

**Tendances du Marketing des Services  
et Implications pour les Secteurs de Santé\***

Jean-Claude ANDREANI \*\*

Florence ELEOUET\*\*\*

Etiennette SAVART\*\*\*\*

Françoise CONCHON\*\*\*\*\*

\*Travaux réalisés dans le cadre de la Chaire Marketing-Communication, à ESCP-EAP,  
79 Avenue de la République – 75543 Paris Cedex 11 – France – tél. 33 (0)1 49 23 22 49

\*\* Directeur Scientifique, Chaire Marketing-Communication ESCP-EAP, andreani@escp-eap.net

\*\*\* Assistante de Recherche, Chaire Marketing-Communication ESCP-EAP

\*\*\*\* Assistante de Recherche, Chaire Marketing-Communication ESCP-EAP

\*\*\*\*\* Directeur d'Etudes, Institut Insemma, Directeur de Recherche Associé à la Chaire Marketing-Communication ESCP-EAP, conchon@insemma.com

*Proposition de Communication au 5<sup>ème</sup> Congrès des Tendances du Marketing en Europe,  
Venise 20-21 janvier 2006*

## **Tendances du Marketing des Services et Implications pour les Secteurs de Santé**

### **Résumé**

Alors que le marketing des services se développe afin de répondre au mieux aux attentes des consommateurs, le marketing dans les secteurs de santé demeure relativement inexploré. Il manque un cadre théorique au marketing des patients, et le marketing des services est en mesure de lui en fournir un. Les notions récentes concernent non seulement la satisfaction mais aussi l'insatisfaction, et la gestion de l'insatisfaction à travers des programmes de gestion des réclamations et de la non-qualité. Une autre démarche du marketing des services repose sur des stratégies de personnalisation prenant en compte les attentes particulières des consommateurs, et apportant des réponses adaptées à chacun d'entre eux. Enfin, le marketing des services est indissociable d'une politique de communication (le nom, le logo, le message sont aussi importants que la qualité elle-même). Les secteurs de santé n'ont pas encore pris ce tournant des années 2000 et restent à une conception traditionnelle du marketing des services fondée sur la gestion de la qualité. Il faut donc s'attendre à de grands progrès dans ce domaine si le concept de marketing des patients se développe.

Mots-clés : services, santé, satisfaction, insatisfaction, fidélité, personnalisation

### **Abstract**

Whereas services marketing is developing so as to answer to the customers' expectations, health services marketing seems to be unexplored. There is a lack of theory basis for patients marketing, and services marketing may be an answer to it. The recent notions do not only concern satisfaction but also dissatisfaction through recovery programs. Another trend of services marketing focuses on customization strategies, taking into account the particular consumers' expectations, and giving adapted answers to each one. In addition, services marketing is linked with communication techniques (name, logo, message are as important as the quality itself). Healthcare services have not reached this crucial turning point and are still in a traditional concept of services marketing, based on quality management. Therefore, we may expect important progress in this field if patients marketing gets developed.

Key words: services, health, satisfaction, dissatisfaction, loyalty, customization

## **Introduction générale**

Comment parler d'un marketing des patients ? En soi, l'association des deux mots n'est pas habituelle. D'un côté la notion de patient évoque un malade qui souffre, qui a besoin d'être soigné et qui est pris en charge par des soignants (Conchon, 2006). De l'autre, le terme de marketing rappelle l'idée d'un consommateur qui choisit en fonction de ses besoins et de ses perceptions et avec lequel on fait du commerce (Collesei, 2005). Entre ces deux univers relativement éloignés, la loi Kouchner de 2002 a introduit la notion d'un patient responsable qui participe aux choix stratégiques thérapeutiques et qui joue un rôle dans le traitement.

Dans ce nouveau contexte, le besoin d'introduire une démarche marketing vers les patients existe. Des travaux ont déjà montré l'intérêt d'un marketing de la santé (Kotler et Clarke, 1986) et de créer de la valeur ajoutée pour le patient. Il reste à en délimiter le champ. Une voie est d'emprunter à une autre discipline comme le marketing des services ses modèles, d'autant qu'il existe un grand nombre de similitudes entre l'offre de soins et l'offre de services.

Dans cet article, notre objectif est, à partir des tendances du marketing des services, de dégager les principaux concepts du marketing des patients, sans toutefois prétendre à être exhaustif. Nous traiterons dans la première partie la satisfaction et la qualité perçue. Puis nous étudierons l'apport du marketing dans les domaines de la communication que ce soit la communication personnalisée ou la communication relationnelle.

