

1.4. Le réconfort

Nous ne pouvons ignorer que dans le champ des services liés à la santé, et à l'hôpital en particulier, la dimension affective et les émotions apparaissent jouer un rôle prépondérant dans l'élaboration du jugement de satisfaction. Par exemple, certains travaux ont mis en évidence l'importance de l'émotion liée à la peur et l'anxiété dans la perception par le patient de l'expérience de services.³⁸ Les patients sont ainsi amenés à utiliser des critères d'évaluation non techniques, comme les relations avec les personnels, en particulier médicaux et soignants. Les unités de soins se doivent donc de développer une culture basée sur le « réconfort » des malades. Elles sont effectivement les mieux placées pour prendre en charge cette dimension affective.

³⁷ Thérèse Hebbelinck, conseiller au service Ethique de l'UNESSA, conférence sur l'approche éthique et juridique du Projet de soins personnalisé anticipé, du 24.10.2017.

³⁸ MERDINGER-RUMPLER Caroline, « La satisfaction du patient hospitalisé : de la mesure au pilotage. Une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation » IECS, Université Robert Schuman, Strasbourg [inwebs.unice.fr /recemap /contenueinternet/semin](http://inwebs.unice.fr/recemap/contenueinternet/semin), consulté le 05/03/2017

1.5. La communication

Pour finir, soulignons l'importance de la communication interpersonnelle. Dans ce domaine, les unités de soins ont un rôle déterminant à jouer. On a vu dans le chapitre consacré au marketing de services que le personnel en contact avec les clients est le vecteur majeur de la communication. Or, dans un hôpital, le personnel soignant est sans aucun doute celui qui côtoie le plus les patients qui séjournent dans son unité. Ses nombreuses interventions auprès des malades, que ce soit pour leur dispenser des soins ou améliorer leur confort, sont autant d'occasions de communiquer et par conséquent de donner une image positive. Les patients ne sont pas les seuls concernés par les possibilités de communication qui s'offrent aux soignants, en effet, l'accueil de la famille, des proches, des visiteurs peut aussi donner lieu à un échange fructueux sans que cela n'affecte significativement la disponibilité du soignant.

Notons enfin, pour terminer, que la remontée d'informations et l'analyse des incidents dans les unités sont indispensables dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et de l'attractivité de l'hôpital.

2. Les résistances au changement

Faire entrer le personnel soignant dans une optique marketing n'est pas une chose aisée. Car cela suppose une inversion des paradigmes, une subversion de la culture hospitalière. Mettre le patient au centre de ses préoccupations, principe de base de la démarche marketing, cela n'est pas nouveau certes. Dans l'article 6. § 2. 2°, de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 concernant la fonction des infirmiers chefs, il est bien précisé que celui-ci est responsable « *de l'offre d'une organisation de soins infirmiers centrée sur le patient accordant une attention particulière aux droits du patient et à l'éthique* ». Certains vous diront également que mettre le patient au centre de ses préoccupations, c'est l'essence même du travail de soignant et le point essentiel d'une démarche en soins infirmiers. Ce qui est nouveau, c'est la nature de la relation entre le soignant et le soigné. Car le patient devient un « client » qu'il faut influencer, séduire, convaincre. Jusque-là, le soignant bénéficiait d'une représentation sociale forte, faite de compétences, de dévouement désintéressé. Cette aura lui permettait de maîtriser la relation avec ses patients. Le soignant possédait les connaissances en matière de santé, il détenait l'information. Il exerçait ainsi un certain pouvoir sur le patient conciliant ou résigné. Or, avec la vision marketing, le rapport de force s'est inversé. C'est le patient qui mène le jeu. Avant de choisir son hôpital, il s'informe, compare, consulte Internet et il peut à tout moment décider d'aller se faire soigner ailleurs. L'avènement du marketing dans le champ hospitalier constitue bien un changement qui contraint l'individu et le groupe, en l'occurrence le soignant et

l'unité de soins, à remettre en cause les schémas fondamentaux sur lesquels il fonctionne. La sensation qu'a le soignant de perdre une partie de pouvoir dans la relation soignant-soigné, dans laquelle le patient est maintenant considéré comme un partenaire de soins, peut donc expliquer cette réticence à voir arriver le marketing dans les unités.

Néanmoins, nous avons le sentiment qu'une des causes possibles de résistance au changement est liée à un manque d'information

3. Une opportunité pour le cadre de santé

Si, pour les raisons que nous venons d'évoquer, le cadre de proximité est réticent face au marketing, il n'en reste pas moins qu'il a tout intérêt à y recourir s'il veut jouer pleinement son rôle de gestionnaire d'unité. En effet, en rapprochant les différentes missions qui définissent la fonction du cadre de santé, telle que définie par la loi, avec les priorités du marketing hospitalier, on constate de nombreuses concordances et, par conséquent, de nombreuses possibilités de synergie. Le management, la communication et le marketing sont des domaines très proches, voire complémentaires.³⁹ La démarche marketing peut avoir un effet de levier et transcender le rôle du cadre de santé. Si le marketing a besoin du cadre, celui-ci a aussi besoin du marketing. Examinons ci-après les rapprochements possibles.

3.1. Opérationnaliser la vision stratégique

*« L'infirmier en chef veille à ce que l'activité infirmière au sein de son équipe soit en phase avec la vision stratégique du département infirmier ainsi qu'avec les évolutions et attentes de la société ».⁴⁰
...« Il a en particulier 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 »⁴¹*

Nous sommes bel et bien en face du volet « communication interne » du marketing, orienté vers le personnel, souvent considéré comme le 5^{ème} P du marketing mix. Certains vont jusqu'à dire que la démarche marketing doit d'abord toucher les collaborateurs, en d'autres mots, il s'agit de les considérer comme des clients internes et donc, le cas échéant, de « vendre » le marketing à ceux qui

³⁹ Medina Pablo, Lahmadi Ghizlaine, « La dimension communicationnelle du management hospitalier », in Communication & Organisation, n° 41, janvier 2012, p. 157-168.

⁴⁰ art. 5. § 1^{er} de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de la loi sur les hôpitaux en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef

⁴¹ art. 5. § 2. 1 de la même loi

doivent l'appliquer. Et pour cause, même si l'on a conçu le produit idéal en fonction des attentes des clients/patients, élaboré une communication vraiment convaincante, on n'est pas sûr d'obtenir des résultats tangibles. Si on a « oublié » d'impliquer le personnel, si on ne l'a pas mis au courant de ce qu'on attend de lui, celui-ci risque de se comporter ou de réagir de manière inappropriée par rapport aux attentes des consommateurs. Que faire si la direction de l'hôpital a choisi, au terme d'études de marché de s'engager dans une politique de marketing ? Dans un premier temps, il conviendra d'en communiquer les raisons aux membres de l'équipe.

C'est évidemment le rôle du chef d'unité, autrement dit du cadre de santé, d'instiller cette nouvelle culture. Mucchielli affirme que « *si le manager est incompetent en communication interne, il est incompetent en management* ». ⁴² La communication, c'est le rôle-clé du cadre de santé tant dans l'hôpital qu'au sein de son équipe. Il lui appartient donc de mettre en évidence, aux yeux de son équipe, l'évolution de la société et, en particulier, du marché de la santé, d'attirer l'attention sur les exigences accrues du consommateur de soins, de mettre en lumière l'apparition d'un environnement concurrentiel de plus en plus présent et ainsi de mieux faire comprendre la vision de l'hôpital. Ces arguments visent à donner du sens à ce qui est demandé et donc à faire prendre conscience au personnel concerné qu'il importe d'avancer ensemble vers un but commun.

La mission du cadre de santé consiste aussi à instaurer une dynamique de groupe en impliquant les membres de son équipe, en initiant des discussions parmi eux et en suscitant des décisions collectives ayant trait à l'élaboration des modalités pratiques de la vision stratégique à mettre en place. Enfin, il lui reste à activer la motivation des soignants par la responsabilisation, la délégation et l'enrichissement des tâches. Les différentes interventions, décrites ci-dessus, basées sur la communication, la dynamique de groupe et la motivation, sont la promesse d'un engagement réel et efficace.

Pour le cadre de santé, c'est une occasion de s'affirmer comme leader, celui qui maîtrise l'information et est capable d'influencer les membres du groupe. Le marketing interne contribue à mettre l'équipe dans les meilleures dispositions pour produire un travail efficace.

⁴² MUCCHIELLI, cité par MEDINA Pablo et LAHMADI Ghizlaine, « La dimension communicationnelle du management hospitalier », in *Communication & Organisation*, n° 41, janvier 2012, p. 157-168.

3.2. Faire face aux changements.

*« L'infirmier chef a en particulier la responsabilité de diriger, d'accompagner et d'évaluer les processus de changement »*⁴³

Là encore, le marketing tient lieu de référence. En effet, Le marketing est un effort constant d'adaptation. Avoir l'esprit marketing, c'est être constamment dans la recherche, la remise en question. C'est être attentif à son environnement, parce qu'il est en évolution constante. C'est être à l'écoute des autres parce qu'ils ont beaucoup d'informations à nous apporter. C'est être conscient que rien n'est immuable. C'est être visionnaire, anticiper le changement. Tout cela est bien en adéquation avec le job de cadre. Mais cela ne suffit pas. Il lui incombe également d'embarquer toute son équipe dans le changement. Or, nous le savons, qui dit changement dit résistance au changement. Les causes en sont : le manque d'information, la sensation de perte de contrôle et l'incertitude. Les résistances sont néanmoins utiles, voire nécessaires, car elles conduisent au dialogue. L'occasion pour le cadre de s'affirmer en ayant recours à une bonne communication interne, adaptée à chacun, point de départ d'un meilleur engagement. Piloter les changements offre également au cadre de santé l'opportunité de faire évoluer son équipe vers une culture plus souple, plus ouverte, plus proactive, s'adaptant plus facilement aux changements de son environnement, à la diversité culturelle de ses patients.

Mais comment le cadre peut-il influencer plus facilement son équipe en vue de l'amener à intégrer le changement ? Le marketing peut-il l'y aider ? *« Le marketing est une démarche englobant de nombreux éléments apparemment disparates, mais en réalité interdépendants, qui composent l'organisation de ceux qui ont quelque chose à vendre et de ceux à qui ils veulent s'adresser. Il s'agit pour l'entreprise de connaître les motivations cachées de sa clientèle, ce qui l'incite à acheter et ce qui l'en détourne, pour mieux agir sur elle, en lui présentant la face des choses que cette clientèle désire»*.⁴⁴ Cette définition nous montre que le marketing est un outil supposé être utilisé lorsqu'on cherche à comprendre un comportement afin de se donner les moyens de l'influencer. Il convient donc dans d'autres domaines que la vente, notamment, quand des individus entrent en communication ou quand quelqu'un a une idée à partager avec d'autres. En fait, il s'agit d'un outil qui pourrait être très utile au cadre de santé dans la gestion de son équipe. En effet, tous les jours, celui-ci est amené à faire adhérer ses collaborateurs à la vision stratégique de l'hôpital, à de nouveaux projets, de nouvelles procédures. Et cela n'est pas toujours une chose aisée ! Sur base des arguments qui

⁴³ Art. 5. § 2. 2° de l'Arrêté royal portant exécution de la loi sur les hôpitaux en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef

⁴⁴ DAYAN Armand, *Que sais-je ?, le marketing*, Ed. Presses universitaires de France, 1976, page 4.

précédent, les techniques du marketing se prêtent donc à la mise en place d'actions destinées à atteindre un but commun.

En matière de promotion ou de publicité, le marketing apporte également des pistes pour mieux faire adhérer le personnel aux innovations proposées. Pour concevoir une communication publicitaire efficace, le plus important est de travailler sur la mise en forme du message. Le publicitaire américain David Ogilvy disait : « *Dites la vérité mais rendez-là fascinante* »⁴⁵. Et c'est bien là que réside tout le secret de la communication. Premièrement, le message doit être positif, attrayant et mettre en avant les avantages du produit. La valeur perçue du nouveau projet proposé aux membres de l'équipe doit être supérieure à la manière de faire précédente, sinon la motivation ne sera pas au rendez-vous. Vis-à-vis des unités de soins, l'essentiel de la communication consistera à démontrer cette supériorité tant pour les malades que pour le personnel soignant. Ensuite, le message devra les toucher, leur parler, faire appel à leurs propres valeurs. D'où l'importance de bien les connaître, de parler leur langage et d'utiliser les mots qui les interpellent. C'est d'ailleurs sur cela que les publicitaires comptent quand ils créent une publicité : la signification symbolique des choses et les valeurs qui y sont rattachées. La manière dont le cadre va vendre le changement est déterminante pour la suite. Il faut savoir se montrer convaincant pour enrôler tous les collaborateurs dans son projet. Mais cela ne s'arrête pas là. Instaurer une démarche de type marketing vis-à-vis du personnel, c'est aussi le considérer comme un client interne et, par voie de conséquence, tester régulièrement son niveau de satisfaction.

3.3. Comment se différencier ?

« *L'infirmier en chef est responsable de la qualité et de la continuité des soins assurés par son équipe* ». ⁴⁶

Que nous dit le marketing au sujet de la qualité ? Comme nous l'avons déjà évoqué, il existe une notion de qualité perçue par le patient qui est différente de la qualité intrinsèque. Pour les actes techniques, il est évident que le travail sur la qualité perçue ne peut en aucun cas prendre le pas sur la qualité intrinsèque. En effet, pour la sécurité du patient, il est impératif que ces actes soient réalisés sur base de toute une série de critères médicaux et scientifiques. L'infirmier en chef a sur ce point déjà un rôle essentiel à jouer puisqu'il lui revient de vérifier la bonne application des procédures. Mais aujourd'hui, le patient attend bien plus que des soins prodigués en toute sécurité. Ainsi, pour

⁴⁵ DAYAN Armand, *Que sais-je ?, le marketing*, Ed. Presses universitaires de France, 1976, page 74

⁴⁶ art.6. § 2.4° de l'Arrêté royal portant exécution de la loi sur les hôpitaux en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef

créer une valeur perçue supérieure aux autres acteurs du marché de la santé, il faut, d'une part, connaître les attentes des patients et, d'autre part, se différencier, se démarquer, en allant au-delà de ces attentes. Il faut surprendre agréablement le patient. Cette différence se marquera sur l'ensemble du « package », du service global : soins, confort, hôtellerie, accueil. Cela ne pourra se faire sans que soit induite une dynamique basée sur l'empathie, la créativité, la proactivité et l'action au sein de l'équipe de soins. Cette dynamique sera, comme il se doit, initiée et conduite par l'infirmier chef d'unité. Ce sera pour lui l'occasion de créer de la motivation par l'enrichissement des tâches. Car il est évident que la qualité ne peut être le fait d'une seule personne, mais de tout un groupe.

L'utilisation du marketing dans le but d'améliorer la qualité comporte d'autres avantages. Ainsi, la dynamique instaurée pour répondre à la nécessité de différenciation générera un sentiment de reconnaissance et de motivation au sein de l'équipe. De plus, cela aura pour impact de créer un cercle vertueux, car on peut s'attendre à ce que la satisfaction du patient génère celle du personnel soignant et vice versa.

3.4. Du savoir-faire au faire-savoir

*« 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 ».*⁴⁷

Un des rôles impartis à l'infirmier chef d'unité, est de favoriser la formation et le développement des compétences de ses collaborateurs. Une fois de plus, nous pensons que le marketing peut l'y aider. Grâce à une analyse des attentes, des besoins, des motivations et des habitudes des membres de l'équipe, couplée à l'étude des points d'amélioration relevés via les enquêtes de satisfaction auprès des patients, le cadre de proximité met plus facilement en évidence les thèmes des formations à mettre en place pour optimiser le fonctionnement de son unité.

En tant que chef d'unité, il convient d'insister sur un des points essentiels en matière de formation : la communication. En effet, dans les unités, le personnel est proche du patient, il passe beaucoup de temps avec lui, il rencontre sa famille, les visiteurs. Il est donc le mieux placé pour diffuser les valeurs de l'hôpital et faire la promotion de la qualité des services fournis. Et, par voie de conséquence, orienter le bouche-à-oreille en faveur de l'hôpital. Mais encore faut-il savoir s'y prendre. Et

⁴⁷ Art. 9. § 1^{er} de l'Arrêté royal portant exécution de la loi sur les hôpitaux en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef

malheureusement, il y a beaucoup de chemin à parcourir dans les unités de soins. Dans ce domaine également, les entreprises du secteur marchand ont pris de l'avance. Les stewards du train Eurostar, fussent-ils intérimaires, doivent suivre une formation préalable d'au moins une semaine. On leur enseigne lors de celle-ci à ne jamais dire non aux clients, à formuler leurs questions sous forme ouverte plutôt que fermée, ou encore à éviter de prononcer un certain nombre de mots à connotation négative. A l'heure actuelle, tout qui, pas son métier, ses fonctions, est en contact avec le public a tout intérêt à connaître les bases de la communication.

Une meilleure maîtrise des paramètres de la communication ne profitera pas uniquement aux rapports soignants/soignés, mais aussi aux rapports entre les membres de l'équipe. Tout profit pour les malades et leur famille qui apprécieront la sérénité de l'ambiance régnant dans le service, mais aussi pour le personnel lui-même qui évitera plus facilement les situations de stress.

Il est permis de conclure, sur base de ce qui précède, que le marketing peut constituer un complément non négligeable au management et servir de fil conducteur à la mission du cadre de santé. Nous allons maintenant approfondir la notion de qualité.

CHAPITRE 3 : LA NOTION DE QUALITE

Certains cadres de santé pourraient considérer que la politique « qualité » menée par l'hôpital est largement suffisante et qu'il est inutile de perturber, voire démotiver, le personnel soignant en lui ajoutant de nouvelles contraintes, comme, par exemple, l'introduction du marketing. Cette position est compréhensible et suscite une question : le marketing est-il vraiment porteur de valeur et de progrès dans les services qui appliquent déjà une démarche qualité ? Notre propos, dans ce chapitre, consistera donc à voir s'il est possible de concilier ces deux approches dans l'intérêt de tous les porteurs d'enjeux, en particulier des patients et des soignants. Pour ce faire, nous allons commencer par nous pencher sur ce que recouvre le terme « qualité » dans les hôpitaux.

1. La qualité

1.1. Evolution de la notion de qualité dans le domaine de la santé.

Dispenser des soins de qualité, c'est bien évidemment une des priorités de tout établissement hospitalier. Cette notion existe depuis toujours. Le serment d'Hippocrate y faisait déjà allusion. Cependant, elle a longtemps été résumée par la qualité de l'acte technique en lui-même, garanti simplement par le niveau de formation du médecin. Jadis présumée, la qualité des soins ne l'est plus à l'heure actuelle. De nombreux éléments, tels que l'avancée de la médecine, la complexité de la prise en charge des patients, la multitude d'intervenants et de services interagissant ensemble, les contraintes économiques et les exigences de la société tant du côté des patients que du côté des pouvoirs publics, sont intervenus. Désormais, il y a lieu d'en administrer la preuve. La qualité des soins est devenue une préoccupation majeure des autorités publiques. Une de leurs premières mesures a été de créer un système d'agrément basé sur des normes auxquelles les hôpitaux devaient répondre pour être reconnus. Depuis, cette loi a été complétée par d'autres et l'on a vu naître toute une série de mesures, de projets, d'instances de contrôle visant à garantir toujours plus de qualité et de sécurité aux patients. Les professionnels de la santé et les hôpitaux sont désormais obligés de mettre en place des programmes d'évaluation, de maintien et d'amélioration de la qualité des soins offerts à la population.

1.2. Définition

Il existe de nombreuses définitions de la qualité. Parmi les plus connues, relevons celle en vigueur dans l'ISO⁴⁸. « *La qualité est l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* ». Relevons que cette définition introduit la notion de satisfaction, notion essentielle en démarche marketing comme en démarche qualité. Mais allons plus loin et demandons-nous comment satisfaire un patient sans, d'une part, une analyse des attentes et, d'autre part, une mesure de la satisfaction. Sans connaître ces deux paramètres, il nous semble en effet difficile d'améliorer la qualité des services proposés. Or, il s'agit d'un domaine déjà largement exploré par le marketing. Le recours aux techniques qu'il préconise est donc susceptible d'apporter des solutions à l'amélioration de la qualité. La notion de besoins implicites pose également question. Dans le milieu hospitalier, on imagine aisément que cela correspond à l'absence de complications lors de la prise en charge, mais pas seulement. Aller au-delà de ce que le patient exprime, tout un programme !

Penchons-nous un instant sur les normes ISO 9000 qui s'appliquent aux différents aspects du management de la qualité. Nous y épinglons certains points comme l'orientation client, la motivation et l'engagement de la direction, l'approche processus et l'amélioration continue. Produire de la qualité, c'est s'organiser efficacement pour satisfaire ses clients et atteindre les objectifs que l'on s'est fixés. C'est également connaître les attentes de ses clients. C'est finalement maîtriser ses compétences, ses ressources, la conception des produits et mesurer ses résultats. Des procédés en parfaite corrélation avec la démarche marketing. Pourrait-on, dès lors, envisager d'utiliser le marketing comme un outil susceptible de nous aider dans une démarche qualité au service de la satisfaction des patients et de la réalisation de nos objectifs?

1.3. Patient ou client ?

L'hôpital converti au marketing fait-il la distinction entre un patient et un client ? En effet, le patient y reçoit un service contre paiement. Cet échange ressemble furieusement à une transaction commerciale. Mais pour nous, l'essentiel n'est pas là. L'important est de savoir comment on traite ce patient/client. Le traite-t-on comme un client/usager, tel le client captif des services publics⁴⁹ ou comme un client/consommateur qui s'informe, compare et choisit ? Une des priorités de l'approche

⁴⁸ Organisation internationale de normalisation chargée de standardiser la qualité

⁴⁹ Postes, chemins de fer

marketing est justement de veiller à considérer le patient comme un client/consommateur, voire comme un client/expert, qui peut donner son avis et participer à l'amélioration de la qualité.