## **Méthodologie et limites**

Nous avons réalisé une étude des publications de 2000 à 2005 sur le marketing des services. L'étude a été menée sur la base de données EBSCO à partir des résumés des articles publiés dans les revues académiques. Nous avons confronté les tendances à partir d'une recherche informelle sur les sites des entreprises de service dans les domaines du tourisme, de la culture, des télécommunications, du transport, de la banque et de l'assurance. Puis nous avons recherché sur la base de données EBSCO l'ensemble des publications parues entre 2000 et 2005 concernant le marketing de la santé, qu'elles traitent du marketing hospitalier ou des médicaments.

La première limite de notre recherche est de ne pas avoir consulté de façon exhaustive l'ensemble des publications concernant le marketing des services ; d'autre part, nous n'avons pas recherché d'articles professionnels, ni de compte-rendus de congrès. Nous n'avons pas non plus mené d'étude auprès de cas concrets dans le secteur de la santé.

### **1. La satisfaction des clients**

Les travaux fondateurs sur le marketing des services ont porté sur la qualité perçue et la mesure de la satisfaction. Aujourd'hui ils mettent en évidence que l'insatisfaction et les défauts perçus de la qualité sont plus importants à étudier. Les recherches récentes dans le domaine de la santé suivent leurs traces. Après avoir rappelé les concepts fondateurs de départ de qualité et de satisfaction, nous ferons part des débats sur les effets de l'insatisfaction et de leur mesure.

#### **1.1. Qualité perçue**

La qualité perçue a été définie par les trois pères fondateurs du marketing des services dans les années 80. Langeard (1981) a été le premier à mettre en évidence dans son modèle que la qualité perçue dépend de trois facteurs : la structure dans laquelle elle est produite, le personnel qui y travaille et les attentes des clients. Les travaux de Gronroos (1984) ont démontré que la qualité perçue d'un service

peut être décomposée en trois composants principaux : la qualité technique, la qualité fonctionnelle et l'image de l'entreprise. Ils ont conclu que cinq éléments clés y participent : le professionnalisme et le savoir-faire de l'organisation, la fiabilité et la fidélité des prestations, le comportement et les attitudes du personnel, l'accessibilité et la flexibilité de l'offre et enfin, la réputation et la crédibilité du fournisseur du service. Cependant, c'est le modèle de qualité perçue SERVQUAL de Parasuraman et al. (1985) qui a fini par s'imposer et qui a été le plus répandu ; il définit cinq dimensions de la qualité perçue: les aspects matériels du service et sa fiabilité, en même temps que la sensibilité du client, l'empathie du personnel et la confiance que la prestation inspire.

Dans le domaine de la santé, les recherches se sont attachées à préciser le poids de la qualité perçue du modèle SERVQUAL. Iyer R. et Muncy J.A. (2004) ont montré que les patients accordent beaucoup d'attention à la confiance qu'ils ont dans les soignants et les organisations auxquelles ils appartiennent et que la confiance est le critère de qualité le plus important. Selon cette étude, si les patients ont confiance, la fiabilité et la sensibilité sont ensuite les deux dimensions les plus importantes. Par contre, s'ils ont peu confiance dans les prestataires de santé, la qualité perçue est pour eux le résultat des aspects matériels du service et de l'empathie du personnel qui sont des éléments qui les rassurent alors qu'ils ont du mal à juger la fiabilité des soins.

Ces travaux infirment les précédentes études de O'Connor S.J., Trinh H.Q. et Shewcuck R.M (2000) qui classaient les dimensions de la qualité perçue dans l'ordre suivant : fiabilité, confiance, sensibilité, empathie et aspects matériels. Il est vrai que cette recherche avait été réalisée non seulement auprès des patients, mais aussi des médecins, des infirmiers, du personnel administratif et des étudiants en médecine. D'ailleurs les professionnels de santé semblent privilégier la fiabilité et la compétence technique dans l'appréciation de la qualité au détriment d'aspects matériels comme leur apparence. C'est ce que révèlent Murrow C.A. et Murrow J. (2002) dans une étude auprès d'infirmières : les facteurs de qualité sont pour elles par ordre décroissant d'importance : la fiabilité, l'empathie, la confiance, la sensibilité et les aspects matériels.