1.4. La qualité des soins.

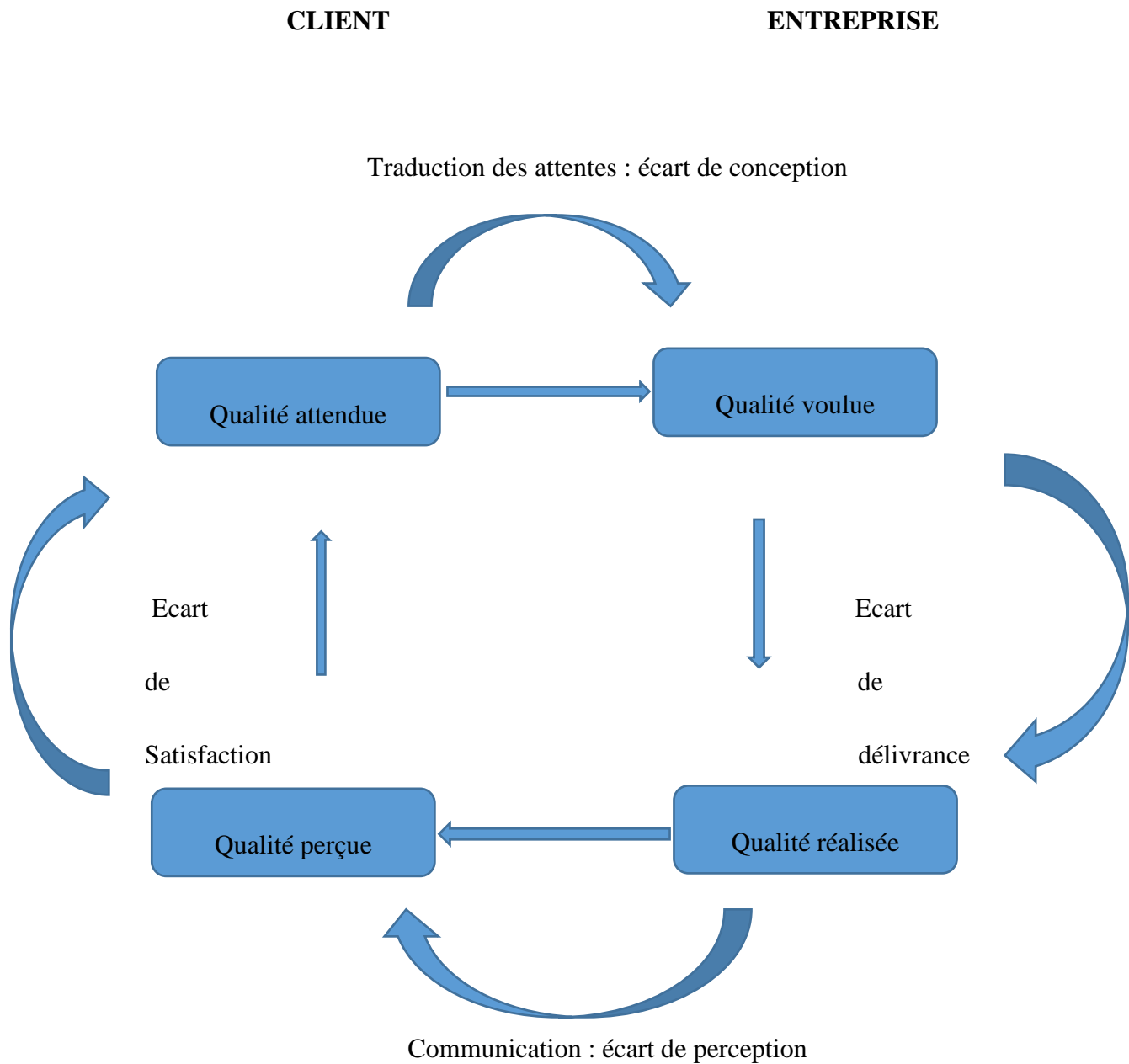
La qualité des soins a également des définitions multiples. La plus connue étant sans doute celle de l'Organisation Mondiale de la Santé : « *Un soin de qualité doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultat et de contact humains à l'intérieur du système de soins* ». La notion de sécurité pour le patient y apparaît en filigrane : les soins prestés doivent répondre à toute une série de normes et de critères médicaux et scientifiques. On peut aussi observer que l'évolution de la notion de qualité est devenue plus générale et que l'on peut dès lors la qualifier de globale. Elle s'intéresse à la structure et à son fonctionnement, au processus, au résultat et au côté relationnel, une des clés du marketing. Nous retrouvons également la notion, déjà évoquée, de satisfaction du patient qui, selon l'OMS, entre donc en ligne de compte pour apprécier la qualité des soins. L'optimisation des coûts pour la société est également évoquée, ainsi que les bénéfices pour le patient. Nous ne sommes pas très éloignés de quelques principes marketing déjà évoqués précédemment dans ce travail : un échange mutuellement satisfaisant pour les organisations comme pour les individus.

1.5. Plusieurs notions de qualité

Dans les définitions qui précèdent, nous pouvons remarquer que les notions de qualité et de satisfaction sont en fait étroitement liées. En effet, quel que soit le domaine d'activités, l'attention portée à la satisfaction du client est cruciale. Le résultat d'une prestation de service reste très dépendant de ses attentes qui conditionnent son niveau de satisfaction. La qualité ne peut être définie que par rapport à un référentiel, c'est-à-dire, une base qui étaye le raisonnement et dans laquelle prennent naissance les normes de jugement et d'évaluation. C'est, nous le verrons, une notion complexe, qui varie en fonction du statut de l'observateur⁵⁰ et, par conséquent, de sa propre perception. Il en découle plusieurs types de qualité comme nous allons le voir dans le schéma qui suit.

⁵⁰ Patient, professionnel de la santé, établissement, société

Graphique 1 : Le cycle de la qualité⁵¹ :



Grace à ce schéma, nous comprenons que la qualité est une notion complexe, dynamique et évolutive. Elle se compose en fait de plusieurs types de qualité qui sont interdépendants et qui sont influencés

⁵¹ Schématisation de la qualité dans le domaine des services adapté à la santé selon l'afnor : association française de normalisation

par la vision de la partie concernée, en fonction de ses propres critères. Sur ce schéma, nous retrouvons le patient et l'institution, par exemple hospitalière. Leur confrontation donne naissance à toute une série d'écart.

L'écart de conception : entre la qualité attendue par le patient et la qualité voulue par l'hôpital. Pour le minimiser, intervient en principe l'analyse des attentes du patient vis-à-vis du service proposé. Attentes, qui rappelons-le, vont dépendre notamment de l'expérience d'hospitalisation précédente, du bouche-à-oreille, de la notoriété de l'hôpital, de la réputation du corps médical, des besoins à satisfaire, etc. L'hôpital aura donc tout intérêt à en tenir compte dans la conception de son offre.

L'écart de délivrance : entre la qualité voulue et la qualité réalisée par l'institution de soins. Si le service délivré n'est pas tel qu'il a été conçu, il fera l'objet d'un processus d'amélioration s'appuyant sur la description préalable des normes auxquelles il devrait répondre. Ces normes vont dépendre d'une part des attentes du patient, mais pas seulement. Dans le milieu hospitalier il faut tenir compte également de toute une série de critères légaux, médicaux et scientifiques. Viendra ensuite une mesure de différents indicateurs, afin de déterminer l'écart entre ce qui doit être et ce qui est réellement, suivie des rectifications qui s'imposent pour remédier aux écarts.

Ecart de perception : entre la qualité réalisée et la qualité perçue, entre ce que l'hôpital pense avoir créé et ce que le patient perçoit. C'est là que se situe sans aucun doute la différence entre une démarche qualité basique et une démarche marketing qui accorde beaucoup d'importance à la qualité perçue. Mais cela n'est pas évident pour tout le monde. En effet, se confronter à ce que le patient perçoit des services que nous lui proposons, c'est accepter d'être jugé, voire critiqué. C'est devoir se remettre en question, sortir de sa zone de confort.

Nous fermons la boucle avec l'écart de satisfaction : entre la qualité attendue et la qualité perçue par le patient. Cet écart correspond à la mesure de la satisfaction du patient. On pourrait également compliquer l'exercice en évoquant la qualité perçue du point de vue de l'organisme payeur comme par exemple la sécurité sociale ou en ajoutant d'autres critères tels que l'efficacité des ressources.

La qualité voulue et réalisée est du ressort de l'hôpital. La qualité attendue et perçue relève du patient. L'imbrication des différents types de qualité démontre à souhait que la réduction des écarts de conception, de délivrance, de perception et de satisfaction ne peut être obtenue que grâce à une démarche alliant qualité thérapeutique et marketing relationnel.

2. La démarche qualité

2.1. Origine

La démarche qualité largement utilisée de nos jours dans les hôpitaux est en réalité une démarche d'origine industrielle qui s'est principalement développée au cours du 20ème siècle. C'est une démarche qui se propose d'étalonner la qualité d'un produit à partir d'un référentiel stable qui énumère ses constituants, leurs qualités respectives et les traitements qu'on leur fait subir. La qualité ne concerne que le produit et elle est obtenue grâce au contrôle final du produit. Du contrôle de certaines caractéristiques d'un produit, en vue d'adopter des actions correctives lors de sa fabrication, l'industrie est assez vite passée à la prévention, en prenant des dispositions systématiques dès la conception d'un produit afin de lui conférer une qualité à la fois plus régulière et plus économique. C'est ainsi que naquit l'assurance qualité qui s'intéresse à la qualité du procédé et non plus exclusivement à la qualité du produit. La gestion de la qualité est ainsi devenue un enjeu économique en soi. Puisque faire de la « non qualité » coûte plus cher que de mettre en place une bonne gestion de la qualité, la démarche qualité fait de nos jours partie intégrante de la stratégie de l'entreprise confrontée à une clientèle toujours plus exigeante. De l'assurance qualité des années 90, qui visait à répondre aux besoins exprimés par le client, nous sommes aujourd'hui passés à une gestion plus globale, incluant la satisfaction du client, mais également du personnel, voire même de l'environnement extérieur. C'est le concept de qualité totale qui introduit une dimension supplémentaire : la gestion de la qualité intéresse toute l'entreprise y compris le personnel. Il s'agit en fait d'un principe de management où la dimension humaine prend toute son importance. « *Il n'y a de qualité que si les processus sont bons et les hommes bien dans leur peau* »⁵². De nos jours, ces systèmes de gestion de la qualité peuvent s'appliquer à n'importe quel type d'organisation : industrie, commerce, enseignement, soins de santé,....

2.2. Une question de point de vue.

La recherche de la qualité repose sur des principes similaires au marketing. En fait, qualité et marketing sont avant tout une culture, un état d'esprit. En associant les deux visions qui ne sont pas si éloignées, mais plutôt complémentaires, le manager peut faire d'une pierre deux coups, sans pour autant alourdir la charge de travail et remettre en cause l'identité professionnelle du personnel

⁵² HUBINONT Myriam, *Management des unités de soins, de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*, Edition De Boeck, Bruxelles 1998, p.33

soignant. Le marketing n'entend pas remplacer les démarches qualité. Le marketing utilise les démarches qualité, mais en leur apportant un développement supplémentaire. Il peut notamment contribuer à mettre réellement le patient au cœur de l'hôpital, en tenant compte de son avis, de ses attentes, de son vécu. En prodiguant leurs soins, les soignants ont le loisir de dialoguer avec le patient, de l'informer, de l'interroger sur ses attentes et incertitudes, de tester sa satisfaction, sans pertes de temps significatives.

La démarche qualité part du producteur, l'hôpital en l'occurrence, et la démarche marketing part du consommateur, le patient. C'est une question de point de vue. Nous sommes tous d'accord pour dire que la qualité est indispensable, mais on peut discuter du type de qualité qui génère la plus grande satisfaction chez le patient. Reprenons l'exemple en milieu hospitalier des nombreuses procédures mises en place par le cadre. Elles sont bien souvent créées en se basant sur une démarche d'amélioration continue et sont développées pour améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient lors de sa prise en charge. Tout cela est, nous en sommes bien d'accord, indispensable. Mais ces multiples procédures tiennent-elles suffisamment compte des attentes du patient ? Ce n'est pas certain. Le patient, nous l'avons vu, est rarement à même de préciser ses besoins et attentes sur le plan purement thérapeutique. Il doit faire confiance et par conséquent s'en remettre au professionnalisme des praticiens et des soignants. Pour de nombreux services, des normes pallient cette carence et permettent de définir la qualité minimale requise. On dira que le service est de qualité s'il est en conformité avec la norme correspondante. Un des grands dangers de cette approche est d'oublier le patient et de se contenter d'être en accord avec la norme.

3. Qualité et marketing

Le marketing repose sur la qualité. Sans la qualité, le marketing n'a pas de raison d'être. Mais il offre une autre vision, il introduit une autre dimension. Vis-à-vis du patient, le marketing est d'avantage empreint de proximité, de proactivité. La qualité est souvent une démarche interne, le marketing sort de l'hôpital, il étudie son environnement. Il va chercher le patient pour lui montrer ce que nous sommes capables de faire, il s'adresse aux influenceurs, à la collectivité, il se compare aux meilleurs. Est-il utile de rappeler que le patient ne dispose généralement pas des éléments lui permettant de juger de la qualité technique des interventions qu'il subit, des traitements et des soins qui lui sont dispensés ? Il se raccroche à ce qu'il perçoit. Et comme on sait que le diable est dans les détails, il aura tendance à se souvenir des ratés plutôt que de la qualité générale des soins. Quels sont les critères qui affectent généralement la perception du patient ? Leur liste est longue et susceptible de s'enrichir régulièrement : amabilité, politesse, empathie, disponibilité, gestion de la douleur, informations suffisantes sur le traitement et les médicaments, transparence, écoute, rapidité de réaction,

insonorisation des chambres, qualité des repas, loisirs disponibles (télé, wifi, visites de bénévoles), respect de l'intimité, facilités offertes à la famille, aide psychologique, intervention d'un ministre du culte, etc. « *Le soin reste le cœur de l'offre des établissements de soins, mais c'est surtout sur les services périphériques qu'ils sont jugés*⁵³ »

Le concept d'expérialisation développé par le marketing ouvre de nouvelles perspectives. De nos jours, on ne se contente plus de consommer un bien ou un service, mais on en attend une expérience qui réponde à des attentes culturelles, sociales, affectives, etc. La question pour l'hôpital et l'unité de soins, dans ce contexte, est donc de « scénariser » l'offre de services pour que le patient en retire une impression globale positive.

La satisfaction est le cheval de bataille du marketing. La qualité contribue indéniablement à la satisfaction, mais ne suffit pas. La qualité est d'ordre cognitif, la satisfaction relève de l'affectif. La qualité repose sur une expérience de service, la satisfaction dépend de la manière dont elle est vécue. A cet égard, nous ne pouvons passer sous silence le modèle tétraclasse de Sylvie Llosa.⁵⁴ Ce modèle vise à établir les modes de contribution de différents éléments d'une expérience de service à la satisfaction du client/patient. Il intègre deux logiques de contribution des éléments à la satisfaction : les facteurs dont le poids est fluctuant et les facteurs qui demeurent stables. Sylvie Llosa distingue donc quatre grandes catégories d'éléments :

Les basiques : éléments qui ont un impact important sur la satisfaction globale lorsqu'ils sont évalués négativement par le client, mais qui contribuent peu à la satisfaction lorsqu'ils sont évalués positivement. Notons, à titre d'exemple, que la présence d'un appareil de télévision dans la chambre n'apporte aucune valeur ajoutée pour le patient, par contre, s'il n'y en a pas ou si l'appareil est défectueux, le patient risque d'être mécontent.

Les plus : éléments qui contribuent à une forte satisfaction s'ils sont évalués positivement par le client, mais qui n'entraînent pas d'insatisfaction en cas d'évaluation négative. Le patient ne s'attend pas forcément à disposer d'un coffre-fort dans sa chambre pour mettre ses valeurs en sécurité. Par contre, s'il constate qu'il y en a un, il sera positivement impressionné.

⁵³ CAILLET René et CRIE Dominique, « Stratégie de groupe public : pour un marketing hospitalier », in Marketing, n° 525, nov-déc 2008, pp 12-16

⁵⁴ LLOSA Sylvie, « L'analyse de la contribution des éléments du service à la satisfaction : un modèle tétraclasse », in Décisions Marketing, n° 10, 1997, P. 81-88

Les clés : éléments qui contribuent de façon importante à la satisfaction globale quelle que soit l'évaluation. Ils augmentent la satisfaction lorsque les attentes sont dépassées et génèrent de l'insatisfaction en deçà. On imagine bien que la satisfaction du patient sera proportionnelle au niveau d'amabilité du personnel soignant.

Les secondaires : éléments qui contribuent faiblement à la satisfaction globale, qu'ils soient évalués positivement ou négativement. On comprend aisément que l'avènement du GSM rende pratiquement inutile, dans la plupart des cas, le poste fixe installé au chevet du malade.

Cette approche, très intéressante, permet de distinguer les critères de satisfaction sur lesquels il convient d'agir en priorité.

4. Conclusion.

Nous l'avons vu tout au long de ce chapitre, le marketing peut être un outil permettant d'améliorer la qualité des services proposés aux patients et d'accroître leur satisfaction. Est-il besoin de répéter que le marketing ne cherche pas à remplacer la démarche qualité, mais bien à la compléter. Le patient a besoin de qualité technique et organisationnelle mais il porte surtout son regard sur ce qu'il est à même de percevoir, à savoir la qualité relationnelle et comportementale.

La démarche qualité vise à offrir au patient un niveau optimal de soins en fonction des moyens disponibles, l'approche marketing tend à traiter le patient comme quelqu'un d'unique. Mais le marketing ce n'est pas que cela. C'est un élément d'identification aux valeurs de l'hôpital pour les professionnels et les patients. Le marketing, c'est aussi un très bon outil de gestion qui pourrait être utile au cadre pour diriger son unité. En effet, se référer au marketing, c'est se poser les questions essentielles. « Quels sont nos points forts et nos points faibles ? » « Comment se démarquer de nos concurrents en créant de la préférence ? » « Comment améliorer la notoriété et l'image de notre unité ? » « Comment attirer, convaincre et fidéliser le patient ? » « Comment motiver et responsabiliser le personnel en place ? »

Au regard de tout ce que nous avons évoqué jusque-là, nous nous interrogeons. Le marketing ne serait-il pas la clé qui permettrait au chef d'unité de trouver un équilibre entre son ancien métier de soignant et son nouveau métier de cadre ?

Partie opérationnelle

Enquête auprès des cadres de santé : Etude de terrain

Introduction

Nous avons, dans notre partie conceptuelle, montré que l'implication des unités de soins dans une démarche marketing est une chose utile, voire indispensable. Néanmoins, de la théorie à la pratique, il y a une marge souvent difficile à faire accepter. C'est pourquoi, nous avons tenu, dans le cadre de cette recherche, à consulter des cadres de santé, actifs dans différents hôpitaux, afin de recueillir leur opinion. Pourquoi les cadres de santé ? Parce que les cadres de santé sont les premiers porteurs d'enjeux dans les unités de soins. Ce sont eux qui sont sur le terrain avec leur équipe. Qui d'autre qu'eux pourrait s'impliquer, initier la culture de l'excellence avec l'appui du marketing dans l'unité de soins, changer le regard de l'équipe vis-à-vis des patients, lui expliquer les nuances de la qualité perçue, attirer son attention sur les écarts de satisfaction, l'inciter à créer de la valeur relationnelle ? Qui d'autre pourrait engager le personnel soignant dans cette voie, fixer un cap, entamer un processus permanent d'évaluation et d'amélioration ? Ils savent comment fonctionne leur équipe, ils connaissent ses points forts, ses points faibles et sont donc à même de trouver les leviers à actionner pour créer de la cohésion et de la motivation, pour la mobiliser autour d'un projet commun. De surcroît, ils supervisent les activités de l'unité sur le plan organisationnel et communicationnel. Ils sont, par conséquent, bien placés pour donner du sens et développer des synergies entre les différents domaines. Enfin, Ils ont acquis une double culture, une culture de soignant et une culture générale liée au leadership, qui leur donne une vision élargie des problématiques à traiter et leur permet de créer du lien.

Chapitre 1 : Méthodologie

1. Finalité et objectif de la recherche

Notre intention est d'enrichir notre réflexion et de cerner l'état d'esprit autour de la démarche marketing, déjà présente dans certains hôpitaux et certaines unités à travers des actions ou des comportements qui n'en portent pas le label. Les questions que nous nous posons sont nombreuses et les réponses que nous espérons obtenir devraient nous permettre d'apporter un complément à notre approche théorique et de mieux appréhender la réalité du terrain. Quelle connaissance les chefs d'unité ont-ils du marketing hospitalier ? Quelle est leur attitude à ce sujet, leur croyance, leur appréciation, leur motivation ? Quelles sont leurs réserves, leurs remarques, leurs attentes, leurs suggestions, leurs aspirations ? En bref, notre idée d'utiliser les principes du marketing dans les unités est-elle envisageable ?

2. Type de méthode

Notre approche se veut plutôt qualitative, puisque notre but est d'écouter ce que les infirmiers chefs ont à nous dire, de comprendre leur ressenti et d'analyser leur vécu face au sujet qui nous intéresse. Nous n'avons pas d'hypothèses à valider ou à infirmer, mais plutôt quelques questions de départ, à partir desquelles nous souhaitons investiguer. Cela ressemble donc d'avantage à une méthode clinique.

2.1. Choix de l'outil

Dans ce contexte, notre attention s'est portée sur le choix d'un outil de recueil de données. Il s'agit d'une opération délicate, dans la mesure où elle influence la concordance des informations récoltées avec la problématique étudiée. Le questionnaire a été un temps envisagé, car il permet de toucher rapidement un grand nombre de sujets et se prête bien à un traitement statistique. Cependant, cet outil s'inscrit principalement dans une démarche quantitative, confirmatoire, hypothético-déductive. De surcroît, il ne renseigne pas sur ce que les gens font, mais sur ce qu'ils pensent faire. Il ne convient donc pas à des questionnements liés aux attitudes et aux opinions. L'observation se prête mieux à l'étude du comportement de l'équipe dans une unité de soins. Mais les biais sont nombreux, notamment ceux liés à la présence de l'observateur, qui obligent celui-ci à répéter les moments d'observation. L'idée d'un entretien de groupe nous a aussi semblé séduisante. D'une part, parce qu'il se réalise en un temps unique et, d'autre part, parce qu'il se distingue par la richesse des

interactions entre les différents intervenants. Nous ne l'avons pas retenue pour des raisons pratiques. Trouver un moment susceptible de convenir à chacun et faire déplacer plusieurs personnes, cela ne nous semblaient pas très réalisable.

Finalement, nous avons opté pour l'entretien individuel, l'outil de collecte de données le plus utilisé, paraît-il, dans le cadre des travaux de recherche menés en science de la santé, en sciences humaines et en sciences sociales. En effet, ce procédé est celui qui, pour différentes raisons, convient le mieux à notre situation et à notre objectif. Et pour cause, notre recherche obéit à une logique qualitative. Notre enquête est à visée exploratoire, elle ne cherche pas à mesurer, mais à comprendre et à découvrir. Ce qui signifie que nous n'envisageons pas de nous adresser à un grand nombre de personnes.

Le marketing est une matière complexe qui reste malgré tout encore confidentielle dans certains hôpitaux, c'est pourquoi il nous a paru judicieux de recourir à l'entretien semi-directif dont le guide se trouve en annexe⁵⁵ de ce travail. L'entretien semi-directif permet à l'enquêteur d'identifier préalablement les thèmes et sous-thèmes à aborder et de poser les questions adéquates. L'avantage est double, puisque, d'une part, le guide utilisé par l'intervieweur lui permet de balayer la problématique sans risquer d'omettre l'un ou l'autre point significatif et, d'autre part, l'interviewé s'exprime librement à l'intérieur de chaque thème. L'entretien non directif n'a pas été retenu parce qu'il risquait de nous emmener trop loin dans la réflexion et de ne pas aborder les thèmes qui nous intéressent et qui seront développés ci-après.

Le choix de cet outil relève également d'une motivation personnelle. En effet, nous pensons que réaliser une épreuve intégrée est une opportunité de progresser et de parfaire nos compétences. Se lancer dans une série d'entretiens, c'est avant tout apprendre à s'intéresser réellement à ce que l'autre veut dire, s'exercer à l'écoute active⁵⁶, savoir analyser et retirer les informations importantes d'un contenu, pouvoir reformuler adéquatement. Quoi qu'il en soit, cette expérience ne peut qu'être bénéfique dans notre fonction où nous sommes constamment appelé à communiquer.

2.2. Population étudiée

Nous l'avons dit au début de ce chapitre, la cible de notre enquête est le cadre de proximité. Commençons par définir les critères d'exclusion de notre population. Premièrement, nous avons délimité une zone géographique. Pour limiter nos déplacements, nous avons choisi de rester dans le Hainaut. Nous avons également décidé de ne pas enquêter dans les hôpitaux psychiatriques. Les

⁵⁵ Voir annexe 1

⁵⁶ Sans induire la réponse, sans tenter d'influencer...

spécificités de ces établissements et les types de pathologie qui y sont pris en charge nous semblent en effet difficilement compatibles avec des démarches visant à attirer, convaincre, et fidéliser le patient. De même, nous avons écarté de notre population les infirmiers chefs rencontrés dans le cadre de notre cursus, car ils pourraient être influencés par le fait d'avoir déjà lu une partie de notre travail.

2.3. Type d'échantillon

Nous n'avons pas voulu nous limiter à une seule institution. En effet, notre but était de recueillir la plus grande diversité possible d'avis émanant de professionnels actifs dans différents hôpitaux. Le choix d'hôpitaux régionaux n'est pas anodin. En effet, ce sont ceux qui sont les plus exposés à la concurrence de leurs voisins. D'une part parce qu'ils occupent le même créneau et, d'autre part, parce que le critère de proximité, avancé comme un de leurs atouts favorisant l'attractivité de l'hôpital, est de moins en moins pertinent. Ainsi, nous avons décidé d'interviewer deux infirmiers chefs dans quatre établissements différents pour amener l'hétérogénéité évoquée ci-dessus. Nous n'avons pas choisi de sélectionner des unités particulières au sein d'un hôpital. Tous les individus de notre population avaient donc la même chance de faire partie de notre échantillon. Nous pouvons donc dire que notre échantillon est représentatif.

Nous avons ensuite répertorié le nom de chaque hôpital et le nom de chaque unité existante. Un simple tirage au sort, d'une part, de l'unité et, d'autre part, de l'hôpital nous a permis de sélectionner les personnes à interviewer. Comme nous recherchions la plus grande variété au niveau des profils, nous n'avons pas remis en jeu les unités tirées au sort.

3. Modalités pratiques.

Nous avons contacté les personnes par téléphone afin de programmer des entretiens d'une demi-heure, à un moment choisi par l'interviewé. Prévoir plus de temps semblait difficile, vu les agendas déjà fort chargés des infirmiers chefs. Pour les mêmes raisons, l'entretien a été conduit sur le lieu de travail de l'interviewé afin de lui éviter de se déplacer. Nous lui avons demandé de prévoir un local au calme.

4. Les biais

Ils sont inévitables. Mieux vaut en être conscient et éviter d'y être trop exposé.

Relevons parmi les biais possibles lors de nos entretiens :

- Notre opinion et notre croyance sur le sujet traité.
- Notre attitude vis-à-vis de l'interviewé. Toute la difficulté réside dans le respect de la juste distance : tenter la neutralité, n'être ni trop directif, ni trop laxiste ; ni trop familier, ni trop distant.
- Nos a priori, notamment sur le cadre et son rôle dans le marketing, sur la réputation de l'hôpital dans lequel nous nous trouvons.
- La méconnaissance par l'interviewé de certains sujets abordés, qui pourrait induire de la gêne, voire des réticences.
- Le manque de temps de l'interviewé ou un entretien interrompu, des situations qui pourraient générer du stress et un manque de disponibilité.

5. Points d'attention

Lors des entretiens, il s'agit d'être particulièrement attentif au non verbal. Nos croyances, notre opinion au sujet du marketing pourraient être à l'origine d'un désaccord avec la personne interviewée, ce qui se traduirait dans notre façon de reformuler ou d'enchaîner avec les questions. En prendre conscience nous incite à redoubler de vigilance. Comme ces facteurs d'influence se retrouvent également dans la sélection des données recueillies, nous avons choisi d'enregistrer les entretiens. Nous avons également créé une grille d'analyse⁵⁷ a priori pour tenter de répertorier les informations avec le plus d'impartialité possible.

De prime abord, on pourrait penser que la proximité sociale avec la population étudiée est propre à faciliter l'entretien. En effet, n'avons-nous pas le même travail, les mêmes responsabilités et donc probablement les mêmes difficultés ? Rien n'est moins sûr. Cela risque au contraire d'induire des biais, par exemple si la personne en face de nous a peur d'être jugée. Surtout si nous venons d'un hôpital concurrent. Tout repose donc dans l'art de mettre à l'aise notre interlocuteur et de présenter notre enquête. Nous avons prévu d'entamer l'entretien en renseignant brièvement⁵⁸ les interviewés sur l'objet et la finalité de notre recherche, et de les mettre à l'aise en précisant qu'il ne s'agit

⁵⁷ Voir annexe 2

⁵⁸ Des informations trop précises influenceraient les réponses

nullement d'un examen, mais plutôt d'une forme de consultation privilégiant les informations concrètes et les acteurs de terrain.

6. Pré-test de l'outil

Nous avons effectué un pré-test de l'outil avec un cadre sélectionné de la même manière que celle expliquée ci-dessus. Ce dernier fait donc partie de notre population parente et aurait pu faire partie de notre échantillon. L'entretien s'est déroulé dans les mêmes conditions que les autres. Voici les différents constats auxquels nous sommes arrivé.

Tout d'abord, le premier guide d'entretien élaboré était trop long et aurait pris trop de temps lors des interviews, mais aussi lors de l'analyse. Les deux thèmes « qualité » et « communication », prévus initialement, ont été abordés en partie de manière spontanée pour répondre aux questions en lien avec l'enquête de satisfaction. Les autres points de ces deux items ne nous ont pas amené d'informations pertinentes. Nous avons donc remanié le guide d'entretien pour plus de concision.

Deuxièmement, la question prévue initialement sur le marketing était trop vague. En effet, comme nous nous en doutions, cette discipline reste mal connue et la personne interrogée semblait décontenancée par notre question, au point de nous demander ce que nous voulions dire par là. La question a donc été modifiée et une question finale a été instaurée afin de savoir si notre interlocuteur a déjà entendu parler du marketing hospitalier.

Troisièmement, il est tentant, lorsque la personne nous répond, de donner notre avis, comme nous le ferions dans une conversation. D'où la nécessité d'être très attentif lors des entretiens suivants et de se souvenir que nous sommes là pour recueillir des informations et que nous devons éviter d'influencer les réponses. Un point à travailler, en insistant plutôt sur la reformulation sans craindre des moments de silence. Vu que le guide d'entretien a été modifié à la suite du test, nous n'avons pas tenu compte des réponses dans l'analyse des entretiens.

Nous allons maintenant analyser nos entretiens et vous partager ce que nous y avons découvert.

Chapitre 2 : Analyse des entretiens

Pour alimenter notre partie opérationnelle, nous avons réalisé huit entretiens. Les rencontres se sont déroulées dans quatre hôpitaux de la région. Nous avons donc rencontré deux infirmiers chefs par hôpital. Chacun travaillant dans une unité différente, à savoir : oncologie, gériatrie, chirurgie de jour, imagerie médicale, maternité, urgences, médecine et soins palliatifs. Les entretiens ont duré environ une demi-heure. Ils ont été enregistrés puis retranscrits pour pouvoir les analyser. Nous avons conduit les entretiens en garantissant l'anonymat, mais en conservant l'identité de la fonction. Nos interlocuteurs nous ont donné l'impression de s'exprimer franchement, n'hésitant pas à dire ce qu'ils pensaient. Nous n'avons pas relevé de situation particulière de stress, d'agressivité ou de méfiance. Tous nos interlocuteurs ont accepté d'être enregistrés.

Ces rencontres furent très enrichissantes pour notre travail de recherche. Nous avons été confronté à la réalité du terrain et avons pu découvrir une très grande diversité de situations, de pratiques et de comportements. Il était également très intéressant de voir comment les infirmiers chefs envisagent leur rôle quand il s'agit de mettre leur unité au service de la satisfaction du patient et de l'attractivité de l'hôpital. Nous nous proposons maintenant d'analyser la teneur des entretiens sous différents angles, inspirés des concepts que nous considérons comme essentiels en marketing hospitalier. Pour chaque thème évoqué, nous envisageons de répertorier, de comparer et même de confronter entre elles les attitudes de nos interlocuteurs, leurs méthodes, leurs idées, leurs suggestions. Notre analyse sera donc plutôt transversale. Le but recherché étant de voir où en est le marketing dans les unités et de dégager des pistes susceptibles de conduire aux bonnes pratiques dans ce domaine.

1. La satisfaction

1.1. Enquête de satisfaction

Voici un relevé des pratiques en vigueur dans les huit unités que nous avons visitées.

Tableau 1 : relevé des pratiques en matière d'enquête de satisfaction

n=8	Oui	Non	Autre
Présence d'un questionnaire de satisfaction dans l'unité	5	2	1
Nombre d'unités avec un questionnaire spécifique	2	4	2 (pas de questionnaire)
Retour des résultats des enquêtes via l'institution	3	3	2 (pas de questionnaire)

Nous pouvons constater que sur les huit unités où nous nous sommes rendu, cinq ont un questionnaire de satisfaction et deux n'en ont pas. L'unité classée dans « autre » ne réalise une enquête que tous les deux ans pendant une durée limitée. Il n'y en avait donc pas lors de notre passage. Nous voyons également que sur six unités proposant un questionnaire à leurs patients, seules trois ont un retour des résultats par leur institution. Et dans ces trois, se trouve l'unité qui ne réalise l'enquête que tous les deux ans. Seuls trois infirmiers chefs peuvent donc utiliser les résultats en vue de mettre en place des projets et de fixer des objectifs d'amélioration, ce qu'ils font d'ailleurs. Ils ne manquent pas non plus de transmettre les résultats aux membres de l'équipe lors de réunions afin de les sensibiliser à la problématique. Ces chiffres, même s'ils ne sont pas généralisables, nous semblent interpellants. L'enquête de satisfaction, outil indispensable pour se conformer et s'adapter aux attentes des patients, ne serait donc pas totalement exploitée dans les hôpitaux. Que dire aussi de ce fait pour le moins étonnant : l'institution crée un document, demande qu'on le distribue aux patients, mais ne prend pas la peine d'en donner une analyse aux infirmiers chefs. La responsabilité des instances dirigeantes face à ce manquement semble engagée.

Dans le tableau qui suit, nous avons répertorié ce que les infirmiers chefs disent des enquêtes de satisfaction. Nous retrouvons d'un côté les éléments à connotation positive et de l'autre les éléments

à connotation négative. Entre parenthèses, nous retrouvons le nombre de fois où les éléments ont été cités lors de l'ensemble des entretiens.

Tableau 2 : Relevé des termes utilisés par les infirmiers chefs pour qualifier les enquêtes de satisfaction

Eléments positifs	Eléments négatifs
Utile pour savoir ce qu'il faut améliorer (3)	Devrait être plus spécifique à notre unité (4)
Vue subjective du patient sur notre unité	Nous n'avons pas les retours (3)
Retour positif qui fait plaisir	Devrait être fait de manière régulière
Indicateur de qualité	(que tous les deux ans chez nous)
Intéressant pour avoir le retour du patient	Devrait être moins long
Intéressant pour défendre un projet, une demande de poste	
Intéressant pour remettre en question sa pratique	
Hyper bien, les résultats m'intéressent	
Bonne chose	
Bénéfique	
Permet de s'améliorer pour satisfaire le patient	

Tous nos interlocuteurs reconnaissent l'utilité du questionnaire de satisfaction. Selon eux, c'est un bon outil d'amélioration de nos pratiques, comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessus. Certains plaident cependant en faveur d'un document allégé, car la longueur rebute généralement la personne qui le remplit. En imagerie médicale par exemple, il faut autant de temps pour remplir le questionnaire que pour passer son examen. En gériatrie, la personne âgée n'a pas souvent la force et l'attention nécessaires pour remplir un long questionnaire. Deux unités disposent déjà d'un questionnaire spécifique et donc plus adapté selon elles à leurs caractéristiques. Cette idée semble

séduire d'autres infirmiers chefs qui trouvent le document général peu représentatif de leur unité et donc peu exploitable pour leurs propres objectifs.

A part cela, il faut bien reconnaître qu'il n'y a aucune uniformité dans les pratiques exposées concernant la promotion et l'utilisation du questionnaire de satisfaction. Certains sont très engagés dans cette démarche, nous y retrouvons sans trop de surprises les trois infirmiers chefs qui ont un retour des résultats. Ces trois personnes sont d'ailleurs les plus attentives à présenter le document au patient et à le récupérer à la sortie. Une seule unité applique une procédure additionnant la distribution et récolte des enquêtes. Dans les autres unités, le questionnaire est remis lors de l'admission et le patient doit le déposer dans une boîte aux lettres en sortant.

D'autres se montrent moins enthousiastes. Mais comment être motivé quand l'institution ne va pas elle-même au bout de sa démarche ? Ici, on déclare ne pas se montrer suffisamment vigilant et, de toute façon, ne pas avoir accès aux résultats même en les réclamant. Ailleurs, le fait de devoir donner des questionnaires sans obtenir de retour ne semble pas poser de problèmes. Mais des infirmiers chefs ont décidé de pallier ces manquements. Aux urgences, l'infirmier chef, en collaboration avec le médecin chef, vient de créer son propre document, plus succinct : ils se proposent d'analyser eux-mêmes les résultats. Pour les deux unités n'ayant pas de document, les choses avancent également. Les soins palliatifs sont en train de créer un document simple contenant 5 items. En chirurgie de jour, l'infirmier chef téléphone le lendemain à une certaine catégorie de patients et en profite pour leur demander de se prononcer sur leur satisfaction avec une note de 1 à 5.

Au vu de ce que nous venons d'évoquer, nous nous interrogeons. Les directions des hôpitaux sont-elles suffisamment impliquées dans l'analyse de la satisfaction des patients ? Est-il normal que seulement trois infirmiers chefs sur huit aient accès à un retour objectif de la qualité perçue par le patient. Est-ce normal de ne compter que sur la bonne volonté de quelques infirmiers chefs qui ont décidé de faire changer les choses ?

Nous avons choisi, pour clore le sujet, de faire état de propositions relevées lors de nos entretiens :

- Élaborer un questionnaire par type d'unité, quel que soit l'hôpital, de manière à faciliter la comparaison et favoriser le benchmarking.
- Placer à la sortie de l'unité une borne proposant des smileys correspondant au niveau de satisfaction du patient et dont le thème serait modifié tous les quinze jours.

1.2. Quels sont les éléments qui influencent la satisfaction du patient ?

Nous avons relevé tous les éléments qui, selon les infirmiers chefs, influencent le plus la satisfaction du patient lors de son hospitalisation. Nous avons pu les classer en quatre catégories.

Tableau 3 : classification des critères influençant la satisfaction du patient selon les infirmiers chefs

Relationnel	Hôtellerie	Information	Temps d'attente
Accueil (2)	Avoir une chambre particulière	Explication sur le déroulement de la prise en charge (2)	Avoir sa chambre rapidement après l'admission
La manière d'être pris en charge	Chambre en ordre	Avoir une réponse à sa question (2)	Peu d'attente entre arrivée et prise en charge
Mettre le patient en confiance	Une télé pour chaque lit en chambre double	Explication sur le temps d'attente	Temps d'attente restreint pour répondre aux sonnettes
Amabilité	Wifi dans l'hôpital		
Qu'on s'intéresse à leurs problèmes	Confort au niveau de l'infrastructure		
Etre considéré comme une personne	Les repas		
Soignant doux et aimable			
Politesse du personnel			
Etre entendu			
Bonne communication			
Bon relationnel			
Bonne écoute			

Ce sont les éléments en lien avec l'aspect relationnel qui ont été le plus souvent cités. Ce qui corrobore assez bien ce que nous avons pu évoquer dans notre partie conceptuelle. Notons que l'accueil y a été cité deux fois. C'est effectivement un moment crucial dans toute rencontre. Viennent ensuite la qualité de l'infrastructure et l'hôtellerie, suivies de l'information donnée au patient. La dernière catégorie concerne le temps d'attente, avec différents exemples cités, mais dans des contextes différents. Nous retrouvons bien des éléments en lien avec l'expérience vécue par le patient et non avec la qualité des soins, qui n'a d'ailleurs été citée qu'une fois. Voilà déjà un tableau qui relève de nombreux points sur lesquels l'infirmier chef peut travailler avec son équipe. Bien évidemment, il s'agit ici du point de vue de l'infirmier chef. Il pourrait être intéressant de poser ces questions aux patients eux-mêmes et de comparer les résultats.

Plusieurs infirmiers chefs nous ont fait part de difficultés en lien avec ces différents critères. En effet, les patients sont de plus en plus nombreux et le personnel est, lui, de plus en plus restreint. Il faut donner de l'information au patient, répondre à ses questions, le rassurer, mais tout cela en cinq minutes. Comment faire pour que le patient ne ressente pas cette fébrilité ? De plus, comment voulez-vous rester aimable, calme, poli et souriant quand le personnel croule sous le travail ? C'est effectivement une réalité de terrain qu'il faut prendre en compte et qui pourrait être un frein à la mise en place d'une culture marketing dans les unités.

1.3. Idées pour améliorer la satisfaction du patient.

Force est de constater que les idées sont peu nombreuses et assez évasives. On se propose naturellement d'améliorer les paramètres qui impactent la satisfaction. Par exemple : soigner la qualité de l'accueil, appeler le patient par son nom, anticiper les besoins sur le plan diététique, travailler sur l'éducation au patient, pérenniser ses acquis. Deux personnes évoquent même le fait de travailler sur le tempérament des infirmières. L'une fait allusion au non-jugement et l'autre à leur manière d'aborder le patient. Mais tout cela sans actions concrètes en tête. Quatre personnes ont des projets bien précis. Trois travaillent sur une enquête de satisfaction, par formulaire et par borne interactive, puisque, comme elles le disent si bien, pour s'améliorer, il faut d'abord savoir sur quoi il faut travailler. Une idée intéressante est également de travailler sur l'itinéraire « patient » pour, d'une part, diminuer le temps d'attente dudit patient et, d'autre part, dégager du temps au profit des infirmières pour pouvoir donner plus d'informations et promouvoir l'éducation au patient.

Naturellement, nous voyons revenir de vieilles revendications sur lesquelles on n'a pas ou peu de prise : des locaux moins vétustes, des normes améliorées en matière de personnel, un médecin plus disponible pour le patient. Une seule réponse évoque le bien-être du personnel : plus d'ergonomie

pour le personnel. Une seule autre réponse évoque le confort physique du patient : travailler sur les ordres permanents.