## **1.2. Relation qualité – satisfaction**

La littérature académique des cinq dernières années dans les services aborde la redéfinition de la qualité perçue à partir d'études de satisfaction des clients. Elle remet en cause à la fois les critères de qualité utilisés et les méthodes pour les mesurer (Sureshchandar G.S., Rajendran C., Kamalanabhan T.J., 2001). Par exemple, Ray et Gotteland (2005) se fondent sur une étude qualitative et une étude Delphi par experts pour mesurer la satisfaction des clients de services d'énergie en France. Sur les neuf critères utilisés, ils introduisent quatre variables sur le prix. De même, Bahia et Nantel (2000), dans le domaine bancaire, déterminent six facteurs clés validés par les experts : efficacité, accès, prix, aspects matériels, portefeuille de services et fiabilité. Costa, Glinia et Drakou (2004) définissent la satisfaction des clients dans l'industrie hôtelière en prenant en compte l'expérience du service et les facteurs subjectifs, affectifs et relatifs à l'expérience vécue. Cox et al. (2002) développent des critères de qualité d'un site web à partir d'une étude empirique. Ils citent le design, l'accessibilité, la vitesse, le contenu, le service client. D'autres auteurs (Gwo-Guang Lee, Hsiu-Fen Lin, 2005) proposent une nouvelle échelle de mesure de la qualité d'un site (SITEQUAL). Witkowski et al. (2001) cherchent à conceptualiser la qualité du service à partir des différentes cultures auxquelles il s'adresse. La critique la plus radicale de l'utilisation de la qualité selon SERVQUAL est l'étude de Morrisson-Coulthard (2004) qui remet en cause la méthodologie, notamment au niveau de la lourdeur de l'outil, du potentiel de confusion qu'il induit et de la fiabilité même des mesures.

En ce qui concerne la santé, les résultats des publications sont controversés. Certains chercheurs (Wann-Yih W., Shih-Wen H., Hsing-Ping K., 2004; Jabnoun N. et Chaker M., 2003) jugent SERVQUAL adapté à la mesure de la qualité perçue et à l'identification des forces et des faiblesses. D'autres (Shemwel D. et Yavas U., 1999) suggèrent un modèle spécifique pour améliorer la qualité des soins. Dans le cas de services dentaires, Ueltschy L.C. et Krampf R.F. (2001) recommandent de

prendre en compte les sensibilités culturelles ; ils observent que la qualité perçue des soins est significativement plus élevée chez les mexico-américains que chez les anglo-saxons dans la même situation.

### **1.3. Insatisfaction**

L'analyse du lien entre satisfaction et fidélité a conduit les chercheurs à s'intéresser à l'insatisfaction et à ses conséquences sur l'abandon des clients. Les travaux de Mittal et Lassar (1998) obtiennent des résultats clairs : si elle n'est pas traitée, l'insatisfaction entraîne la perte de clients. Par contre, la satisfaction n'assure pas la fidélité. Leur étude recommande, dans le domaine de la santé, où le niveau de contact avec les clients est fort, de se focaliser sur la qualité fonctionnelle. Par comparaison, ils étudient l'industrie de la réparation automobile et démontrent qu'il est préférable de porter ses efforts sur la qualité technologique, car le niveau de contact est faible.

Forrester et Maute (2001) confirment que l'insatisfaction provoque l'abandon des clients si elle n'est pas traitée. L'insatisfaction naît d'attentes peu ou pas satisfaites (Gronroos, 1998), de qualité insuffisante, douteuse ou défectueuse (Backhaus et Bauer 2001), ou de clients mécontents et dont la réclamation n'est pas prise en compte (Edvardsson, 1998). Des programmes de marketing relationnel (voir 3<sup>ème</sup> partie) peuvent en limiter les conséquences et éviter l'abandon des clients (Maxham, 2001). Dans le domaine de la santé, Conchon et al. (2006) mettent en évidence qu'un patient sur trois considère qu'il est mal informé sur sa maladie et son traitement et qu'un patient sur deux a des difficultés à obtenir des informations complémentaires à celle du médecin. Les patients insatisfaits qui représentent 30 à 40% des patients traités sont en majorité actifs dans la recherche d'informations et la prise en charge de leur traitement. Le manque d'informations les rend passifs et altère leur sens des responsabilités.

## **2. Communication personnalisée**

Le marketing des services, à la suite des travaux issus du marketing direct et du marketing are to are (Peppers et Rogers, 1998 ; Dubois, 1990) a mis en évidence l'intérêt de personnaliser les offres et la communication (customisation).

Dans le contexte médical où le patient est traité comme un cas unique, la communication personnalisée offre un champ théorique prometteur. Dans cette partie nous traiterons des différents axes de recherche possibles.

### **2.1. Personnalisation des messages**

La communication personnalisée, qui s'oppose à la communication de masse, consiste à communiquer personnellement à un individu par un contact direct avec lui (envoi de lettres, de brochures, téléphone, e-mail, sms, site Internet...). La support de communication peut être un média traditionnel, ou bien le service lui-même (personnel, locaux...). Le message peut être chargé de façon spécifique (chacun reçoit ses propres informations) ou être adapté à des catégories de personnes – des segments ayant les mêmes attentes et incluses dans des systèmes d'information similaires). Par exemple, dans le domaine des services, Grapetine (2004) cite le cas d'une brochure qui peut être personnalisée en neuf millions de configurations et imprimées pour chacun à partir de 22 catégories d'intérêt, de 18 catégories de sous-intérêt, et de 42 options d'offres d'hôtellerie pour un rapport coût-efficacité supérieur à une brochure standard.

Par ailleurs, Poulin, Montreuil et Martel (2006) font remarquer que les entreprises de service ont à identifier le potentiel de personnalisation des messages qu'elles sont en mesure d'offrir. L'enjeu en est pour eux l'augmentation de la valeur de leurs services et leur capacité à se différencier, dans le cas de l'industrie du golf.

La personnalisation des messages peut aussi prendre en compte les styles graphiques ; dans le cas des services financiers sur Internet, Maltby (2003) met en évidence que les femmes sont plus attirées par les gros titres et les graphiques. Cette différence peut aussi avoir une influence sur le contenu des messages. En effet, une étude menée par Bailey (2005) montre que les femmes prennent plus en considération la réputation des firmes de service face à une communication que les hommes.

Concernant le secteur de la santé, les travaux de Hallick J. (2004) ont démontré que l'envoi de messages personnalisés aux patients augmente de 20% le taux de réponse par rapport à des messages non personnalisés. Ils les incitent à communiquer avec le personnel et à prévoir leurs rendez vous. De plus, Mac Stravic S. (2004) souligne que les patients souhaitent une communication personnalisée parce qu'elle correspond au besoin d'une prestation personnalisée. Il déplore cependant que les informations soient rarement individualisées dans ce secteur.

Un des modes de personnalisation favori dans la santé consiste à s'adresser à une catégorie de personnes qui ont la même pathologie ou qui sont des malades potentiels. Le message personnalisé est fondé sur le recours à la peur (« si tu ne fais pas ça, une conséquence terrible va t'arriver »). Dans une méta-analyse de 98 articles sur ce sujet, Witte K. et Allen M. (2000) révèlent que la peur est un moteur efficace et que plus la peur est grande, plus les études indiquent un potentiel élevé de changement du comportement. Toutefois, ils considèrent que l'impact du message de peur dépend de l'opinion individuelle quant à l'importance du problème et du message (la solution) qui l'accompagne.

## **2.2. Personnalisation des médias**

Le choix des médias a un impact moyen sur l'efficacité de la communication (Nysveen, 2005). Il est un des facteurs de succès des services (Stafford, 2004). Une étude intéressante de Greenver (2004) démontre que les médias personnalisés (lettres, dépliants) captent en moyenne 38 secondes d'attention des clients, ce qui est plus important à la fois que les mass médias traditionnels et que les nouveaux moyens de communication sur Internet.

Dans les services financiers, un auteur (Orange, 2004) estime que la télévision interactive permettra dans dix ans de diffuser des programmes personnalisés et des messages individualisés avec des diffusions adaptées à la demande.

Pour l'industrie hôtelière (Gilbert, 2003), la personnalisation de la communication passe par Internet. La communication par le web est non seulement un moyen de toucher un maximum de clients potentiels au moindre coût et de profiter de nouveaux réseaux de distribution, mais c'est aussi une façon de proposer une communication adaptée à chacun (en particulier grâce aux cookies). Plusieurs travaux dans les services bancaires (Durkin, 2005 ; Paulin, Ferguson et Payaud, 2000) confirment que les médias électroniques sont un moyen de communication essentiel ; néanmoins, ils observent qu'Internet n'est pas en mesure de remplacer le contact individuel et la relation de face à face qui semble d'une absolue nécessité aux yeux de leurs clients. D'autres travaux modèrent ce point de vue (Winsted, 2000 ; Hartline, 2000) ; si la communication inter-individuelle est une des seules composantes physiques du service, son impact est bien souvent lié à l'attitude du personnel, aux relations agréables qu'il établit et aux programmes de formation et de réunions auxquels il participe.