1.4. Traitement des plaintes

Les plaintes traitées judicieusement constituent une réelle opportunité de fidéliser le patient et d'en faire un influenceur favorable à l'hôpital. Mais là encore, la manière d'appréhender le problème varie très fort d'un service à l'autre.

« Ça arrive et on sent bien quand ça ne va pas aller. Pour l'instant, on a un patient, on sait qu'il ne sera pas satisfait, parce que dès l'instant où il a mis les pieds ici, il a commencé à râler. Je sais que je vais avoir une plainte, alors j'ai pris les devants en disant aux infirmières de bien remplir les dossiers et je vais envoyer un événement indésirable avant qu'il ne porte plainte. J'ai été le voir plusieurs fois, mais quand quelque chose est cassé et bien c'est cassé (sic) ».

« Je dis au patient de faire leurs remarques et qu'ils peuvent écrire au service médiation ». Ou encore, « Tout passe par le service médiation ».

« Dès que j'entends qu'il y a une plainte, je vais directement voir le patient. Je prends ma chaise et je vais m'asseoir près du patient. Je ne reste pas debout avec un air de suprématie. Je m'excuse si c'est nécessaire parce qu'il arrive que nous nous trompions et je mets tout en place pour trouver une solution. Et les gens sont satisfaits d'avoir eu une réponse ».

« Les plaintes principales, c'est : je n'ai pas vu le médecin. On appelle le médecin. On calme les histoires en disant au patient l'heure à laquelle il va passer. L'équipe n'a pas peur d'appeler le médecin autant de fois qu'il faut et notre arme c'est celle-là ».

« C'est souvent pour du relationnel. L'infirmière n'a pas été gentille. Elle buvait son café ou riait dans le bureau pendant que j'attendais. On s'est moqué de mon enfant. Quand il y a une plainte, elle est envoyée au service médiation qui me la renvoie. Je lis le dossier c'est pour ça que c'est important de bien le remplir. J'interroge le soignant pour demander quelle est sa version. Je lui montre parce que ça lui permet de comprendre que parfois les patients interprètent les choses de manière différente. Je leur dis : la prochaine fois, fais attention, c'est important. Qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer ? »

« J'ai très peu de plaintes. Quand je passe dans les chambres c'est toujours des compliments « merci », « vous avez une équipe formidable » ».

Dans ces réponses, il est possible de reconnaître l'approche conflictuelle, l'approche dilatoire, l'approche pragmatique, l'approche volontariste, l'approche pédagogique et enfin l'approche professionnelle de l'infirmière qui ne reçoit que des félicitations parce que ses patients sont satisfaits

de leur séjour. Faut-il dire que l'infirmière qui a la chance de travailler avec une équipe formidable est aussi celle qui utilise les questionnaires de satisfaction de la manière la plus aboutie ? Nous le voyons dans ces réponses, tous n'ont pas la même réaction face aux plaintes. Certaines réactions sont probablement plus efficaces que d'autres. Mais cela s'apprend et au vu des informations récoltées, il y aurait du travail sur ce sujet.

2. Le personnel

Pour rappel, le personnel soignant endosse une énorme responsabilité dans la communication de l'hôpital. Or, comme nous l'a appris le marketing des services, la satisfaction du personnel influence la satisfaction du patient. Les entretiens se sont tout naturellement centrés sur deux questions qui correspondent à des éléments significatifs en matière de coaching. Elles ont trait à la mesure de la satisfaction du personnel et à la tenue d'entretiens de fonctionnement.

Concernant les entretiens de fonctionnement, seuls trois infirmiers chefs prennent le temps de rencontrer de manière formelle les membres de leur équipe au moins une fois par an. Les raisons de ce manquement sont multiples. Pour deux unités, cette pratique n'est tout simplement pas d'application dans l'institution. Un infirmier chef est en place depuis peu et, par voie de conséquence, les entretiens ne sont pas au programme cette année. Un autre nous dit tout simplement ne pas avoir le temps de se consacrer à cela. Pour une autre équipe, le nombre de soignants est tellement élevé qu'un autre système a été imaginé.

Mais que pensent les infirmiers chefs de l'idée de mesurer la satisfaction des membres de leur équipe ? Les motivations diffèrent très fort d'une unité à l'autre. Les réponses sont donc tantôt très évasives, tantôt très précises. Nous les avons recensées une à une afin de pouvoir les assortir d'un commentaire particulier.

« Cela a déjà été fait par une firme extérieure et les résultats n'étaient pas très bons. Je le referai sûrement prochainement, mais en ciblant les points à mesurer parce que la satisfaction c'est une notion vague ».

Le manque d'enthousiasme est perceptible. Le chef est en place depuis 6 mois et n'a pas pour objectif de réaliser les entretiens individuels cette année.

« Je serais très contente de le faire. C'est bien en tant que chef de revoir notre leadership. A partir du moment où il n'y a pas d'animosité derrière, où tout est fait de bonne foi. On pense bien faire et on ne ressent pas toujours si l'équipe dit ses vrais besoins. On pourrait être étonnée. On pourrait

ainsi participer à leur bien-être pour qu'il y ait un meilleur rendement et une meilleure qualité de travail».

Cette infirmière chef reconnaît, avec une certaine gêne, qu'elle ne pratique pas les entretiens de fonctionnement. Elle semble trouver le concept intéressant mais n'a pas le projet de changer les choses pour l'instant.

« Cela a été fait dans le cadre de la médecine du travail. Pour l'unité, je ne pense pas que ce soit nécessaire, parce que je pense qu'on communique bien ».

C'est une position un peu hardie, nous semble-t-il, de prétendre que l'équipe communique bien et qu'elle n'a pas besoin qu'on mesure sa satisfaction ? Comment, dans ces conditions, être capable de se remettre en question ? Il n'y a pas non plus d'entretiens de fonctionnement dans cette unité. Quatre réunions sont prévues chaque année avec toute l'équipe, il y a un tour de table pour que chacun ait l'occasion de s'exprimer. Cette approche privilégie la dynamique de groupe et la solidarité. Cependant le nombre de réunions n'est peut-être pas suffisant et, par ailleurs, certaines personnes pourraient ne pas se sentir à l'aise pour exprimer leurs difficultés face au groupe.

« Oui, c'est important. Ici on est dans une bonne période, mais parfois on pense que tout va bien, puis il y a une bombe qui est lâchée, parce qu'il y a des chamailleries entre elles, parce que je n'ai pas fait les bonnes choses au bon moment. Il suffit que la charge de travail soit plus élevée et les gens sont plus énervés. Parfois, les relations avec les médecins, ce n'est pas toujours évident ».

Ici, les entretiens de fonctionnement devraient être tenus une fois par an, mais l'infirmière chef manque de temps. Elle argue du fait que cela prendrait au moins une heure par personne et que son équipe compte dix-huit soignants. Ses nombreux soupirs lorsqu'elle répond nous font penser qu'elle subit plus qu'elle n'agit.

« Je fais régulièrement le feed-back en staff. Eux voient l'intérêt de la facilité de faire leur travail, avoir du bon matériel et un endroit agréable. Il est important de maintenir l'esprit d'équipe, on s'entraide, personne n'est malade ».

Dans cette unité de soins, on privilégie la solidarité, l'esprit d'équipe et, apparemment, ça marche, puisque l'absentéisme est peu présent. Plutôt que d'entretiens de fonctionnement, il est question de bilan de développement et d'une double évaluation, celle du soignant et celle de l'infirmier chef. Cette technique est censée valoriser les membres de l'équipe. Une idée à creuser.

« Bien sûr que c'est important. J'essaye d'être un maximum à l'écoute et disponible, mais je trouve que je ne le suis pas encore assez. C'est important de voir quels sont leur problèmes dans l'unité. C'est aussi le rôle du chef que de régler les problèmes de son équipe ».

Cette infirmière chef réalise un entretien annuel avec chaque membre de son équipe. Elle apprécie ce moment en tête-à-tête, où on peut être centré sur la personne que l'on rencontre. Elle déplore néanmoins de ne pas avoir assez de temps en dehors des entretiens pour aller au fond des choses quand il y a une difficulté. Elle paraît sensible au vécu de son équipe et soucieuse de son bien-être.

« C'est important de les entendre. C'est important aussi de les faire participer aux objectifs de l'unité et, l'année passée, ce sont eux qui ont décidé des objectifs de service. Pour régler un conflit, j'ai utilisé en réunion le photo-langage pour que chacun puisse s'exprimer. Parler par une image, ça facilite la communication et ça permet d'évacuer les tensions, l'agressivité, pour pouvoir travailler après. J'avais fait une formation sur la communication et le brainstorming ».

Cette interlocutrice, très motivée, a prévu, parmi ses objectifs de cette année, de tenir des entretiens de fonctionnement. Elle a déjà commencé, elle y consacre deux heures par personne et c'est l'occasion, dit-elle, de leur dire : « tu fonctionnes bien, je suis contente de toi ». Encore une chose pour souligner à quel point sa démarche est volontariste : comme il n'y a pas de document dans l'institution, elle a créé son propre document. Elle espère que sa direction va la soutenir parce que ça lui prend du temps, elle a trente personnes à rencontrer. Comme quoi l'excuse de manque de temps est subjective. Tout dépend de ce qui nous motive et de ce pourquoi on a envie de prendre du temps.

« On l'a fait dans le cadre de notre dernière réunion d'équipe biannuelle. On a créé un document avec 10 items à quantifier de 1 à 5 allant de pas du tout satisfait à tout à fait satisfait. Puis des questions ouvertes : Que pensez-vous que l'infirmier chef doit améliorer en premier ? Qu'est-ce que l'institution doit faire pour améliorer votre condition de travail ? La cellule qualité doit analyser et nous donner un retour que nous attendons pour dans quelques semaines. Qu'est ce qui est important pour moi aujourd'hui ? Il y a la qualité des soins, mais il faut aussi qu'on fasse attention à notre personnel ».

Voici la description d'une démarche élaborée avec méthode. Il s'agit d'une recherche axée sur la satisfaction du personnel soignant initiée par un responsable qui a compris qu'il faut « soigner le soignant ».

Toutes les facettes du rôle de manager ne semblent pas toujours bien comprises chez certains infirmiers chefs, qui se considèrent peut-être encore comme des soignants plutôt que comme leaders. Comme nous l'a si bien dit une des personnes interrogées : « l'infirmier chef n'est jamais qu'un soignant qui s'occupe de l'organisation ». Nous devons l'avouer, de tels propos nous paraissent être le reflet d'une vision très réductrice de notre rôle. Et le constat que nous faisons suite à nos entretiens interpelle. Trois personnes ne semblent pas très inspirées par le fait de mesurer la satisfaction de leur équipe. Une autre, même si elle trouve l'idée intéressante, ne met rien en place sur le terrain. Vis-à-

vis du personnel soignant, et du rôle que celui-ci peut et doit tenir en tant que vecteur de communication de l'hôpital et de l'unité, certains infirmiers chefs ne semblent pas toujours avoir une vision claire et une politique adéquate. Cela étant, nous avons néanmoins eu le plaisir de découvrir parmi nos interlocuteurs des gens avisés, lucides, dynamiques, créatifs, soucieux du bien-être de leurs collaborateurs. Ils sont à leur écoute, ils ont compris leur besoin de reconnaissance et ont envie de les motiver.

3. Orientation « patient »

3.1. Notion de qualité

Nous avons relevé ce qui, selon les infirmiers chefs, se cache derrière la qualité vue par le patient et ce qu'est la qualité pour eux-mêmes. Nous avons présenté les critères respectifs en parallèle pour vérifier si chacun est conscient qu'il existe un écart de perception. Le tableau récapitulatif se trouve en annexe⁵⁹.

En ce qui concerne la qualité vue par le patient, les réponses vont généralement dans le même sens. Il y est question d'accueil, de gentillesse, d'écoute, de soins dispensés avec le sourire, d'empathie, d'être considéré comme une personne, bref des critères en lien avec le volet relationnel. Nous retrouvons également la rapidité d'exécution, les informations, l'éducation au patient mais aussi la gestion de la douleur. Certaines réponses sont assez laconiques. « C'est quand le soin a répondu à son attente. » Mais s'est-on vraiment intéressé aux attentes du patient ? On nous parle de professionnalisme. Mais qu'est-ce que cela veut dire ? Cette notion est une fois de plus tellement différente en fonction des perceptions ? Une seule personne a évoqué la qualité de l'acte technique. D'autres nous ont par contre affirmé que le patient n'était pas compétent pour juger de la qualité d'un acte infirmier ou médical, ce qui corrobore ce que nous évoquions dans notre cadre conceptuel.

En ce qui concerne la qualité vue par le soignant, il y est évidemment question de qualité plus technique : hygiène, asepsie, respect des normes, des règles. A deux exceptions près, nos interlocuteurs sont pleinement conscients que la qualité perçue par le patient peut être très différente de leur propre vision de la qualité.

Même si la plupart des infirmiers chefs semblent percevoir clairement que le patient a des attentes qui sont davantage en lien avec le côté relationnel des soins, peu d'entre eux nous ont paru proactifs dans la manière d'y répondre. Personne ne nous a parlé de la formation du personnel à cet égard, d'un

⁵⁹ Voir annexe 3

guideline de la communication dans l'unité, d'une procédure d'accueil... Plusieurs, par contre, ont évoqué les difficultés qu'ils rencontrent pour uniformiser la manière dont les membres de leur équipe abordent le patient. Certains nous ont avoué avoir des caractères difficiles au sein de leur équipe, ce qui complique régulièrement les relations avec le patient. Il y aurait donc encore du travail de ce côté-là.

3.2. Les exigences du patient ont-elles changé ?

A part une infirmière chef, tous répondent positivement. Et ces nouvelles exigences sont parfois perçues par certains comme une menace. Voyons ce qu'il en est.

« Les attentes en hôtellerie sont plus élevées, on demande de la wifi, plus de confort, des chambres modernes ».

« Avant, si le médecin l'avait dit, c'était bon. Maintenant le patient veut savoir pourquoi et s'il dit non, c'est non. Il veut plus de transparence au niveau de ses traitements, de ses résultats d'examen et c'est normal. A leur place, je ferais pareil ».

« Il y a des patients qui font des photos quand il y a de la poussière dans les coins. Comme ils paient plus, ils demandent plus. Et pas qu'au niveau des soins. Ils exigent aussi au niveau de l'hôtellerie, les repas. Par exemple, ils demandent de changer les draps tous les jours, alors que ce n'est pas nécessaire ».

« La population change et les besoins changent. Le patient souhaite être acteur, il veut comprendre. Il a un accès plus important à l'information. Le Dr Google a changé la donne. Avant, le médecin avait le savoir tout puissant, ce n'est plus le cas. C'est l'évolution, il faut s'adapter ».

« Plus on en donne, plus ils en veulent. Ils ne se rendent pas compte qu'ils ne sont pas seuls ».

« Ils ont plus de droits que de devoirs. On est dans un système de consommation des soins : le patient paye donc il a des droits. Des comportements de type insulte arrivent de plus en plus et je ne suis pas d'accord. Le respect doit être mutuel ».

Ces réponses reflètent un sentiment unanime et confirment s'il en était besoin que le patient a pris une autre dimension, qu'il s'est émancipé, qu'il doit être considéré comme une personne capable avec un rôle fortement participatif et actif. Le patient est devenu un consommateur et exige d'être considéré comme tel. Cette évolution a été explicitée et développée dans la première partie de notre travail de recherche pour justifier le recours au marketing dans les institutions de soins. Apparemment, les infirmiers chefs en ont pris conscience, mais cela reste un phénomène difficile à vivre pour les gens de terrain. Le soignant a encore du mal avec l'adage « le client est roi ». Nous sommes bien évidemment d'accord avec le fait qu'être un consommateur ne permet pas tout. Le respect doit

effectivement être mutuel. Il faut satisfaire le patient mais pas à n'importe quel prix pour le soignant. L'esprit marketing que nous voulons partager considère bien le patient comme un partenaire de soins. Mais les dérives existent, comme nous l'avons découvert lors de nos entretiens et cela explique peut-être que le soignant soit réticent face à cette évolution de la place du patient.

4. Concurrence

4.1. Comment est-elle perçue ?

A l'exception d'une personne, tous les infirmiers chef interrogés ressentent une réelle concurrence entre les hôpitaux. Selon eux, cette rivalité intervient dans plusieurs domaines : dans la course au matériel de pointe ou l'ouverture de services plus performants, dans le recrutement des meilleurs éléments directement dans les écoles de nursing, dans la mise en avant des taux de satisfaction que l'on peut manipuler, dans l'obtention de l'accréditation qui est une publicité déguisée, dans le débauchage de médecins et spécialistes. Notons que la concurrence entre les hôpitaux n'est pas uniquement réservée aux patients, mais également au personnel soignant et médical qui n'hésite pas à aller là où on lui propose les meilleures conditions.

Face à cette concurrence, les réactions sont variables. Nous avons ceux qui marquent leur agacement et qui considèrent qu'il s'agit d'une escalade induite par la société et que le patient entretient et attend parce qu'il est consommateur. Nous avons les inquiets qui évoquent le futur regroupement des hôpitaux en bassins de soins. Ils prétendent que ce sont ceux qui attireront le plus de patients qui vont survivre. Nous avons ceux qui s'investissent et qui n'hésitent pas à visiter les unités qui ont obtenu les meilleurs résultats et à poser des questions. « Pourquoi tu es meilleure et qu'est-ce que je pourrais adapter chez moi ? ». Et puis, nous avons les cadres non concernés qui sont conscients du problème mais ne semblent pas en être impactés.

Une seule personne ne ressent pas de concurrence parce que, dit-elle : « *Il y a du travail pour tout le monde* ». « *Des patients, il y en aura toujours* » précise-t-elle. Mais elle évoque le fait que certains viennent d'une ville située à 30 km et dont l'hôpital a informatisé les dossiers, ce qui rend le temps d'attente plus long. Notons la contradiction dans ces propos. Elle apporte la preuve que les patients n'hésitent plus à faire quelques kilomètres supplémentaires pour rejoindre l'hôpital ou l'unité qui a leur préférence. Par conséquent les hôpitaux délaissés ont du souci à se faire.

4.2. Quels facteurs incitent les patients à venir dans votre hôpital ?

Voici une liste des critères qui ont été cités ainsi que leur classement en fonction du nombre de fois où ils ont été cités.

Tableau 4 : classement par ordre décroissant de citation des critères incitant les patients à choisir un hôpital selon les infirmiers chefs

Proximité	5	Le patient suit son médecin	2
Côté familial-dimension humaine	3	Qualité de prise en charge des médecins	2
Bouche-à-oreille	3	Hôpital rénové	1
Attitude du personnel	2	Rapidité de prise en charge	1
Accueil	2	Confort des chambres	1
Réputation	2	Bonne expérience précédente	1

La proximité a été le facteur le plus fréquemment mentionné. Nous émettons néanmoins une réserve quant à ce critère. En effet, nous l'avons déjà évoqué, les patients n'hésitent plus à faire quelques kilomètres de plus pour aller là où ils pensent qu'ils seront mieux soignés. Pour l'hôpital dans lequel nous travaillons, par exemple, nous ne captions que 50 % de la population qui habite dans la ville où se situe l'institution.

Viennent ensuite des critères tels que l'ambiance familiale, la dimension humaine, le bouche-à-oreille, l'attitude des soignants et l'accueil. Nous retrouvons une fois de plus le côté relationnel qui domine dans les réponses. Concernant le bouche-à-oreille, il s'agit effectivement d'un critère d'importance. Il permet de faire mais également de défaire une réputation. En annexe⁶⁰, nous vous proposons un tableau qui montre comment se propage, par le bouche-à-oreille, la satisfaction ou l'insatisfaction d'un patient.

D'autres critères n'ont été cités qu'une fois, comme la rapidité de prise en charge, le confort des chambres rénovées. D'aucuns soulignent également que le patient a souvent tendance à suivre son

⁶⁰ Voir annexe 4

médecin et que la qualité de leur prise en charge a de l'influence. La solution serait donc de travailler avec des médecins réputés. Mais encore faut-il les attirer. Pour d'autres, le client fait son marché, voilà tout. C'est une idée intéressante, car qui dit marché dit marketing. Epinglons des réponses telles que « notre réputation, on sait que le personnel est bien » ou « une bonne expérience précédente » ou encore « quand on n'est pas content d'un service, on ne revient pas » qui mettent le doigt sur les concepts d'attractivité et de fidélisation, domaines du marketing.

Bien sûr ces résultats sont le reflet de ce qu'en pensent les infirmiers chefs. Dans une étude plus approfondie, il serait intéressant de faire une comparaison avec ce qu'en pensent les patients.

4.3. Comment améliorer la notoriété de votre unité ?

Le besoin d'améliorer la notoriété de son unité n'est pas ressenti de la même manière par tous les infirmiers chefs. Trois personnes nous ont clairement dit ne pas voir la nécessité de le faire et trois autres, même si elles émettent quelques idées, ne montrent pas un grand enthousiasme. L'une d'elles a déjà tellement de patients à prendre en charge qu'elle n'a pas vraiment envie d'en attirer plus. Une autre, responsable des urgences, nous dit que, de toute façon, le patient n'a pas vraiment le choix et qu'elle ne tient pas à faire de la publicité pour faire du chiffre. Cependant, elle nous avoue que l'année dernière, le taux de patients pris en charge était vraiment à la limite inférieure acceptable. Se rendent-elles vraiment compte de l'enjeu ? Pourtant, tous étaient d'accord pour nous dire qu'il y a de la concurrence entre les hôpitaux. Rappelons à cet égard que le marketing n'a de raison d'être qu'à partir du moment où il faut créer de la préférence dans un contexte fortement concurrentiel.

Nous avons par contre une infirmière chef très investie dans cet aspect de sa fonction. Elle fait sa publicité, nous dit-elle, en distribuant des folders dans les polycliniques, en organisant des visites de son unité à l'intention des futurs patients, des professeurs, des étudiants et de toutes personnes intéressées.