Parmi les médias qui servent à personnaliser la communication santé, il en est auxquels tous les critères reconnaissent une place centrale : les nouvelles technologies de l'information, que ce soit sous forme d'e-mail, de sms, d'appels téléphoniques (Hallick J., 2004), ou de sites Internet. Gleeson S. et Camber C. (2004) relatent qu'Internet est le premier moyen d'information et d'éducation de la santé, qu'il conduit à l'émergence de patients experts, et qu'au moins un européen sur quatre recherche des renseignements concernant la santé sur Internet. Gombeski Jr. W.R. et Dillon B.W. (2005) estiment qu'au moins un patient sur deux consulte un site Internet d'un hôpital américain avant de s'y rendre et qu'Internet améliore sa façon de prendre en charge sa santé. Selon Morahan-Martin J.M. (2004) le rôle des professionnels de santé est de guider les patients dans leur consultation de sites et de les conseiller. Face à ces besoins d'information personnalisée, Natesan C. (2005) fait part de la constitution de

« plate-forme électronique » reliant les médecins, les patients, les fournisseurs et les payeurs. Associant informatique, Internet, e-mail, SMS, elles servent à enregistrer les dossiers médicaux des patients, des informations sur les traitements, les traitements prescrits et les résultats cliniques obtenus. La limite de la communication santé sur le web concerne le respect de la vie privée et la confidentialité des informations collectées avec l'accord ou à l'insu des patients (Sheehan K.B., 2005).

### **2.3. Personnalisation par les marques**

Selon Stafford et al. (2004), les marques sont parties prenantes de la personnalisation de la communication dans les services. Fondant leur étude sur des musées et des théâtres, ils soulignent que la marque et son logo créent des sentiments positifs, attirent l'attention des clients et améliorent les performances des organisations à but non lucratif. O'Cass et Grace (2003) expliquent que les marques de service fortes créent un lien affectif avec leurs clientèles ; elles leur permettent de projeter leurs identités personnelles (ce qu'elles ont vécu et ressenti), de s'engager et de s'impliquer émotionnellement en générant en même temps un bouche à oreille important.

Parmi les facteurs qui expliquent cette importance des marques dans le secteur des services, Fullerton (2005) identifie l'engagement affectif du patient face à la marque (par goût ou par besoin d'identification) ou son engagement par dépendance ou coût des changements.

Bansal, Irving, et Taylor (2004) et Aladwani (2001) évoquent aussi la confiance dans le fournisseur de service, notamment pour les banques en ligne.

Aux critères d'engagement et de confiance s'ajoute aussi l'attachement face aux marques dans les services. Aldaigan et Buttle (2005), dans une étude sur les banques, indiquent que l'attachement à la marque dépend de la crédibilité de la banque, de l'adéquation entre les valeurs du client et celles de sa banque, et des relations interpersonnelles qu'elles nouent entre eux.

Bien que les marques apparaissent comme essentielles dans les services, Hinshaw (2005) remarque que les travaux sur les marques de services sont encore modestes. Il constate que les services financiers n'y prêtent pas beaucoup d'attention, qu'ils en sous-estiment le poids et qu'ils ne se sont pas donnés de méthode pour en apprécier l'influence.

Le secteur de la santé n'échappe pas à la personnalisation de la communication par les marques. Berry et Lampo (2004) citent le cas de la clinique Mayo qui est selon lui l'hôpital préféré des américains ; en dehors de la qualité des soins qu'elle fournit, il établit que le succès de cette marque est le résultat des relations émotionnelles qu'elle a su créer chez les patients et de sa politique de communication, autant auprès des patients que de son personnel soignant. Dans le même ordre d'idées, Gombeski Jr W.R., Kantor D. et Klein R. (2002) prouvent que les marques de groupes de médecins sont une manière d'affirmer leurs compétences, aspirations et leurs styles, et qu'elles permettent une communication nouvelle avec leurs patients.

### **2.4. Personnalisation par l'adaptation des offres**

Une autre voie de personnalisation de la communication est d'adapter l'offre à l'expérience vécue. Le premier critère qui apparaît est le cadre dans lequel se déroule la rencontre avec le client. Hoffman K.D. et Turley L.W. (2002) ont validé que l'environnement de la relation client-fournisseur de service crée des ambiances qui peuvent être favorables ou défavorables. Par exemple, les locaux, leur agencement, leur design, leur décoration, facilitent l'expérience du client, et peuvent avoir un effet positif ou négatif. Pour ces auteurs, ils sont aussi importants que les paramètres humains et les contacts avec le personnel. Ainsi, Dion D. (2004) avance qu'un magasin bondé peut paraître de deux manières au client : soit il lui semble dynamique et attractif grâce au monde, soit il pense qu'il va devoir attendre et que ses courses seront plus longues. Maille V. (2003) s'interroge sur l'intérêt de l'utilisation des parfums dans les bureaux de poste. Il ressort de son étude que les effets des parfums diffèrent selon les clients et que tous les parfums ne sont pas adaptés.

Dans la santé, Mac Stravic S. (2004) a étudié les espaces personnalisés proposés aux patients et les possibilités d'accueil également personnalisées. Il a démontré que la personnalisation des locaux améliore la qualité perçue des soins et contribuent à leur performance. De même, Fottler M.D. et Ford R.C. (2000) défendent l'idée qu'un environnement chaleureux créé par les locaux et les installations de santé crée une ambiance positive, facilite la relation soignant – soigné et augmente la qualité des soins.

Un autre exemple de personnalisation est le yield management dans les activités de service (Kaya et Capiez, 2004) ; créé dans le but de gérer les capacités de production et d'influencer la demande par les prix, fondé sur les sensibilités temporelles pour justifier un prix, quatre critères temporels sont pris en compte : le moment précédant la capacité maximale (proche ou éloigné), le moment de service (période de pointe ou creuse), la flexibilité (la réservation peut être changée ou remboursée) et la vitesse de réponse (immédiate ou différée). Cette méthode, on le conçoit, n'a pas d'application dans le domaine de la santé.

Le développement de la personnalisation peut aussi conduire à l'ajout de services additionnels à l'offre de base (Ngobo, 2004) ; Julien (2005) cite l'exemple de Ryanair qui propose à ses clients un service complet (hôtels, agences de locations de voiture, banques, parkings...). Ce type de service s'attache selon Lehu J.M. (2004) à développer des prestations propres à garantir la satisfaction et à assurer la fidélisation des clients.

### **3. Communication relationnelle**

Visant à rompre avec une démarche standard, la communication relationnelle (Iveus, Mayrhofer, 2003) est fondée sur les interactions, les échanges personnalisés, les relations continues et la qualité du contact établi entre les clients et les marques. Contrairement à la communication personnalisée, la communication relationnelle propose en plus des programmes d'information et d'assistance.

Ce rapport de communication étroit et interactif a intéressé très tôt les entreprises de service. Les secteurs de santé y sont très attentifs, le management de la relation avec le patient étant leur objectif principal. D'autant que les services offrent un champ de réflexion nouveau pour la santé à la fois dans la sophistication des programmes d'information et de communication, mais aussi des programmes d'assistance. C'est ce que nous étudierons dans cette partie.

La communication relationnelle se situe dans un échange actif et sur le long terme avec les clients. Dans les services de transports, elle est définie comme le développement, la conservation et l'approfondissement des relations vers les clients (Yi et Chi, 2005). Ces principes relationnels sont illustrés dans le cas des services de téléphonie mobile par un exemple sur SFR (Lefebure et Venturi, 2005). Les programmes d'information SFR se déroulent avec les moyens suivants : un programme d'accueil prévoit un dossier de bienvenue et une lettre de remerciement ; un système d'information est mis en place lors de l'envoi des factures (qui sont détaillées), il prend la forme d'un magazine et est complété par une newsletter électronique. Le site Internet fournit lui-même des informations et les adapte en fonction des connexions précédentes. Le tout est mis en place avec l'appui d'un service consommateur (téléphone, courrier, fax, Internet...), d'un service réclamation, et de services variés d'abonnements, d'options et d'assurance vol de portable. Lehu (2003) cite le cas d'un service d'opticiens engagés dans un programme de marketing relationnel consistant à envoyer quatre mailings sur 45 mois à des clients qui ont acheté leur produit, avec envoi d'un consumer magazine et indication d'un numéro indigo. L'objectif est de conserver un contact direct et prolongé avec le client, de suivre son évolution et à le fidéliser.

Dans la santé, Roselund et al. (2004) démontrent qu'un programme d'information et d'éducation du patient augmente de 50% l'observance d'un traitement chronique lorsqu'il commence dès la prescription. Un tel programme permet d'éviter la diminution des doses et la réduction du nombre de

jours des prises et réduit le taux d'abandon du traitement. Il répond aux attentes des patients en leur permettant de mieux comprendre leur maladie. Ces programmes intègrent et coordonnent l'ensemble des acteurs de santé.

### **3.2. Base de données clients**

La communication relationnelle nécessite pour les entreprises de service de disposer d'informations sur les clients et de constituer des bases de données clients (Karakostas, Kardaras et Papathanassiou, 2005). L'objectif est de permettre de développer des relations personnalisées de long terme et d'acquérir une meilleure connaissance des clients selon Fitzgibbon et White (2005). La collecte d'informations peut être conduite à partir de données internes, de centres d'appels, ou faire appel à des fichiers achetés (Sanders et Gillenson, 2005). Elle requiert des systèmes d'information flexibles et performants.