Quelques-uns nous ont dit compter sur le bouche-à-oreille. Mais, comme nous l'avons évoqué dans notre partie conceptuelle, pour que le bouche-à-oreille fonctionne, il faut que le service soit impeccable. Et cela, l'un de nos interlocuteurs l'a bien compris. Plutôt que de miser sur la publicité, il préfère organiser de bonnes formations pour que son équipe fasse bien son travail et rende un service de qualité. C'est effectivement la meilleure promotion de son unité.

4.4. Communication externe.

Les professionnels de la santé extérieurs à l'hôpital, comme les médecins traitants ou les infirmières à domicile, peuvent être considérés comme des prescripteurs ou des influenceurs potentiels. Mais

quels liens les infirmiers chefs entretiennent-ils avec eux ? Sont-ils susceptibles d'utiliser ce créneau pour améliorer la notoriété de leur unité ? Qu'avons-nous relevé ?

Pour quatre unités, les rapports avec les médecins et infirmiers du domicile sont, au dire de leur chef, très restreints. Ils se résument bien souvent à un courrier envoyé au médecin traitant à la sortie du patient. Cela peut se comprendre pour le service des urgences et la chirurgie de jour où les prises en charge sont de courte durée, ou encore pour la maternité qui travaille avec sa propre équipe de sages-femmes à domicile. Cela semble plus interpellant pour une unité de médecine où les prises en charge sont plus longues. Dans cette unité, il n'existe pas non plus de feuille de transfert envoyée aux infirmiers lors de la sortie. Une belle occasion pourtant de faire montre de disponibilité à leur égard et de manifester le souhait de collaborer avec eux. Les quatre unités où les séjours sont les plus longs nous signalent que les médecins traitants et infirmiers du domicile viennent régulièrement rendre visite à leurs patients. N'y a-t-il pas là une occasion à saisir ?

Nous avons malgré tout relevé plusieurs exemples d'initiatives, d'actions susceptibles d'élargir le champ des prescripteurs ou des influenceurs. Le chef des urgences estime qu'il devrait recommencer à donner des cours de réanimation cardio-pulmonaire aux médecins généralistes et aux infirmières à domicile. Celui du service d'oncologie participe régulièrement aux entretiens du samedi. C'est une manifestation organisée par l'hôpital à l'intention des médecins traitants et infirmières du domicile au cours de laquelle il a l'occasion d'exposer les prises en charge et les types d'examen réalisés dans l'unité. Lorsqu'un patient ayant une plaie complexe sort de l'hôpital, l'infirmière à domicile est invitée à venir voir la technique du pansement. Les unités de gériatrie et de soins palliatifs ont un lien fonctionnel avec les maisons de repos et organisent donc des réunions une à deux fois par an avec les médecins coordinateurs et les chefs de nursing. Il y a également des contacts réguliers, soit par téléphone, soit de visu, avec les médecins traitants et les infirmières du domicile. En imagerie médicale, on organise chaque année des séminaires de radiologie pour donner des explications aux médecins traitants et voir quelles sont les attentes respectives. *« Il n'est évidemment pas question de démarchage comme pourraient le faire les firmes pharmaceutiques avec les moyens qu'on leur connaît. Mais si on leur fournit un travail de qualité en adéquation avec ce qu'ils recherchent, à ce moment-là, vous les fidélisez. »* Pour cette dernière unité interrogée, nous sommes clairement dans une logique marketing.

5. Utilisation dans les hôpitaux d'outils provenant du secteur marchand

5.1. Est-ce compatible avec le métier de soignant et de cadre ?

Les réponses sont diverses et variées en fonction des préoccupations de la personne interviewée. Mais nous pouvons néanmoins tenter une classification. Nous retrouvons les « indifférents », les « antis », les « partagés », les « pros ».

Les indifférents

Une personne se retrouve dans cette catégorie. Elle nous dit qu'elle n'y connaît rien en la matière et donc qu'il est difficile pour elle de répondre. *« Au niveau de l'hôpital, s'il veut tourner et s'en sortir, il faut bien qu'on travaille comme ça »*. Dans son unité, on soigne des personnes en fin de vie ; elle se demande donc si c'est bien à elle d'essayer d'attirer et de fidéliser le patient. Nous constatons un certain désintérêt dans sa façon de répondre. Elle ne semble pas concernée par cet aspect de sa profession. Est-ce lié à la nature des soins prodigués dans son unité ? Peut-être.

Les antis

Cette catégorie reprend deux personnes.

« C'est l'évolution de la société et le système qui veut ça. Maggy Deblock en spécialisant les hôpitaux va vers un travail à la chaîne. Maintenant, on appelle les patients des clients et c'est choquant. Cela enlève la notion de soignant-soigné. On vend de la santé aux patients qui sont des acheteurs et ce n'est pas beau. On oublie l'aspect humain ».

Pour certains, l'émergence d'outils du secteur marchand va de pair avec une perte de l'aspect humain. Et peut-être ont-ils raison pour certains aspects du management mis en place ces derniers temps. Le LEAN management, par exemple, est fortement décrié ces dernières années. On lui reproche de condamner toute perte de temps dans les processus de prise en charge des patients au détriment de l'aspect relationnel des soins. Aspect relationnel des soins qui, contrairement à un acte technique, n'est pas rentable puisque non mesurable et non tarifé au patient. On lui reproche également de ne mettre l'accent que sur la rentabilité à tout prix au détriment de la qualité de vie du travailleur. Mais pour nous, le marketing hospitalier se classe dans une autre catégorie et l'hostilité ressentie à son égard est peut-être imputable à une méconnaissance de l'esprit marketing qui vise justement à mettre le patient au centre des préoccupations et s'intéresse au vécu du travailleur.

« Le patient s'identifie de plus en plus à un consommateur, mais je n'adhère pas à cette philosophie de consommation de biens. Je fais mon métier par passion, parce que j'ai toujours aimé rendre service... Toutes ces méthodes de benchmarking ne représentent pas ce que l'hôpital peut apporter.

Le vécu du patient c'est ce qui va faire qu'il revienne... On peut avoir toutes les technologies du monde, s'il n'y a pas une équipe derrière pour la faire vivre, cela ne sert à rien ».

Nous pouvons remarquer que cette personne, par ses propos et même le ton utilisé lors de la réponse, éprouve des difficultés à accepter cette évolution de la place du patient. Et pourtant, ce qu'elle nous dit après sur l'expérience « patient » est tout à fait en accord avec l'état d'esprit marketing. Une fois de plus, cela nous fait penser qu'il existe une méconnaissance de ce concept qui, du coup, est injustement diabolisé.

Les partagés. C'est bien mais....

« C'est bien de pouvoir se comparer aux autres, de voir où on se situe.../... l'accréditation nous a fait prendre conscience de manquements.../... ce sont des indicateurs de qualité qui permettent de nous améliorer.../... c'est un moteur mais.../... il faut qu'on ait les moyens.... Il faut que le patient garde sa place, sa dignité ».

« C'est intéressant de pouvoir se comparer, ça peut nous faire évoluer... Les patients sont considérés comme des clients et ça me choque. Les infirmières avec leurs études n'ont pas cette façon de considérer le patient, c'est plus l'apanage des médecins et des directions »

« Tout ça est compatible avec notre métier de cadre parce que l'hôpital est une entreprise avec un budget qu'il faut gérer.../... mais le personnel est stressé quand on lui parle de productivité.../... et en même temps c'est justement le temps que le personnel prend avec le patient qui fait que les taux de satisfaction sont bons, tout cette humanité qu'ils donnent, ce n'est pas rien. Et moi, je dois faire la balance entre tout ça».

Même si ces personnes semblent convaincues que les hôpitaux doivent aujourd'hui se gérer comme une entreprise, elles émettent une certaine réserve toujours liée à la crainte de perdre cette humanité dans les soins. Nous retrouvons également dans ces quelques lignes la difficulté qu'a le cadre de jongler avec satisfaction du patient, gestion des ressources humaines, productivité et rentabilité. Challenge d'autant plus difficile, d'après ces trois personnes, que les équipes auraient plus de difficultés que les cadres à accepter cette nouvelle manière d'envisager la gestion d'une unité. Elles nous donnent d'ailleurs un conseil pour mieux faire passer le message. *« Si vous leur parlez d'abord de chiffres, cela ne fonctionne pas. Il faut présenter les choses de manière positive. D'abord parler de l'humain, de nos spécificités d'infirmier et puis parler des chiffres et de l'entreprise ».*

Les pros

« Je me rend compte qu'ailleurs, en termes de management, ils sont mieux que nous. En termes d'analyse de processus, d'analyse SWOT, de gestion de projet, nous on patauge un peu et tout ça on peut aller le chercher dans le milieu des entreprises parce que, en milieu hospitalier, on ne l'a pas

assez... Parfois, ça manque aussi d'avoir un management de la qualité qu'on n'a pas assez à notre niveau d'infirmier chef».

« C'est très bien parce qu'on doit être compétitif et on doit s'ouvrir à tout ça ... L'hôpital est une entreprise qui doit fonctionner et tous ces outils de mesure permettent de nous ajuster ».

Nous terminerons par les pros qui nous donnent vraiment l'impression d'avoir totalement intégré le fait que l'hôpital est une entreprise, à caractère humain certes, mais une entreprise quand même. Pour eux, le patient, dès lors qu'il a la possibilité de ne pas revenir s'il n'est pas content du service, est devenu un client.

A quoi sont liées les différences d'opinion à ce sujet ? Nous pensions au départ que la politique de l'institution allait avoir un impact sur la manière dont les cadres appréhendent les choses. Et force est de constater que ce n'est peut-être pas le cas. En effet, les personnes travaillant dans un même hôpital ne se retrouvent pas forcément dans une même catégorie. Peut-être est-ce donc simplement lié à leur vécu, leur perception des choses. Nous n'avons pas demandé quel était le niveau de formation des personnes interrogées. Peut-être y a-t-il une différence avec ceux ayant fait un master, où on parle plus du marketing ?

Autre constat: ce ne sont pas forcément ceux qui se retrouvent dans la catégorie des pros qui sont les plus actifs sur le terrain. Il y a donc parfois un écart entre nos opinions et nos actions. Autre hypothèse : ceux qui sont les plus actifs dans la mise en œuvre d'outils du secteur marchand le font en fait sans le savoir.

5.2. Avez-vous déjà entendu parler du marketing hospitalier ?

Pour trois personnes, la réponse est catégorique. Non, elles ne savent pas de quoi il s'agit. L'une ne comprend pas quel est le rapport avec notre métier de cadre. Pour l'autre, c'est une notion qui lui passe au-dessus de la tête. La troisième pensait qu'on allait lui parler de nouvelles technologies. Une quatrième personne nous a annoncé savoir de quoi il retournait, mais nous a entretenu de notions sans rapport avec le marketing, pour ensuite nous retourner la question *« et vous, vous en pensez-quoi ? »*. Une façon détournée sans doute de nous dire qu'en fait, elle ne savait pas très bien de quoi il s'agissait. Pour quatre autres personnes, la réponse est oui, elles ont déjà entendu parler du marketing. Néanmoins, en les écoutant, nous nous rendons compte que leur vision en est assez limitée. Pour deux, cela se résume au benchmarking. Pour une, cela se limite à l'enquête de satisfaction. Et pour la dernière, marketing est égal à publicité.

Comme nous le pensions, cette notion reste relativement mal connue parmi les cadres de santé. Et nous ne pouvons les en blâmer. Avant d'entamer ce travail, nous n'avions pas une vision précise de ce que cela représentait. Il est donc tout à fait normal de retrouver des réticences face à ce sujet. Les

résistances au changement ne sont-elles pas souvent liées à un manque d'information ? Néanmoins, on a l'impression que chacun détient une pièce du puzzle, car on a quand même entendu parler d'image de marque, de techniques de communication, d'attractivité, de formation du personnel, de benchmarking, d'enquêtes de satisfaction, de la prise en compte des attentes du patient. Des concepts et des techniques qui font effectivement partie du marketing.

6. Conclusion

La vision marketing est bien présente dans les unités de soins. Dans certaines plus que dans d'autres. Mais il faut bien reconnaître qu'il n'y a pas de vision globale. Qu'il nous soit permis d'user d'une métaphore. Nous avons l'impression que le fonctionnement des unités de soins est « saupoudré » de marketing. Naturellement, qui dit saupoudrage dit manque de cohésion et manque de profondeur. Cette analyse des données recueillies lors de nos entretiens a conforté notre vision dans certains domaines, elle a aussi modifié notre point de vue dans d'autres domaines.

Premièrement, il y a, nous semble-t-il, une méconnaissance du sujet. Le marketing est parfois confondu avec d'autres outils du secteur marchand qui déshumanisent les soins. Il est diabolisé et pas toujours apprécié à sa juste valeur. Notre travail d'information n'est donc pas totalement inutile.

Nos entretiens nous ont également mis devant la réalité de terrain. Les équipes sont composées de personnes aux caractères divers et variés qu'il n'est pas toujours aisé de maîtriser. Comment travailler avec elles le volet relationnel pour obtenir une prise en charge optimale du patient ? Que dire également du malaise parfois présent dans les équipes : stress, surcharge de travail, absentéisme, non remplacement, augmentation du travail administratif. Autant d'éléments qui rendent cette tâche de sensibilisation des gens de terrain au marketing encore plus délicate. Ajoutons à cela le fait, que, pour beaucoup, l'évolution de la place du patient ou encore l'utilisation d'outils du secteur marchand restent en opposition avec notre métier de soignant. Les mentalités changent mais il y a encore à faire. Chaque cadre rencontré a bien conscience de la nécessité de tout mettre en œuvre pour améliorer la satisfaction du patient et, notamment, de soigner le volet relationnel. Mais on a l'impression que dans certains hôpitaux, il est un peu livré à lui-même et que chacun essaie de s'en tirer avec les moyens du bord. Bien sûr, le nombre restreint de nos entretiens ne nous autorise pas à généraliser nos observations, même si nous avons fait le choix de la plus grande diversité possible. Néanmoins, les cadres ne nous semblent pas toujours épaulés par leur direction pour mettre en place dans leurs unités des aspects concrets du marketing hospitalier. Cela reste parfois lié à la bonne volonté et la créativité de l'infirmier chef plutôt qu'à une initiative globale de l'institution. Que dire des unités où aucune enquête de satisfaction n'est réalisée, des institutions qui ne donnent même pas de retour des enquêtes, des départements des ressources humaines qui ne mettent pas sur pied des moments de rencontres

formalisés pour jauger la satisfaction et le bien-être des collaborateurs ? Le fait que l'esprit marketing ne percole pas jusque dans les unités de soins ne serait donc pas uniquement lié aux cadres mais également à l'indécision de la direction des hôpitaux qui envisage peut-être le marketing sur le plan stratégique mais pas opérationnel ?

Notre intention de départ était de créer un plan marketing utilisable pour l'ensemble des unités de soins. Notre sentiment a évolué et nous oblige à admettre, que dans l'état actuel des choses, un plan marketing commun n'est pas applicable au niveau des unités de soins concernées par notre recherche. Premièrement, il existe une grande différence entre les unités au niveau de leur organisation, ce qui demande une approche spécifique à chaque unité. Tout au plus, pourrions-nous envisager un plan particulier par pôle. Deuxièmement, il nous paraît plus judicieux de créer ce plan à un niveau supérieur de la hiérarchie, globalisé pour l'hôpital. Il devrait néanmoins être élaboré de concert avec les gens de terrain, épaulés par des spécialistes en la matière. Alors, les unités de soins seraient habilitées à concevoir et appliquer leur propre plan marketing calqué sur celui de l'hôpital, mais en intégrant leurs spécificités. En attendant, les cadres de proximité ont cependant le champ libre pour mettre en place une version « light » du marketing, marketing « compatible » en s'inspirant de cette définition d'Eric Vernet⁶¹ : « *Le marketing est un état d'esprit largement fondé sur l'intuition et l'imagination, qui utilise tous les moyens possibles de communiquer avec le consommateur.* » En effet, lors des entretiens que nous avons menés, il est apparu que quelques cadres de santé interrogés étaient demandeurs pour en savoir plus et découvrir ce qu'est le marketing dans notre pratique. C'est dans cette optique que nous avons décidé de proposer quelques mesures susceptibles d'amorcer ou de conforter un changement de culture dans les unités de soins pour une contribution accrue à l'attractivité de l'hôpital.

⁶¹ VERNETTE Eric, *L'essentiel du marketing*, Groupe Eyrolles, Ed. d'organisation, 3^{ème} édition, 2008, p.10-11

Chapitre 3: De la théorie à la pratique

Dans la première partie de notre travail, nous avons abordé notre sujet de manière théorique. Nous avons ensuite été à la rencontre des acteurs de terrain, que sont les infirmiers chefs, afin d'enrichir nos connaissances concernant leur vécu et de recueillir leur avis. Notre démarche, dans ce chapitre, en est la conséquence logique. Nous avons, en effet, la volonté de partager notre expérience avec d'autres infirmiers chefs. Il est indéniable que notre pratique a été influencée par la réalisation de cette épreuve intégrée. Nous envisageons notre travail d'une autre manière depuis que nous nous sommes intéressés au marketing. Nous nous proposons donc de relater ici quelques cas concrets de mise en application de cet outil. Il s'agit, entre autres, d'actions mises en œuvre de manière plus particulière au sein de notre unité ou, de manière plus générale, au sein de notre institution. Nous évoquerons également quelques pistes destinées à insuffler l'esprit marketing dans les unités de soins. Celles-ci sont inspirées de notre expérience et des concepts découverts au cours de notre étude. Certains y découvriront des techniques ou des approches qui ont déjà cours dans leur service. En ce qui concerne les différentes suggestions, celles-ci devraient probablement faire l'objet d'une étude plus approfondie afin de correspondre au mieux à la spécificité de chaque unité et de chaque institution. Notre propos n'est pas de convaincre à tout prix mais de montrer par l'exemple, comment, sur le terrain, le marketing peut aider l'infirmier chef dans sa tâche.

La stratégie marketing, nous l'avons compris, s'intéresse à tous les paramètres susceptibles de jouer un rôle dans la réalisation des objectifs de l'entreprise. Cela suppose une vision holistique, globale, une attention portée à tous les porteurs d'enjeux qui interviennent directement ou indirectement dans son champ d'action. En ce qui concerne les unités de soins, nous avons identifié les porteurs d'enjeux suivants : le management, dont l'infirmier chef ; le personnel ; les patients ; les partenaires internes que sont les autres services; les partenaires externes, notamment les prescripteurs et les influenceurs ; les concurrents ; les patients potentiels, tels que les visiteurs et le grand public.

1. Management

Que veut le personnel ? Le soignant, comme tout travailleur, aspire à s'épanouir dans son travail, c'est-à-dire, être reconnu, formé, informé et écouté, trouver du sens dans ce qu'il fait, travailler dans une organisation qui fonctionne, où chacun sait ce qu'il a à faire, où il peut compter sur ses collègues, où il a l'occasion de faire preuve d'autonomie et d'initiative. Ces attentes sont légitimes et naturelles, elles ont été étudiées et mises en évidence par Kurt Lewin dans la « dynamique de groupe » et par Frederick Herzberg dans la « théorie des besoins et des motivations ». Que veut le responsable de

l'unité ? Il table sur une équipe motivée, solidaire, apte au changement, créative, innovante, résistante au stress. La convergence d'intérêt saute aux yeux. Mais comment concilier ces desiderata ?

Compte tenu de ce que nous avons entendu au cours de nos interviews, nous souhaitons insister sur deux éléments de réponse qui devraient requérir l'attention de tout infirmier chef : la promotion d'une enquête de satisfaction auprès du personnel soignant et l'entretien de fonctionnement en tant qu'instrument de coaching. Ce sont là deux opportunités d'être à l'écoute de son équipe ; opportunités qui, malheureusement, comme nous avons pu le voir, ne sont pas utilisées de manière optimale. Dans notre institution, un document a été créé pour mener à bien les entretiens de fonctionnement⁶², ceux-ci ont obligatoirement lieu une fois par an au minimum. Ils permettent au collaborateur de s'exprimer sur son vécu, de faire le point sur ce qui va bien et ce qui va moins bien, sur ses compétences et ses motivations. Il a également l'occasion de se fixer des objectifs et de définir l'aide dont il a besoin de la part de son supérieur hiérarchique. Le but est que chacun ressorte remotivé de cet entretien.

Une partie de la solution réside probablement aussi dans l'idée d'inverser la pyramide, évoquée dans notre partie conceptuelle. C'est une métaphore sans doute un peu osée, car elle pourrait laisser supposer que le cadre doit se dessaisir de son leadership. Il n'en est rien. Dans notre institution, le département infirmier a mis en place une organisation basée sur le management par objectifs qui pourrait être une version pratico-pratique de cette inversion de la pyramide. Chaque année, les unités se fixent des objectifs en lien avec les axes du plan stratégique. Les objectifs sont déterminés en équipe et des membres de l'équipe sont nommés responsables de projet. Ce sont eux qui ont pour mission de mener le projet à bien, épaulés dans leur tâche par l'infirmier chef. Un échange des expériences est naturellement prévu et les projets ainsi que leur avancée sont partagés avec les autres services. Une belle manière de mettre en avant son équipe, de valoriser le travail de chacun et de redonner sens à notre profession. Une des personnes interrogées nous avait également parlé de l'importance de faire participer son équipe aux objectifs de l'unité.

Autre exemple en lien avec le management et le marketing : dans notre institution, nous avons travaillé avec nos collègues chefs sur l'itinéraire de l'infirmier chef pour attirer, convaincre et fidéliser le patient. Comme chronologie, nous avons pris l'itinéraire patient. Cela nous a permis d'avoir une vision précise et pratique de notre rôle à jouer par rapport à cet objectif, mais aussi le rôle des services supports. Cet itinéraire, créé sous forme de logigramme est en adéquation avec la politique institutionnelle et sera utile aux nouveaux collègues qui entreront en fonction.