Dans les services de santé, Kros et Molis (2004) estiment qu'il est tout aussi important de disposer de bases de données. Peltier, Nill et Schibrowsky (2003) expliquent que les bases de données sont un moyen de renforcer la confiance des patients dans l'équipe soignante, d'assurer la continuité de la prestation et de développer de véritables relations de long terme entre les infirmiers et leurs patients. Cependant ces bases de données informatiques exigent des moyens informatiques de haute technologie, des logiciels avancés et des appareils de communication mobiles, ce qui peut rendre leur accès difficile dans le domaine de la santé (Garcia, 2004). Payton et Zahay (2003) étudiant un centre de paiement de santé régional, font aussi remarquer qu'il ne suffit pas de disposer des caractéristiques descriptives des patients (âge, sexe, dates d'entrée et de sortie d'hôpital...) pour rendre ces bases de données opérationnelles et les utiliser dans le communication relationnelle, car elles sont souvent élaborées à partir d'une logique comptable ou médicale, et non d'une relation avec les patients

### **Conclusion**

Le marketing des patients peut être défini à partir des théories du marketing des services comme « un système d'échange et de communication visant à augmenter la qualité perçue des soins et la satisfaction des patients dans le but de contribuer à l'amélioration de la santé publique ». Ses actions conduisent à mesurer la satisfaction face aux soins régulièrement, à personnaliser la communication auprès des patients, à traiter les insatisfactions latentes ou déclarées et les défauts de qualité des soins par une communication relationnelle et à offrir un système de réclamations facile d'accès et non caché.

Il existe un champ de recherche à investir pour délimiter les contours du marketing des patients. Toute la chaîne de production des soins est concernée, autant les établissements hospitaliers que les professionnels de santé ou les industriels du médicament.

- ALADWANI A. (2001); "Online banking: a field study of drivers, development challenges, and expectations", *International Jr. of Information Management*, Vol. 21, Issue 3, pp.213-225
- ALDLAIGAN A., BUTTLE F. (2005), "Beyond satisfaction: customer attachment to retail banks". *International Journal of Bank Marketing*; Vol. 23 Issue 4, p349-359, 11p
- BACKHAUS K.; BAUER M. (2001); "The impact of Critical Incidents on Customer Satisfaction in Business-to-Business Relationships", *Journal of Business-to-Business Marketing*, Binghamton.
- BAHIA K.; NANTEL J. (2000); "A reliable and valid measurement scale for the perceived service quality of banks", *International Journal of Bank Marketing*, 2e edition MCB UP Ltd, vol.18, pp. 84-91.
- BAILEY, AINSWORTH A. (2005), "Non-fulfilment of promotional deals: the impact of gender and company reputation on consumers' perceptions and attitudes". *Journal of Retailing & Consumer Services*; Vol. 12 Issue 4, p285-295, 11p
- BANSAL H.S; IRVING P.G.; TAYLOR S.F. (2004); "A Three-Component Model of Customer Commitment to Service Providers", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 32, Issue 3, pp. 234-250.
- BERRY L., LAMPO S. (2004), "Branding Labor-Intensive Services", *Business Strategy Review*; Vol. 15 Issue 1, p18-25, 8p
- CAPIEZ A. ; KAYA A. (2004) ; « Yield management and performance in the hotel industry » ; *Journal of Travel and Tourism Marketing*; Vol. 16; Issue: 4; pp. 21-32
- COLLESEI U. (2000), Marketing ,3ème edition ,CEDAM
- CONCHON (2006), La Satisfaction face à l'Information en Marketing-Communication: approche exploratoire dans le cadre des patients et des médicaments de prescription, *5th International Congress Marketing Trends*
- COSTA G., GLINIA E., DRAKOU A. (2004), " The Role of Empathy in Sport Tourism Services: a review", *Journal of Sport Tourism*, Vol. 9, Issue 4, pp. 331-342
- COX J., DALE B. (2002), "Key quality factors in web site design and use: an examination", *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 19, No 7
- DION D. (2004), "Personal control and coping with retail crowding", *International Journal of Service Industry Management*; Vol. 15 Issue 3, p250-263, 14p
- DUBOIS (1995) ; « Yield Management et marketing des services », *Décisions Marketing*, Numéro 4, pp. 47-54
- DUBOIS P -L., Le Marketing Direct à l'heure de la Stratégie, *Revue Française de marketing*, num. 126, 1990/1, pp. 15-22
- DURKIN M., O'DONNELL A. (2005), "Towards a model of adoption in internet banking: Strategic communication challenges". *Service Industries Journal*; Vol. 25 Issue 7, p861-878, 18p, 2 charts, 6
- DURKIN M.G.; HOWCROFT B. (2003); "Relationship marketing in the banking sector: the impact of new technologies", *Marketing Intelligence and planning*, Vol. 21, Number 1, pp. 61-71 (11)