⁶² Voir une partie du document en annexe 5

En résumé :

- Mesurer la satisfaction de son équipe par des enquêtes ponctuelles
- Mettre un point d'honneur à rencontrer chaque membre de son équipe en entretien individuel annuel
- Mesurer la satisfaction d'un nouveau collaborateur dans le mois qui suit son arrivée
- Utiliser le management par objectifs
- Créer pour votre institution l'itinéraire de l'infirmier chef pour attirer convaincre et fidéliser le patient

2. Le personnel

2.1. Le soignant : vecteur de communication

Nous l'avons vu lors de nos entretiens, dans les rapports soignant-soigné, la gestion des différents caractères présents dans une équipe reste compliquée pour le cadre. L'équipe a besoin d'être régulièrement (ré)orientée dans le regard qu'elle porte sur les patients, d'être invitée à s'extraire de son comportement routinier, d'être associée à l'élaboration d'une dynamique relationnelle et, enfin, d'être épaulée et encouragée. Les réunions, les entretiens individuels sont les premiers outils à la disposition du cadre infirmier. Il peut aussi inciter ses collaborateurs à participer à des conférences ou à des formations en rapport avec la qualité et la communication, mettre à leur disposition des ouvrages de référence. Retenons que la communication ne se limite pas aux informations que l'on échange avec le patient. La communication englobe aussi les attitudes et les comportements. Nous pensons que c'est par une formation et un coaching appropriés que le personnel aura le plus de chances de savoir quoi dire ou répondre face à une personne en colère, gérer les discussions tendues, éluder les conflits, être assertif et diffuser le faire-savoir. Chacun dans l'équipe doit également être à même de gérer les plaintes des patients. En effet, une plainte appréhendée dans les règles de l'art constitue un excellent moyen de fidélisation. Or, nous avons vu, lors de nos entretiens, que les pratiques relatées ne sont pas toutes efficaces. En fait, elles dépendent fortement du caractère et de la sensibilité de chacun. Mais cela aussi s'apprend et se travaille. Le cadre pourrait organiser des groupes de travail avec la collaboration d'un spécialiste en matière de communication. Ce serait l'occasion de concevoir un argumentaire de base, rédigé de manière collégiale et alimenté par les expériences

vécues dans le service, de manière à trouver la réponse la plus appropriée dans certaines situations épineuses couramment rencontrées dans l'unité. Un outil de choix, notamment pour les nouvelles recrues. Des jeux de rôles pourraient également aider le personnel à mieux réagir face aux patients.

En résumé :

- Formation de son équipe à l'assertivité
- Formation du personnel à la gestion des plaintes et à la gestion de l'agressivité
- Retour en équipe et réflexion sur des situations plus difficiles en termes de communication
- Organiser dans l'institution des sensibilisations comme par exemple : « la semaine de la com »

2.2. Le bien-être des équipes

Les facteurs de mal-être sont nombreux dans les hôpitaux : l'obligation de rentabilité, la frustration de la « qualité empêchée », les faits de violence psychologique et le comportement agressif de certains patients, ... Le résultat est alarmant, une étude récente menée par plusieurs mutualités révèle que les personnes les plus exposées au burn-out travaillent dans le secteur des soins. D'où l'impérieuse nécessité de développer au sein de l'hôpital, mais aussi de chaque unité, un esprit de solidarité, de reconnaissance et de soutien de la part de la hiérarchie et des collègues. Les solutions existent. Il s'agit entre autres de mettre du lien entre les différents services, les différents métiers, les différentes logiques⁶³. Nous retrouvons ici les ingrédients d'un management reposant sur des concepts issus du marketing, tels que : la communication interne, le renversement de la pyramide et l'importance de soigner le soignant. Soigner le soignant, ceci n'a jamais été aussi nécessaire qu'à l'heure actuelle. Cela représente aujourd'hui une des facettes du rôle de cadre, puisque le marketing des services met en évidence la forte corrélation qui existe entre la satisfaction du personnel de contact et celle des patients. Certaines choses peuvent être mise en place à côté de ce qui a déjà été cité en début de ce chapitre. Il s'agit en fait de changer sa façon d'interagir en groupe afin d'améliorer le bien-être au travail. Nous en avons déjà testé certaines dans notre unité.

⁶³ Gens de terrain et direction financière par exemple

Liste non exhaustive

- Repas de service, team-building
- Utiliser différentes techniques de renforcement de cohésion d'équipe ⁶⁴
- Innover dans l'utilisation des techniques de communication en réunion
- Sensibiliser son équipe aux techniques de relaxation, de sophrologie, à la pensée positive, la médiation de pleine conscience avec séance pratique en réunion
- Proposer des lectures, des formations en lien avec ce sujet « prendre soin de soi »
- Changer sa façon de communiquer en groupe avec des journées « challenge assertivité et paroles positives »

3. Le patient.

Les infirmiers chefs que nous avons interrogés sur les critères de satisfaction, tels que perçus par le patient, citent prioritairement des éléments qui influencent la qualité de la relation. La qualité des soins est rarement citée. Dans la partie conceptuelle de ce travail, nous évoquons l'importance de l'émotion liée à la peur et l'anxiété dans la perception par le patient de l'expérience de service.⁶⁵ D'où la propension des patients à utiliser des critères d'évaluation non techniques, comme les relations avec les personnels, en particulier médicaux et soignants. Ce qui devrait inciter les unités de soins à développer une culture basée sur le « réconfort » des malades. Elles sont effectivement les mieux placées pour prendre en charge cette dimension affective. Ces considérations induisent un constat qui doit interpeler les infirmiers chefs : les soignants qui ont le contact facile et qui font preuve d'empathie sont mieux appréciés que ceux qui, bien qu'étant excellents sur le plan technique, se montrent plus réservés. Il y a là matière à réflexion et de quoi alimenter les arguments du coach en faveur des relations humaines et des formations qu'elles sous-tendent. Une des infirmières chefs avec lesquelles nous nous sommes entretenus disait : « *Je ne peux quand même pas passer une heure et*

⁶⁴ Voir quelques exemples en annexe 6

⁶⁵ MERDINGER-RUMPLER Caroline : « La satisfaction du client hospitalisé : de la mesure au pilotage. Une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation », webs.unice.fr/recemap/contenusiteinternet/Semin consulté le 03/05/2017

demie avec chaque patient ». Effectivement, le fonctionnement des unités de soins n'autorise pas une telle disponibilité. Mais il y a des temps forts qu'il faut essayer d'exploiter au mieux. Quels sont-ils ?

3.1. Avant l'admission.

L'idée d'une future hospitalisation peut être source de stress chez beaucoup de personnes. Différentes mesures mises en place en amont de l'hospitalisation peuvent permettre d'apaiser ce sentiment, de rassurer le patient et de déjà travailler à créer les bases d'une relation de confiance.

Quelques exemples :

- Avoir un prospectus complet, mis à jour et explicite
- Avoir un site internet complet, mis à jour et explicite
- Fiche technique pour le patient : « Comment préparer mon hospitalisation dans l'unité de ? »
- Créer une visite virtuelle de l'unité
- Proposer des visites de l'unité sur rendez-vous
- Être disponible par téléphone pour répondre aux questions

3.2. Admission

3.2.1. Accueil du patient

Nous l'entendons souvent dans le secteur de la vente, mais la phrase qui suit est valable dans n'importe quelle situation. « Nous n'avons pas deux fois la chance de faire une bonne première impression ». C'est dans les trois premières secondes d'une rencontre que l'on se fait une idée de la personne que l'on a en face de soi. Et cette idée pourra avoir un impact sur tout le reste de la relation. Autant dire que l'accueil est primordial. Que ce soit par téléphone ou de visu, il importe donc d'être aimable et souriant. Oui, même au téléphone. Les formateurs actifs dans le secteur de la vente à distance ont coutume de dire : « *Souriez, même au téléphone ! Cela s'entend dans votre timbre de voix* ». Le fait de sensibiliser son personnel à cette réalité ne peut que figurer parmi les priorités du cadre infirmier. Il revient également au personnel de soigner son apparence, de se présenter, d'être courtois et empressé, de faire preuve d'empathie, de donner les explications nécessaires quant aux conditions de la prise en charge. Le patient ne doit pas être livré à lui-même. Tout cela peut sembler

basique. Et pourtant ! Nous entendons encore trop souvent les patients se plaindre d'avoir été mal accueillis ou peu considérés. Bien évidemment, ces recommandations s'étendent à toute personne travaillant dans l'hôpital, mais, au sein de l'unité, c'est au cadre que revient la responsabilité d'induire cette culture et de mettre en place une procédure d'accueil. Une manière originale de plancher sur le sujet consiste à se mettre dans la peau du malade.

« Si j'étais le patient, j'aimerais avoir le sentiment d'être attendu, être accueilli courtoisement par une personne correctement vêtue qui se présente et s'occupe immédiatement de moi. J'apprécierais d'être conduit dans ma chambre, que la propreté des lieux soit contrôlée, qu'on me donne tous les renseignements et la documentation utiles. Je serais heureux de répondre aux questions du personnel soignant quant à mes antécédents en matière de santé et aux raisons de mon hospitalisation, quant à mes attentes, mes besoins, mes appréhensions. Je considérerais comme un plus d'entendre des mots de réconfort, de recevoir la visite du responsable de l'unité de soins et, pourquoi pas, de trouver sur mon lit ou ma table de nuit un mot d'accueil ou de bienvenue avec la photo des membres du personnel que je serai amené à rencontrer. Si ces conditions étaient remplies, je serais sans doute favorablement disposé à l'égard de cette unité et enclin à lui accorder ma confiance ».

On imagine que cette réflexion proviendrait plutôt d'une personne d'un certain âge. Un adolescent aurait une tout autre approche, il s'intéresserait à la wifi plutôt qu'à la propreté de la chambre, il préférerait qu'on le tutoie, etc. L'occasion de mettre l'accent sur la nécessité de calquer son approche sur le profil de l'interlocuteur et donc du patient que l'on a devant soi. En utilisant cet exercice, le cadre de santé se donnera la possibilité de faire réagir son personnel et de l'amener à adopter un comportement en accord avec la démarche qualité/marketing.

N'oublions pas que plus le service est intangible, plus le patient va accorder de l'importance aux choses concrètes. Un service en ordre, un certain type de lumière, de bonnes odeurs, une musique relaxante, un bon fléchage, ... sont autant de choses qui vont avoir un impact positif sur le ressenti de la personne. Certains hôpitaux l'ont compris et ont installé, par exemple, des diffuseurs d'huiles essentielles et de la musique dans les salles d'attente.

Bien évidemment, il s'agira de poursuivre cette bienveillance au-delà de l'accueil, sous peine de voir tous ces efforts réduits à néant. Les patients se souviennent plus facilement d'un incident, même mineur, plutôt que de la qualité globale du service reçu.

En résumé :

- Sensibiliser son équipe à l'importance de l'accueil
- Créer une procédure d'accueil avec une check-list « accueil »
- Mettre en place une check-list « préparation de la chambre »
- Se démarquer par un accueil personnalisé (carte par exemple)
- Ordre et calme dans les couloirs
- Bon fléchage

3.2.2. L'information

Quoi de plus stressant que de ne pas savoir ? Nous l'avons d'ailleurs évoqué lors de nos entretiens : le patient est demandeur d'informations à tous les niveaux de son hospitalisation car cette expérience génère habituellement de l'anxiété. Il convient donc d'y être très attentif et de fournir les informations requises quant aux personnes clés que le patient va rencontrer, à l'organisation des journées dans l'unité, au programme de soins prévus pour le patient,... Mais, attention, trop d'information tue l'information. Et, on le sait aujourd'hui, le cerveau opère une sélection et ne retient qu'une certaine quantité de données. Pour aider le patient à s'y retrouver, quelques petites astuces peuvent être mises en place :

- Organigramme du personnel de l'unité avec photo et numéro de téléphone à l'entrée du service
- Tableau de l'organisation d'une journée type dans l'unité affiché dans la chambre
- Planning des différents rendez-vous remis au patient pour sa journée
- Carte de visite de l'infirmier chef, principal coordinateur des soins du patient, remise à l'admission
- Fiche technique simple et didactique à remettre au patient pour l'aider à prendre en charge ses soins

3.2.3. Anamnèse.

L'anamnèse est, rappelons-le, une obligation légale dans le dossier infirmier. Au risque de choquer certaines personnes, nous considérons qu'elle pourrait très bien être considérée comme un outil marketing. En effet, quelle belle occasion de cerner le patient pour adapter au mieux le service proposé. Elle est malheureusement souvent bâclée par manque de temps ou parce que l'on méconnaît son utilité dans le cadre d'une prise en charge centrée sur le patient. L'envisager sous l'angle du marketing nous semble une excellente façon de lui redonner toute son importance. Outre les quatorze besoins, il serait intéressant d'y rajouter quelques points essentiels tels que : les attentes du patient vis-à-vis de l'hôpital, du médecin, de l'équipe, ses craintes, ses expériences précédentes dans ce même hôpital, ce qui est important pour lui, ce qu'il sait de sa maladie, de son intervention,... Tous ces paramètres devraient être intégrés dans le service global offert au patient pour lui proposer du sur-mesure.

En résumé :

- Amener son équipe à envisager l'anamnèse comme une réelle possibilité de mieux connaître le patient et de répondre à ses attentes et non comme une corvée administrative supplémentaire
- Adapter l'anamnèse générale de l'hôpital aux spécificités de son unité grâce à un complément d'anamnèse

3.3. Dispensation des soins

Il ne s'agit pas d'augmenter la longueur ou la fréquence des contacts avec le patient, puisque cela n'est pas toujours possible au vu de la charge de travail et de l'organisation des soins. C'est pourquoi il importe se focaliser sur la qualité de la relation lors de ces contacts, en jouant par exemple sur la confiance. En marketing relationnel, la confiance est habituellement considérée comme une condition nécessaire à la relation entre un prestataire et son client. « *Dans le domaine hospitalier, la confiance se construit lors du processus de délivrance des soins et du processus relationnel les entourant* ». ⁶⁶
L'avantage pour l'unité de soins qui réussit à instaurer une relation de confiance est évident : le patient

⁶⁶ Dominique Phanuel : « Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle », in Politiques et Management Public, volume 20, n° 4, 12 /2002, pp.115-132

est plus détendu, il se sent protégé, en sécurité et, par conséquent, il est plus objectif, voire plus tolérant, dans son évaluation de la qualité des soins et services prestés

Comment opérationnaliser les démarches qui justifient la confiance du patient ? Tournons-nous une fois encore vers le ressenti d'un patient dont on a pu gagner la confiance. Vous me (re)connaissez : malgré vos nombreuses occupations, vous avez pris la peine de vous intéresser à moi, vous avez pris le temps de faire connaissance, de m'écouter ; pour vous je ne suis pas un malade « dossier », mais un malade « personne », vous connaissez mon nom. Vous me facilitez la vie : vous m'avez donné des conseils utiles sur l'entretien de ma santé, des informations pratiques sur le fonctionnement de l'hôpital et du service ; vous avez trouvé des solutions pour ma famille ; vous vous employez à atténuer ma douleur, vous êtes attentifs à mon confort. Vous me valorisez : vous m'appellez Monsieur ou Madame, vous ne me tutoyez pas, vous respectez mon intimité, vous requérez mon appréciation quant à la qualité de votre prestation. Vous me faites confiance : vous avez compris que la confiance joue dans les deux sens. Je vous ai dit que l'état de mes veines nécessite une ailette pour pratiquer une prise de sang, vous ne vous êtes pas obstinés avec une aiguille standard, au risque de me faire mal. Vous me donnez le choix : je ne me sens pas en position d'infériorité, je reçois suffisamment d'informations pertinentes quant à mon état de santé et aux traitements possibles et je peux opter pour un type d'intervention ou de traitement en connaissance de cause. Vous me surprenez : vous dépassez mes attentes. Une infirmière qui relève d'un service où j'ai passé des examens a traversé l'hôpital pour venir me souhaiter bonne chance le jour de mon opération. Vous me permettez d'aller plus loin : vous avez toujours des mots de réconfort et d'encouragement

3.4. La fin d'hospitalisation

3.4.1. Enquête de satisfaction.

Le questionnaire de satisfaction est, à l'heure actuelle, relativement répandu dans la plupart des hôpitaux. Et pourtant, bon nombre de personnes ne savent pas qu'il relève du marketing. Nous avons découvert, lors de nos entretiens, que, même si l'ensemble des infirmiers chefs reconnaissent son utilité, cet outil n'est pas exploité de manière optimale dans un certain nombre d'unités.

La notion de satisfaction

La satisfaction est un concept s'appuyant sur une composante cognitive et rationnelle, mais aussi affective et émotionnelle, ce qui fait qu'elle est difficile à appréhender. Nous avons déjà eu l'occasion dans un chapitre précédent de définir cette notion de satisfaction et de préciser les déterminants qui forment les attentes du patient. Cependant, il y a un certain nombre d'éléments supplémentaires à prendre en compte quand il s'agit de la mesurer.

La relation entre satisfaction et fidélité constitue une donnée intéressante. La satisfaction n'est pas en soi une garantie de fidélité, mais les clients qui répondent aux extrêmes des échelles d'évaluation expriment une attitude plus engagée. Ainsi, les clients très satisfaits apparaissent être sensiblement plus fidèles que les autres, et les clients très insatisfaits plus infidèles. Dès lors, on ne peut se contenter de chiffres de satisfaction moyens, ils traduisent souvent l'indifférence. Pour Frederick Reichheld⁶⁷, ancien professeur à la Harvard Business School et spécialiste de la satisfaction des clients, la question la plus prédictive quand il s'agit de déterminer la fidélité d'un client porte sur son intention de recommander l'entreprise à un ami ou à un collègue. Les personnes interrogées doivent répondre sur une échelle de Likert de 0, tout à fait improbable, à 10, tout à fait probable. La réponse à cette question permet d'identifier les promoteurs et les détracteurs. Les promoteurs notent 9 et 10 et les détracteurs notent de 0 à 6.

Utilisation

Le questionnaire de satisfaction représente une source d'informations inestimable pour le cadre dans la gestion de son unité. Il lui revient donc d'instaurer dans son équipe une vraie culture de l'évaluation. Premièrement, en lui expliquant le fondement d'une telle démarche. En effet, « enquête de satisfaction » pourrait rimer avec « jugement » dans la tête de certains infirmiers. Il est donc impératif de leur montrer que c'est un excellent moyen d'évoluer et de remettre en question sa pratique afin de répondre au mieux aux attentes des patients. Il faut donc le voir comme quelque chose de positif, comme une critique constructive et non comme une forme de stigmatisation.

Une fois cette étape franchie, le cadre pourrait fixer avec son équipe un objectif sur le nombre de questionnaires remplis par an. Les statistiques démontrent que le taux de réponse moyen aux enquêtes de satisfaction tourne, dans la plupart des hôpitaux, autour des 10 %⁶⁸. Dans notre institution, nous dépassons les 30 %. En effet, il s'agit d'un véritable cheval de bataille pour notre direction du département infirmier. Chaque infirmier chef participe activement à l'atteinte de cet objectif. Un comportement proactif est d'application pour inciter le patient à donner son avis. Le document lui est remis à l'admission. L'infirmier chef, lors de son premier passage dans la chambre, lui explique son importance. Lorsque l'infirmier chef rend visite au patient avant sa sortie, il n'omet pas de lui demander si le document est rempli.

Dans notre institution, nous avons un programme informatique qui permet à chaque cadre d'avoir accès en permanence aux résultats. Si tel n'est pas toujours le cas, l'infirmier chef est tout à fait en

⁶⁷ RIECHHELD F. cité par Lendrevie J. et Lévy J., *Mercator, tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, Paris, 2014, 11ème édition, p. 92

⁶⁸ DELAUNOY J., *Coordination des soins de santé*, section cadre de santé, Enseignement Supérieur Paramédical, Tournai

droit de demander les résultats à sa direction. Il peut, dès lors, les partager avec son équipe et s'en servir pour mettre en place de nouveaux projets dans son unité. Bien évidemment, pour que cela soit réalisable, il faut que les infirmiers chefs soient soutenus dans leur démarche par la direction, ce qui, nous l'avons vu, n'est pas toujours le cas.

En résumé :

- Instaurer dans son unité une culture de l'évaluation
- Se fixer des objectifs de taux de réponse aux enquêtes
- Transmettre les résultats des enquêtes à son équipe
- Utiliser les résultats pour mettre en place avec son équipe un projet d'amélioration

3.4.2. La sortie

Rien n'est plus frustrant que de partir dans l'indifférence. Et, malheureusement, cette étape est parfois négligée. Elle est pourtant un élément tout aussi déterminant que le reste dans l'appréciation de la qualité du service par le patient. Il convient là encore de se pencher sur le sujet et d'engager le personnel soignant à trouver des solutions pour négocier efficacement ce passage. A cet égard, une disposition nous semble incontournable : prévoir un entretien permettant de prendre congé de manière amicale et d'aborder un certain nombre de points restant à régler. Certains hôpitaux remettent à leur patient un fascicule où sont énumérés tous les points à prendre en compte pour bien préparer sa sortie.

En résumé :

- Procédure « sortie » avec check-list
- Visite de l'infirmier chef ou son remplaçant avant la sortie
- Fascicule de sortie pour le patient⁶⁹

⁶⁹ Voir exemple de fascicule en annexe 7

3.4.3. Le service après-vente

Proposer au patient un accompagnement de qualité lors de son hospitalisation est primordial. Mais, aujourd'hui, plus que jamais, il faut se démarquer. Dans certains services, ce genre de pratique existe déjà. Il s'agit, quelques jours après sa sortie, de téléphoner au patient pour savoir si tout se passe bien. La raison première est de voir si le patient ne présente aucun effet secondaire ou aucune complication suite à son hospitalisation. Il n'empêche que cela a une tout autre signification pour le patient. Les soins se poursuivent au-delà de son séjour. Il n'est pas un simple numéro et sa personne représente quelque chose pour les soignants. On n'imagine pas l'impact positif d'un simple appel téléphonique sur l'opinion du patient. Appeler systématiquement tous les patients n'est peut-être pas possible dans toutes les unités. Au chef d'unité de déterminer les critères selon lesquels un suivi est organisé.

4. Autres services de l'hôpital

Le parcours de soins implique généralement plusieurs services. Il importe donc que les services concernés fassent preuve de cohésion et travaillent d'une manière coordonnée afin d'assurer à leurs patients communs une transition harmonieuse. Partout où il passe, le patient s'attend à être reçu de la même façon, avec les mêmes égards. Les chefs d'unité seraient donc bien inspirés de mettre au point des procédures, de travailler en collaboration avec les autres services sur les itinéraires « patients », afin de coordonner leur action de manière à ne pas perturber ou déstabiliser les malades qui passent d'un service à l'autre. Des canaux d'information privilégiée entre services sont à créer pour améliorer la fluidité du parcours et permettre d'informer le patient de la manière la plus pertinente possible, notamment sur les temps d'attente.

Les autres services peuvent aussi jouer un rôle en matière de benchmarking interne. Il s'agit, en l'occurrence, de s'inspirer des bonnes pratiques que l'on peut observer chez ceux qui obtiennent les meilleurs résultats. Dans notre institution, où nous travaillons avec le management par objectifs, les réunions d'infirmiers chefs sont également des occasions de partager nos objectifs et projets afin que d'autres puissent s'en inspirer. Cette façon de faire a pour effet de renforcer la solidarité inter-services en créant une dynamique de travail positive.

En résumé :

- Travailler sur les itinéraires « patients » et planifier l'organisation de manière transversale
- Partager les expériences inter-services

5. Partenaires externes

Les partenaires externes sont nombreux et varient en fonction de la spécificité des unités. Nous y retrouvons les médecins traitants, principaux prescripteurs, exerçant une réelle influence sur les patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation. Certains hôpitaux ont choisi de s'investir dans une démarche proactive vis-à-vis des généralistes. Les équipes de soins y ont sans aucun doute un rôle à jouer. Selon les déclarations recueillies au cours de nos entretiens, il semble que les contacts avec les médecins traitants restent assez restreints. Mais, il reste des opportunités à saisir, notamment, lorsque les médecins traitants rendent visite à un patient hospitalisé. Il importe qu'ils soient reçus de manière cordiale et qu'ils retirent une bonne impression du fonctionnement du service. Dans notre unité, par exemple, nous affichons clairement notre volonté de collaborer avec eux. Pour chaque hospitalisation, ils sont tenus au courant par téléphone de l'entrée et de la sortie, et nous les invitons, s'ils le souhaitent, à rendre visite à leur patient. Lors de nos contacts, nous leur rappelons que nous sommes disponibles pour un conseil, une aide face à une prise en charge difficile au domicile. Tout ceci a pour effet de favoriser un climat propice à la collaboration. Il en va de même pour les infirmiers à domicile et les responsables de maisons de repos qui apprécieront à leur juste mesure la sollicitude avec laquelle on les a traités. Le cadre peut organiser avec son équipe et les médecins de l'unité, des conférences, des visites à leur intention. Il peut également mesurer la satisfaction de ces partenaires externes vis-à-vis de l'hôpital ou de son unité. Cela a été fait dans notre institution lors d'une réunion où il a été demandé aux médecins de la région de lister les points positifs et les points négatifs de notre collaboration, de nous donner des pistes d'amélioration et de nous faire connaître leurs attentes. Cette démarche a débouché sur une demande de leur part, pour une prochaine réunion, de répondre à notre tour à ces questions. Nous allons également travailler sur un projet consistant à relever les noms de médecins traitants de la région, ceux qui nous envoient leurs patients et ceux qui ne nous en envoient pas, en vue de déterminer la manière de les sensibiliser au fonctionnement de notre unité. Nous allons également rechercher par quel biais les patients sont arrivés chez nous, pour travailler sur les différents circuits possibles.

Il y a également un autre type de partenaire externe avec lequel nous pouvons travailler : les écoles. Participer à des foires de l'étudiant, aller à la rencontre des élèves pour animer un cours, prévoir des visites dans son unité,... Tout cela permet en outre de recruter de futurs professionnels de la santé, point sensible s'il en est, vu les problèmes de recrutement rencontrés par bon nombre d'hôpitaux, mais également de faire la promotion de son unité.

En résumé :

- Colloques, formations, conférences
- Contacts téléphoniques, informations sur les patients aux médecins traitants et équipes soignantes du domicile
- Aide et conseils aux professionnels extérieurs
- Disponibilité
- Mesure de la satisfaction et des attentes des partenaires externes
- Etude de part de marché et projet de sensibilisation des prescripteurs ou influenceurs
- Collaboration avec les écoles : visite de l'unité, animation d'un cours,...
- Mesure de la satisfaction des étudiants infirmiers

6. Les concurrents

La concurrence est clairement ressentie par les infirmiers en chef rencontrés, sans qu'il y ait pourtant de guerre froide entre les différentes institutions. Chacun estimant peut-être qu'il est tenu de collaborer et de chercher des synergies dans l'intérêt des patients respectifs. Il y a déjà des contacts entre les hôpitaux en fonction de la répartition des compétences particulières ou des équipements spécifiques. Ils ont donc intérêt à ne pas exacerber leur rivalité. D'ailleurs, la réforme des réseaux hospitaliers visant à rationaliser le paysage hospitalier va amener les hôpitaux à travailler ensemble dans des réseaux régionaux. Mais, nous ne sommes pas certains que cette mesure va supprimer ou réduire la propension des patients à aller voir ailleurs. Néanmoins, s'inspirer des bonnes pratiques d'autres hôpitaux ne peut être que bénéfique pour notre propre unité.

A faire :

- Aller visiter une autre unité, un autre hôpital
- Poser des questions sur les pratiques des autres unités lors de rencontres en colloque ou formation
- Ouvrir ses portes à d'autres unités

7. Le grand public

7.1. Les visiteurs

N'oublions pas que les visiteurs, quelle que soit la raison de leur présence, sont aussi des patients potentiels ou des influenceurs. Il importe donc de s'inquiéter de la perception qu'ils peuvent avoir de l'hôpital et du service. D'où l'importance de tout mettre en œuvre pour les accueillir dans les meilleures conditions et de faire en sorte que l'ambiance ressentie soit positive. Les recommandations de bonnes pratiques en matière de communication, déjà évoquées dans ce travail, leur sont aussi destinées.

7.2. Les extérieurs

Il s'agit principalement de la population vivant dans ce que nous appelons la zone de chalandise⁷⁰. Même si la publicité lui est interdite, l'hôpital dispose de certains moyens pour toucher ses patients potentiels et améliorer son attractivité. A côté du bouche-à-oreille et des prescripteurs, il y a les opérations dites de « relations publiques ». Commençons par le site Internet. En général, le canevas et le design sont communs à l'ensemble des services. Il n'empêche, c'est le cadre et son équipe qui connaissent le mieux les services qu'ils proposent aux patients et qui pourront donc le mieux vendre leur unité. C'est donc naturellement au cadre que revient la responsabilité d'écrire le texte qui alimentera le site, ou tout au moins, de participer à sa rédaction. Pour que cela ait encore plus d'impact, notamment auprès de ses collaborateurs, le cadre a tout intérêt à intégrer son équipe au projet. En effet, il est toujours motivant de partager ce que l'on fait bien. L'équipe se sentira ainsi reconnue. Pourquoi, ne pas la mettre en scène sur le site ? Le patient, quant à lui, attend des

⁷⁰ Aire géographique d'où proviennent majoritairement les patients hospitalisés

informations pratiques sur son hospitalisation, le déroulement d'une journée ou de son intervention, ce dont il doit se munir, le nom des personnes de référence,... Il sera également intéressé par des photos et, nous l'avons déjà évoqué, par une visite interactive de l'unité. Autre suggestion : prévoir un onglet « actualités », que le cadre pourra venir modifier en fonction des manifestations prévues.

Ont été évoquées lors de notre enquête des mesures telles que :

- Distribuer des folders dans les polycliniques
- Organiser des journées de sensibilisation ou des opérations porte-ouverte
- Utiliser facebook
- Participer à des colloques, diverses manifestations du type « relais pour la vie »
- Entrer dans un processus d'accréditation ou de certification ISO

8. Conclusion

Comme nous l'avons vu à travers ces divers exemples, le marketing est un outil d'une grande portée, exploitable à bien des niveaux. Le questionnement, la créativité et la proactivité sont de mise à chaque moment. Le marketing peut sans conteste enrichir notre pratique quotidienne et la rendre attrayante. Il ne reste plus qu'à s'y mettre. Les idées et les possibilités sont infinies, à l'instar de la diversité des patients que nous rencontrons chaque jour dans notre hôpital.

Conclusion et perspectives

Nous voilà arrivé au terme de ce travail consacré au marketing hospitalier. Le but de notre démarche était de découvrir une discipline peu connue, de voir si le marketing peut aider le cadre dans sa mission de gestion d'unité et de partager le fruit de nos découvertes avec d'autres cadres de santé.

Qu'on le veuille ou non, le marketing est un fait. Il a envahi notre mode de vie, imprégné nos habitudes de consommation. Mais, contrairement à une opinion largement répandue, le marketing n'est pas exclusivement du ressort du secteur marchand. Certes, nous sommes nombreux à stigmatiser les excès d'une publicité envahissante, les techniques de vente manipulatoires. Cependant, ce que nous avons appris, en nous intéressant au marketing, c'est qu'il est possible de créer de la préférence dans un environnement concurrentiel tout en respectant les conditions d'un échange mutuellement satisfaisant.

Quand l'hôpital s'enquiert de la provenance de ses patients et de l'identité des influenceurs ou des prescripteurs, c'est pour en tirer des renseignements susceptibles d'être utilisés pour augmenter ses parts de marché. Quand l'hôpital invite la presse pour annoncer l'achat d'un matériel de pointe ou l'obtention d'une accréditation, c'est sans aucun doute pour asseoir sa notoriété et améliorer son image de marque. Mais il existe un marketing vertueux qui repose sur la satisfaction du patient, qui vise une relation de confiance entre les différentes parties et qui mérite d'en recueillir les fruits.

Le marketing est une science de gestion complexe qui recourt à différentes disciplines : statistiques, sociologie, psychologie, économie, communication, démarche qualité, en les agençant harmonieusement dans un but précis. Mais au niveau de l'hôpital, une autre dimension apparaît. Avec la santé, on touche aux droits de l'homme et on introduit une vision sociétale. Et justement, selon nous, le marketing contribue à asseoir le rôle sociétal tenu par l'hôpital : le respect de la dignité des patients, une approche humaine et amicale. Si le marketing c'est mettre le patient au cœur de l'hôpital, tenir compte de ses attentes, si le marketing, c'est soigner la communication, les attitudes et le comportement des soignants, si le marketing, c'est sortir de sa boîte et mieux informer la collectivité, alors pourquoi pas le marketing ? Un outil n'est pas d'office destiné aux bonnes ou aux mauvaises actions, c'est l'intention de celui qui l'utilise qui compte. Au-delà des considérations financières et du domaine de la gestion, le marketing peut réellement nous aider à améliorer notre pratique.

Nous travaillons en soins palliatifs depuis de nombreuses années. Quand les patients arrivent chez nous, après des mois d'hospitalisation, ils sont souvent agréablement surpris de l'ambiance qui règne dans l'unité, ils se sentent en sécurité, apaisés. Nous nous sommes souvent demandé si cette différence de perception était uniquement liée aux normes en personnel plus élevées que dans les autres unités. Certes, cela y contribue certainement, mais au terme de ce travail, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait beaucoup de similitudes entre ce que nous avons évoqué en termes de

communication et de relation et notre manière d'envisager la prise en charge du patient. En fait, sans le savoir nous faisons du marketing dans notre unité de soins palliatifs et nous pensons que cela peut expliquer en partie la satisfaction des patients et de leur famille. Nous passons du temps à faire une anamnèse pour connaître le patient et pour proposer un service à la carte avec des horaires adaptés. Nous sommes soucieux de respecter le patient et nous lui laissons une autonomie décisionnelle. Nous prenons le temps de discuter pour décanter les situations conflictuelles. Nous mettons le patient en confiance par une attitude bienveillante. En équipe, chacun a le droit de donner son opinion et chaque avis compte dans la prise de décision. Nous avons également une dynamique d'équipe où chacun partage la même vision du « prendre soin ». S'il y a bien une unité où la prise en charge humaine est de mise, c'est en soins palliatifs, or nous y retrouvons de nombreux aspects du marketing relationnel. Les soins et le marketing ne seraient donc pas incompatibles.

Le marketing hospitalier intègre tous les services qui interagissent sur le trajet du patient. L'unité de soins n'est pas la seule à influencer le jugement du patient effectif ou potentiel, elle fait partie d'un tout, dont chaque élément a un rôle à jouer, où chaque détail compte. Mais, il ne faudrait pas que l'unité de soins soit le maillon faible du dispositif. Discuter de la pertinence d'une approche marketing dans les unités de soins, c'est s'interroger sur leur implication dans la satisfaction des patients, des visiteurs, des influenceurs et sur leur rôle dans l'attractivité de l'hôpital. Notre enquête de terrain auprès des cadres de santé a été interpellante. Certains se sentent désemparés face à ce nouveau défi, soit parce que leur méconnaissance du sujet les conduit à le dénigrer, soit parce qu'ils ne sont pas soutenus dans cette voie par leur direction. Certains exploitent les zones d'incertitudes décrites par M. Crozier et E. Friedberg⁷¹ pour rester dans leur zone de confort, d'autres prennent des initiatives sans pour autant recevoir la juste reconnaissance que leurs efforts méritent. Pourtant, les unités de soins ne peuvent passer à côté de cette (r)évolution. Or, l'hôpital est en crise, les Pouvoirs Publics peinent à assumer le financement des soins de santé. Restructuration, économie, fusion, bassins de soins, ces mots résonnent comme un leitmotiv. Dès lors, n'est-il pas incongru de demander au personnel soignant de positiver et d'entamer sa journée de travail avec le sourire ? L'instauration d'un état d'esprit marketing dans les unités de soins ne peut s'envisager au détriment du personnel soignant. Il ne s'agit pas de travailler plus, mais de travailler différemment, en saisissant les opportunités, en ayant une autre approche vis-à-vis du patient. Il n'est pas question de parler de « patient roi », mais plutôt de « patient partenaire ».

⁷¹ CROZIER M. et E. FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977, 435 p.

Bien évidemment, nous aurions pu aller encore plus loin dans ce travail d'analyse. Aller à la rencontre des infirmières, interroger les patients sur leur vécu face à une expérience en milieu hospitalier, sur ce qu'ils entendent par soins de qualité, sur les critères qui les amènent à choisir un hôpital, sur ce qu'ils attendent des équipes de soins. Nous aurions pu également interroger les directions sur leur stratégie en matière de marketing, sur ce qui est mis en place pour transmettre cet état d'esprit aux cadres de l'entreprise... Nous pensons néanmoins avoir déjà brossé un tableau explicite du sujet. Nous retiendrons que la confrontation des pratiques, des idées et des attitudes proposée dans le chapitre consacré aux entretiens nous a délivré un message à portée pédagogique, à savoir qu'il n'y a pas qu'une seule vérité et que les meilleures solutions surgissent généralement de l'écoute, de la concertation, de l'observation, de la comparaison. Nous continuerons à plaider pour une meilleure information et un meilleur encadrement du chef d'unité, dont on a mis en évidence le désarroi face à ces matières. Puissent les préconisations présentées dans le dernier chapitre de notre recherche inspirer quelques collègues motivés par la « marketing attitude ». Le chantier est là. Il est vaste. Les outils sont disponibles. Il suffit d'apprendre à s'en servir, d'ouvrir son esprit à la nouveauté, d'être créatif. Pourquoi vouloir à tout prix se battre contre l'évolution de la société, essayons plutôt de nous y adapter. Nous terminerons par une citation d'Edgard Morin, bien dans la ligne de notre conception du marketing hospitalier : « *Une société ne peut progresser en complexité que si elle progresse en solidarité* »⁷²

⁷² MORIN E., sociologue et philosophe français dont les travaux couvrent un vaste champ d'investigation

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif.

<p>Que pensez-vous de l'utilisation des enquêtes de satisfaction au sein des hôpitaux ?</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Organisation de la distribution et de la récolte des enquêtes de satisfaction ?✓ Accès aux résultats des enquêtes de satisfaction ? De quelle manière ?✓ Utilisation des résultats ?✓ Éléments qui influencent le plus la satisfaction du patient ?✓ Changements à apporter dans l'unité pour améliorer la satisfaction du patient lors de son hospitalisation ?✓ Plaintes? Si oui, de quel type et comment sont-elles traitées ?✓ Que veut dire soins de qualité pour le patient ? Pour le soignant?✓ Les exigences du patient ont-elles changé ?✓ Mesurer le niveau de satisfaction des membres de l'équipe ?
<p>Comment percevez-vous la concurrence entre les hôpitaux ?</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Facteurs qui incitent les patients à choisir votre hôpital ?✓ Que mettre en œuvre pour augmenter la notoriété de votre unité ?✓ Contacts avec les professionnels de la santé (médecin traitant, infirmière) externes à l'hôpital ?
<p>De plus en plus d'outils utilisés dans le secteur marchand ou l'industrie sont utilisés dans la gestion des hôpitaux (étude des parts de marché, comparaison avec d'autres hôpitaux, méthodes pour attirer, convaincre et fidéliser le patient). Qu'en pensez-vous ?</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Compatible avec le métier de soignant ?✓ Et de cadre de santé ?
<p>Avez-vous déjà entendu parler du marketing hospitalier ?</p>	

Annexe 2 : Grille d'analyse des entretiens semi-directifs

Thème de base du marketing hospitalier	Réaction des interviewés	Commentaires
<p>La satisfaction des patients</p> <p>Attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêt ou indifférence ou étonnement - (mé)connaissance de l'enjeu - Autre (préciser) <p>Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souhait d'agir, d'aller plus loin - Suggestions, changements proposés pour améliorer la satisfaction - Objections, blocages, résistances <p>Marques d'émotion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langage corporel, changement de ton - Agacement, nervosité - Enthousiasme 		<p>Mots utilisés à propos des questionnaires de satisfaction :</p> <p>Existe-t-il un questionnaire dans l'unité ? oui/non</p> <p>Procédure précise de distribution et de récolte des questionnaires oui/non</p> <p>Utilisation des résultats des enquêtes de satisfaction oui/non</p> <p>L'institution a-t-elle mis en place une politique concernant la transmission des résultats des enquêtes de satisfaction ? oui/non</p> <p>Éléments influençant la satisfaction ?</p> <p>Idées émises spontanément ou après réflexion ?</p> <p>Types de plainte ?</p> <p>Mode de gestion des plaintes</p> <p>Sont-elles justifiées ?</p> <p>Idées pour améliorer la satisfaction du patient ?</p> <p>Les idées sont venues spontanément ou après réflexion ?</p>

Thème de base du marketing hospitalier	Réaction des interviewés	Commentaires
<p>Le personnel de contact principal vecteur de communication de l'hôpital</p> <p>La satisfaction du personnel influence la satisfaction du patient</p>	<p>Attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêt ou indifférence ou étonnement - (mé)connaissance de l'enjeu - Autre (préciser) <p>Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souhait d'agir, d'aller plus loin - Suggestions pour améliorer la communication <p>Marques d'émotion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objections, blocages, résistances - Langage corporel, changement de ton - Agacement, nervosité - enthousiasme 	<p>Mots utilisés à propos de la qualité des relations patients/soignants</p> <p>Sentiment face à la mesure de satisfaction du personnel ?</p> <p>Idées émises spontanément ou après réflexion ?</p> <p>Sentiment positif ou négatif face aux entretiens de fonctionnement</p>

Thème de base du marketing hospitalier	Réaction des interviewés	Commentaires
L'orientation « patient »	<p>Attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêt ou indifférence ou étonnement - (mé)connaissance de l'enjeu - Autre (préciser) <p>Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souhait d'agir, d'aller plus loin - Suggestions pour changer les mentalités <p>Marques d'émotion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langage corporel, changement de ton - Agacement, nervosité - enthousiasme 	<p>Qualité pour le patient ?</p> <p>Qualité pour le soignant ?</p> <p>Différence entre qualité perçue et intrinsèque ? oui/non</p> <p>Les exigences du patient ont elles changé ?</p> <p>Idées émises spontanément ou après réflexion ?</p>

Thème de base du marketing hospitalier	Réaction des interviewés	Commentaires
<p>La concurrence</p>	<p>Attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêt ou indifférence ou étonnement - (mé)connaissance de l'enjeu - Autre (préciser) <p>Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souhait d'agir, d'aller plus loin - Suggestions pour créer de la préférence <p>Marques d'émotion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objections, blocages, résistances - Langage corporel, changement de ton - Agacement, nervosité - enthousiasme 	<p>Mots utilisés à propos de la concurrence, la rivalité entre les hôpitaux</p> <p>Connaissiez-vous les facteurs qui incitent les patients à venir dans l'hôpital où vous travaillez plutôt qu'ailleurs ?</p> <p>Idées émises spontanément ou après réflexion ?</p> <p>Idées pour améliorer la notoriété de son unité ?</p>

Thème de base du marketing hospitalier	Réaction des interviewés	Commentaires
<p>La communication externe</p> <p>Quels rapports avec les prescripteurs, les influenceurs ?</p>	<p>Attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêt ou indifférence ou étonnement - (mé)connaissance de l'enjeu - Autre (préciser) <p>Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souhait d'agir, d'aller plus loin - Suggestions pour améliorer l'image et la notoriété de l'unité de soins - Objections, blocages, résistances <p>Marques d'émotion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langage corporel, changement de ton - Agacement, nervosité - enthousiasme 	<p>Mots utilisés à propos du volet « relations publiques »</p> <p>Quels contacts avec les professionnels de la santé externes ?</p> <p>Idées émises spontanément ou après réflexion ?</p>

Thème de base du marketing hospitalier	Réaction des interviewés	Commentaires
<p>Utilisation d'outils du secteurs marchand dans la gestion des hôpitaux (étude des parts de marché, comparaison avec d'autres hôpitaux, méthodes pour attirer, convaincre et fidéliser le patient).</p>	<p>Attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêt ou indifférence ou étonnement - (mé)connaissance de l'enjeu - Autre (préciser) <p>Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souhait d'agir, d'aller plus loin - Suggestions - Objections, blocages, résistances <p>Marques d'émotion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langage corporel, changement de ton - Agacement, nervosité - enthousiasme 	<p>Compatible avec le métier de soignant ? Mots utilisés.</p> <p>Et de cadre de santé ? Mots utilisés.</p> <p>Déjà entendu parler du marketing hospitalier ? oui/non Mots utilisé</p> <p>Idées émises spontanément ou après réflexion ?</p>

Annexe 3 : tableau récapitulatif de la qualité pour le patient et la qualité pour le soignant selon les infirmiers chefs

Qualité pour le patient	Qualité pour le soignant
Faire le bon soin Rapidité Professionnalisme Sécurité Empathie	La même chose, parce que si j'étais patient c'est ça que je voudrais
Que le soin réponde aux attentes du patient Bonne gestion de la douleur	Respect des normes d'hygiène Respect des normes d'asepsie Respect de la procédure lors d'un soin Ordre Propreté
Explication du déroulement de la journée Information quant au temps d'attente Éducation au patient Qualité de l'acte Rapidité	Bonne éducation du patient Informations complètes à la sortie pour que le patient puisse se prendre en charge
Disponibilité Réponses rapides aux sonnettes Réponses rapides aux demandes Gestion de la douleur Soins d'hygiène complets	Bonne prise en charge Respect des règles d'hygiène Respect des règles d'asepsie
Etre considéré comme une personne Professionnalisme Hygiène Vouvoiement Ecoute Information quant à la prise en charge	La même chose avec en plus : Connaissances théoriques sur les médicaments Hygiène des mains
Soin fait avec le sourire Rapidité	Sourire Respect des règles d'asepsie
Gentillesse Pansement fait en temps et en heure	Explique la différence entre qualité perçue et intrinsèque
Accueil Humanité Ecoute	Un soin infirmier bien fait

Annexe 4 : Tableau de propagation de la satisfaction du patient⁷³.

Le bouche à oreille est un des éléments essentiels dans la création de l'image et de la notoriété d'un hôpital, mais comment fonctionne-t-il ?

100 clients	En parle à	En parle à son tour à	Total
85 satisfaits	3 personnes		255 personnes
15 insatisfaits	11 personnes	6 personnes	990 personnes

Nous pouvons voir l'impact qu'a une expérience négative sur la notoriété d'un hôpital.

⁷³ Présentation des enquêtes de satisfaction par Mme Eeman Anne-Marie responsable du service médiation au CHWAPI de Tournai dans le cadre des cours de cadre en soins de santé.

Annexe 5 : exemple d'entretien de fonctionnement.

Cinq compétences sont choisies par le cadre de santé dans un répertoire de compétences. Il choisit celles qui selon lui correspondent le mieux au profil que doit avoir les membres de son équipe. Les valeurs peuvent être modifiées pour correspondre aux valeurs de l'institution.

1. Le point sur l'année écoulée

**Au cours des 12 derniers mois, de quelles réalisations/tâches êtes-vous le plus satisfait ?
Le moins satisfait ?**

Votre fonction actuelle répond-elle à vos attentes ? Pourquoi ? Pourquoi pas ?

Comment pouvez-vous décrire votre collaboration avec vos collègues et autres collaborateurs ?

Avez-vous disposé de tous les moyens nécessaires pour accomplir correctement vos tâches ?

2. Développement des compétences

À quelle fréquence démontrez-vous ces compétences ? Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Travail en équipe/réseau : Avoir la volonté de développer de bonnes relations, de travailler ensemble et de prendre des décisions partagées en ciblant un but commun. Manifester le souci d'apporter sa contribution personnelle, d'impliquer les autres, de rechercher les complémentarités.

Remarques et/ou suggestions :

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Capacité à prendre de la hauteur : Être capable de se détacher mentalement et émotionnellement d'une situation de travail en prenant du recul et en adoptant une vision « hélicoptère ».

Remarques et/ou suggestions :

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Flexibilité/ adaptabilité

Adapter son comportement et son approche en fonction des situations en vue d'atteindre un objectif donné.

Remarques et/ou suggestions :

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Sens de l'organisation/planification

Organiser son travail et, le cas échéant, celui d'autrui de manière systématique, minutieuse et planifiée en sachant se faire une idée précise de leur durée. Savoir les intégrer dans un programme préétabli et dans le respect des délais définis.

Remarques et/ou suggestions :

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Orientation besoins du patient/collaborateur : Adapter ses actions aux préoccupations, aux besoins et aux souhaits du patient / collaborateur, même lorsqu'ils ne sont pas exprimés de manière explicite.

Remarques et/ou suggestions :

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

3. Les valeurs clés

Comment ressentez-vous ces 2 valeurs dans l'exercice de votre fonction ?
Quelles sont les 2 situations où vous avez contribué à faire vivre ces valeurs ?
Que pouvons-nous mettre en place pour les rendre plus vivantes ?

La confiance

Le respect

4. Vos motivations

Pour chaque item, indiquez les éléments qui vous ressemblent le plus (+) et ceux qui vous ressemblent le moins (-).

	+	-	Sans avis
Se développer personnellement			
Avoir de nombreux contacts			
Etre reconnu(e) et apprécié(e) dans son travail			
Evoluer dans un cadre structuré			
Avoir des directives précises			
Bénéficier régulièrement de feedbacks			
Se consacrer à divers projets			
Avoir des perspectives d'évolution			
Prendre des responsabilités			

5. Plan d'action conjointement déterminé

Objectifs pour l'année 20..

6. Plan de développement

Pour votre développement, quelle aide souhaiteriez-vous de la part de votre supérieur hiérarchique ?

À l'aide de quelles actions concrètes et outils ?

*Remarques et conclusion du
collaborateur*

*Remarques et conclusion du
responsable*

Signature du collaborateur

Signature du responsable

Date : .. / .. / 20 ..

Date : .. / .. / 20 ..

Annexes 6: Quelques exemples de pratiques pour renforcer la cohésion d'équipe

Arbre à compliments

Afficher un panneau avec une case pour chaque membre du personnel. Tout membre de l'équipe doit aller accrocher un compliment pour chacun de ses collègues.

Carnet de pensées positives

Carnet de service dans lequel on note : un petit mot positif pour la journée, un mot d'encouragement pour ses collègues, une photo apaisante ou rigolote,...

Boîte à souvenirs

Boîte dans laquelle on vient déposer des petits papiers reprenant : des situations cocasses vécues dans le travail, des moments de fou rire, des petits mots drôles prononcés par les patients, ... De temps en temps, ouvrir cette boîte en équipe pour se remémorer les bons moments

Challenge du bracelet

On installe une boîte à l'entrée du service avec des élastiques. En arrivant, on se passe un bracelet au bras. On doit le changer de bras toutes les fois où on s'énerve. Le but étant de garder le bracelet au même bras toute la journée. Cette technique permet de travailler le lâcher prise et de prendre conscience des moments qui ne valent pas vraiment la peine de s'énerver.

Challenge journée « parole positive »

Trois billes dans sa poche droite. Chaque fois que je fais une critique positive à quelqu'un, je passe une bille dans la poche gauche. Le but étant de transvaser toutes les billes dans la journée.

Annexe 7 : Exemple de check-list de sortie

Quelques bonnes questions à me poser :

<p><u>Mon médecin traitant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Est-il au courant de mon hospitalisation ? ◆ Est-il au courant de ma sortie ? ◆ Est-il au courant de mon nouveau traitement ? 	<p>Je contacte mon médecin parce que, avec moi, il suit ma santé de manière globale.</p>
<p><u>Mon traitement est-il clair ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Quels médicaments ? Quand ? Combien ? ◆ Est-ce que je peux les prendre en plus de ceux que je prenais avant mon hospitalisation ? ◆ Certains médicaments remplacent-ils ceux que je prenais ? ◆ Quand faut-il arrêter le traitement ? 	<p>Je n'hésite pas à poser des questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ au personnel soignant de l'hôpital, ◆ à mon médecin spécialiste, ◆ à mon médecin généraliste, ◆ à mon pharmacien.
<p><u>Est-ce que j'aurai besoin de soins ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ de soins infirmiers ? ◆ de kinésithérapie ? ◆ d'aide à la préparation de mes médicaments ? ◆ ... <p><u>Est-ce que j'aurai besoin d'aide ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pour ma toilette ? ◆ Pour mes repas, mon ménage ? ◆ Pour mes déplacements ? ◆ ... <p><u>Est-ce que j'aurai besoin de matériel particulier ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Lit médical ? ◆ Chaise roulante ? ◆ ... 	<p>A l'hôpital, je peux d'abord obtenir de l'aide auprès du service social.</p> <p>A l'extérieur, je contacte un centre de coordination : Les centres de coordination de soins et d'aide aident à organiser votre retour à domicile.</p> <p>Une coordinatrice vous rencontre à l'hôpital ou à domicile et évalue vos besoins avec vous. Elle organise les soins et les aides nécessaires. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ le passage d'une infirmière, d'un kiné, d'une logopède, d'une aide familiale, d'une garde à domicile, d'une aide ménagère, ... ou tout autre professionnel de soins ou d'aide à domicile, ◆ un transport adapté, du matériel spécialisé, ◆ de l'aide pour les démarches administratives. <p>Vous restez bien sûr libre de choisir les services que vous souhaitez. Le travail de la coordinatrice est gratuit.</p>
<p><u>Pourrais-je aller jusqu'à une pharmacie ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sera-t-elle ouverte ? ◆ Quelle sera la pharmacie de garde ? 	<p>Je m'assure que j'aurai mes médicaments à la sortie d'hôpital.</p>

N'avez vous rien oublié ?

Assurez-vous que vous avez bien reçu vos documents de sortie, tels que :

- ◆ Un courrier à l'intention de votre médecin traitant,
- ◆ Une ordonnance pour vos médicaments,
- ◆ Une prescription pour vos soins au domicile si nécessaires : soins infirmiers, séances de kinésithérapie, ...
- ◆ Une prescription pour du matériel spécifique : chaise roulante, tribune, lit médicalisé, ...
- ◆ Les documents administratifs nécessaires (certificat à l'intention de votre employeur, attestation, ...)
- ◆

* * *

Parce que votre retour à domicile doit être bien

préparé pour vous assurer le meilleur rétablissement possible, n'hésitez pas :

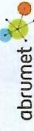
Prenez contact dès que possible avec les professionnels qui vous entoureront après la sortie !

Votre dossier santé informatisé accessible & sécurisé

Le partage informatisé et sécurisé de vos documents « santé » améliore la communication entre les professionnels qui vous soignent : médecin de l'hôpital, médecin généraliste, médecin de garde, ...



Etes-vous inscrit ?



abrumet

Surfez sur

www.rsw.be

ou www.abrumet.be

La fiche de contacts

C'est une fiche jaune cartonnée reprenant les coordonnées de vos proches et des personnes qui vous soignent ou vous aident à la maison. Emportez-la à l'hôpital !

Plus d'information :
Auprès de vos soignants et aidants
ou auprès d'ECCOSSAD

En partenariat avec

ECCOSSAD

le Service Intégré de Soins à Domicile (SISD) du Brabant wallon.



Espace du Cœur de Ville, 1
1340 Ottignies

Tél: 010 / 41.12.37 - Fax: 010 / 41.69.37

eccossad@skynet.be - www.eccossad.be

ECCOSSAD

Bibliographie

Ouvrages

- BATAT Wided et FROCHOT Isabelle, *Marketing expérientiel, comment concevoir et stimuler l'expérience client*, Dunod, 2014, 153 p.
- CROZIER M. et E. FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977, 435p.
- DAYAN Armand, *Que sais-je, Le Marketing?*, Paris, Edition Presses Universitaires de France, 1976, 123 p.
- DUBOIS Bernard, *Le marketing management hospitalier*, Paris, Berger-Levrault, 1987, 378p.
- HIAM A. et HEILBRUNN B., *Le Marketing pour les nuls*, Editions First, 2013, 428 p.
- HUBINONT Corinne, *Voyage au pays du cancer du sein – Mon carnet de survie*, Racine Ed., 2017,
- HUBINONT Myriam, *Management des unités de soins, de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*, Edition De Boeck, Bruxelles 1998, 383 p.
- Le NAGARD-ASSAYAG E. et LARDINOIT T, *Principes de marketing - Gary Armstrong et Philip Kotler*, Pearson France, 2013, 11^{ème} édition, 502 p.
- LENDREVIE J. et LEVY J., *Mercator, tout le marketing à l'ère numérique* », Dunod, Paris, 2014, 11^{ème} édition, 1027 p.
- MEYER Florent A., *Le guide de d'EFQM*, Editions Lexitis, 2011, 344 p.
- RIEUNIER Sophie (coordonnatrice) : *Marketing sensoriel du point de vente*, Dunod, 2013, 4^{ème} édition, 278 p.
- THIBAUT Marie, *Le marketing à l'hôpital*, IESCH, Paris, 1994, 117 p.
- VERNETTE Eric, *L'essentiel du marketing*, Groupe Eyrolles, Ed. d'organisation, 3^{ème} édition, 2008, 488 p.

Mémoires

- AUBERT Stéphane, « *De l'opportunité d'une démarche marketing à l'hôpital* », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Filière Directeurs d'hôpital, Septembre 2008.
<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/edh/aubert.pdf>
- DURIGUTTO Fabio : « *Le marketing Quand l'hôpital s'inspire et applique les stratégies du secteur marchand* », Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française Tournai, Enseignement Supérieur Paramédical, Cadres en soins de santé, 2010
<http://www.lereservoir.eu/BASE%20TFE%20CADRES/FABIO%20DIRUGITTO.pdf>
- KOUTAISSOFF Daria : « *Marketing et communication des Etablissements sanitaires vaudois Analyse et positionnement de 4 services de maternité* » Juillet 2005
<http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/MemoireKoutaissoff.pdf>
- SERY Véronique : « *Attractivité et marketing hospitalier : un enjeu pour l'hôpital et le directeur des soins* », mémoire EHESP, décembre 2015
<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/ds/sery.pdf>

Cours

- BOFFA Claude : *Le Marketing dans les institutions de soins de santé* , ICHEC, 2010-2011
- COEMELK Didier, *Cours de comptabilité et financement des hôpitaux*, section cadres de soins de santé, Enseignement Supérieur Paramédical, Tournai.
- DELAUNOY J., *Coordination des soins de santé*, section cadre de santé, Enseignement Supérieur Paramédical, Tournai.
- VANTOMME P., *Cours de psychosociologie appliquée aux relations de travail*, section cadre de santé, Enseignement Supérieur Paramédical, Tournai
- VANTOMME P., *Cours de Méthodologies de recherche*, section cadre de santé, Enseignement Supérieur Paramédical, Tournai
- VANTOMME Patrick, *Cours de Politique & économie du système de santé*, section cadre de santé, Enseignement Supérieur Paramédical, Tournai

- VANTOMME Patrick, *Cours de statistiques*, section cadres de soins de santé, Enseignement Supérieur Paramédical, Tournai.

Articles dans des revues spécialisées ou des sites Internet

- BAY Virginie, « Quand le patient devient client : comment l'hôpital s'adapte-t-il ? », conférence francophone Giseh, Liège 2014, consulté le 5.03.2017

<http://www.giseh2014.be/fr/sessions>

Consulté le 28.12.2017

- BRUNELLE Yvon : « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », in Pratiques et Organisations des Soins, n° 40, 2009/1, pp. 39-48

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=POS_401_0039

Consulté le 2.03.2017

- CAILLET René et CRIE Dominique : « Stratégies de groupe public : pour un marketing hospitalier », in Revue hospitalière de France – Marketing, n° 525, novembre-décembre 2008, pp 12-16

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2008/525/12_17.pdf

Consulté le 2.03.2017

- CHANTEUR Michel : « Un renouveau de la démarche », in Revue Hospitalière de France - Marketing, n° 525, novembre- décembre 2008, pp 18-20

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2008/525/18_21.pdf

Consulté le 2.03.2017

- COSSETTE Sylvie : « De la recherche exploratoire à la recherche appliquée en sciences infirmières : complémentarités et finalités », in Recherche en soins infirmiers, 2010/3, n° 102, pp 73-82

Consulté le 05.02.2018

- CRIE Dominique et GALLOPEL-MORVAN Karine, « Le marketing hospitalier », in Gestions hospitalières, n° 547, juillet 2015

<http://gestions-hospitalieres.fr/dossier/le-marketing-hospitalier/>

Consulté le 3.03.2017

- FERRAND Hughes et SUDRE Marie-Claude : « Service public et marketing hospitalier, le mariage peut-il être consommé ? », in Revue hospitalière de France, n° 525, novembre-décembre 2008, pp 22-26

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2008/525/22_26.pdf

Consulté le 2.03.2017

- GUERRINI Bérangère, « Soigner sa relation avec les usagers : la stratégie gagnante du marketing à l'hôpital », in CHU réseau, 2.02.2012

<http://www.reseau-chu.org/article/soigner-sa-relation-avec-les-usagers-la-strategie-gagnante-du-marketing-a-lhopital/>

Consulté le 3.03.2017

- IMBERT Geneviève : « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », in Recherche en soins infirmiers, Cairn Info, n° 102, 2010/3, pp 23-34

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

- LLOSA Sylvie : « L'analyse de la contribution des éléments du service à la satisfaction : un modèle tétraclasse », in Décisions Marketing, n° 10, 1997, pp 81-88

- MEDINA Pablo : « La communication de recrutement dans le milieu hospitalier », in Communication et organisation, 37/2010, pp 103-113

<http://communicationorganisation.revues.org/1290> ;

Consulté le 2.03.2017

- MEDINA Pablo et LAHMADI Ghizlaine, « La dimension communicationnelle du management hospitalier », in Communication et organisation, n°41, 2012, pp.157-168

URL : <http://communicationorganisation.revues.org/3790> ; DOI :

Consulté le 02.03.2017.

- MERDINGER-RUMPLER Caroline : « La satisfaction du client hospitalisé : de la mesure au pilotage. Une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation »,

webs.unice.fr/recemap/contenusiteinternet/Semin

Université Robert Schuman, Strasbourg

Consulté le 05.03.2017

- PHANUEL Dominique : « Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle », in Politiques et Management Public, volume 20, n° 4, 12/2002, pp.115-132

Site internet

- <https://psyzoom.blogspot.be/2012/04/il-faut-dediaboliser-le-marketing.html>

Consulté le 19 décembre 2017

- https://enaffaires.wordpress.com/2016/08/29/la-chaine-service-profit/http://rb.ec-lille.fr/l/Analyse_de_donnees/Methodologie_Conception_et_administration_de_questionnaires.pdf

Consulté le 19 décembre 2017

- <http://docplayer.fr/5104509-Le-marketing-quand-l-hopital-s-inspire-et-applique-les-strategies-du-secteur-marchand.html>

Consulté le 22 décembre 2017

- <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/d%C3%A9bat%20CNOM%20mai%202010.pdf>

Consulté le 02 janvier 2018

- http://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/leaflet/french_pe_leaflet_final.pdf

Consulté le 02 janvier 2018

- <https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/178474/1/Empowerment%20BB%20JMB%20CM%2010-01-2014.pdf>

Consulté le 02 janvier 2018

- http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/001_Principes_demarche_0%27assurance_qualite.pdf

Consulté le 02 janvier 2018

- http://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user_upload/Unions/intensivisten/L_accréditation_des_hopitaux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf

Consulté le 4 janvier 2018

- http://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user_upload/Unions/intensivisten/L_accréditation_des_hopitaux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf

Consulté le 4 janvier 2018

- <https://www.fnib.be/.../41-congres-fnib-2014?...%20GAINVORSTE%20L'accréditatio>

Consulté le 4 janvier 2018

Conférences :

- Hebbelinck Thérèse, conseiller au service Ethique de l'UNESSA, conférence sur l'approche éthique et juridique du Projet de soins personnalisé anticipé, du 24.10.2017.
- Gilet Pierre Professeur en Santé Publique , Ulg CHU Liège, Conférence « L'avenir du financement des soins palliatifs dans le contexte de la réforme des soins », octobre 2017.

Abstract

Le marketing hospitalier : fortement décrié par certains, totalement méconnu pour d'autres. Force est de constater qu'il ne laisse pas indifférent. Mais qu'est-ce donc en réalité ? Une invention supplémentaire pour déshumaniser les soins ? Une méthode du secteur marchand qui éloigne inexorablement les infirmiers de leur mission première ? Et s'il pouvait au contraire nous aider dans notre travail. Mais à quoi me direz-vous. A analyser notre pratique, à voir plus loin que le bout de son unité, à faire preuve de créativité mais également à remettre réellement le patient au centre de nos préoccupations. Tous pourraient y être gagnants : le patient, le cadre et son équipe, la direction. Nous vous invitons donc à plonger dans les arcanes du marketing hospitalier. Vous pourrez vous faire votre propre opinion...

Mots clés : concurrence, préférence, satisfaction, qualité, communication, confiance, attirer, fidéliser, convaincre.