- EDVARDSSON B. (1998); "Causes of customer dissatisfaction – studies of public transport by the critical-incident method", *Managing Service Quality*, Vol. 8, Number 3, pp. 189-197 (9)
- FORRESTER W.R; MAUTE M.F (2001), " The Impact of Relationship Satisfaction on Attributions, Emotions, and Behaviors Following Service Failure", *Journal of Applied Business Research*, Vol. 17, Issue 1, pp. 1-14
- FOTTLER M.D.; FORD R.C. (2000); "Creating a healing environment: The importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system"; *Journal of Healthcare Management*, Vol. 45 Issue 2, p91, 19p
- FULLERTON G. (2005); "How commitment both enables and undermines marketing relationships", *European Journal of Marketing*, Vol. 39, Numbers 11-12, pp. 1372-1388 (17)
- GILBERT D.; POWEL-PERRY J. (2003); "Exploring developments in web-based relationship marketing within the hotel industry", *Journal of Hospitality and Leisure Marketing*, Vol. 10, Issue: 3-4, pp. 5-24
- GLEESON S.; CAMBER C. (2004); "Healthcare redefined."; *Brand Strategy*, Issue 186, p40-41, 2p
- GOMBESKI Jr W.R.; KANTOR D.; KLEIN R. (2002); "Physician-Based Brand Strategies." ; *Marketing Health Services*, Vol. 22 Issue 4, p28-34, 7p
- GOMBESKI Jr. W. et al. (2005) ; "Ready, Aim, Interview."; *Marketing Health Services*, Vol. 25 Issue 3, p41-43, 3p
- GRAPETINE T (2004); "Your very own brochure", *Marketing Research*, Vol. 16, Issue 4, p. 5
- GREENVER A. (2004), "The impact of different media channels on consumers and the wastage of potential advertising opportunities through existing customer communications". *Journal of Financial Services Marketing*; Vol. 8 Issue 3, p279-290, 12p
- GRONROOS C. (1988); "A service quality model and its marketing implications", *European Journal of Marketing*, vol.18, number 4, pp 36-44.
- GRONROOS C. (1988); « Service quality: The six Criteria of Good Perceived Service Quality“, *Review of Business*, vol.9, number 3, pp 10-13.
- GRONROOS C. (1997), « Value-Driven Relational Marketing: From Products to Resources and Competencies », *Journal of Marketing Management*, Volume 13, pp. 407-19.
- GWO-GUANG L., HSIU FEN L. (2005), "Customer perceptions of e-service quality in online shopping", *International Journal of Retail and Distribution Management*, Vol. 33, Issue 2, pp. 161-176
- HALLICK J. (2004); "Timing Is Everything"; *Marketing Health Services*, Vol. 24 Issue 2, p46-47, 2p
- HARTLINE M.E.; MAXHAM J.G.; McKEE D. (2000); "Corridors of influence in the dissemination of customer-oriented strategy to customer-contact service employees", *Journal of Marketing*, Vol. 64, Number 2, pp. 35-50
- HINSHAW M. (2005), "A survey of key success factors in financial services marketing and brand management", *Journal of Financial Services Marketing*; Vol. 10 Issue 1, p37-48, 12p

- HOFFMAN K.D.; TURLEY L.W. (2002); "Atmospherics, service encounters and consumer decision making: an integrative perspective", *Journal of Marketing Theory and Practice*, Vol. 10, Number 3, pp. 33-48
- IVEUS B., MAYRHOFER U., « Les Facteurs de Réussite du Marketing Relationnel », *Décisions Marketing*, num. 31, juillet-septembre 2003, pp. 39-47
- IYER R.; MUNCY J.A. (2004); "Who Do You Trust?", *Marketing Health Services*, Vol. 24 Issue 2, p26-30, 4p
- JABNOUN N., CHAKER M. (2003), "Comparing the quality of private and public hospitals", *Managing Service Quality*, Vol. 13, Issue 4, pp. 290-300
- KOTLER P., CLARKE (1986) "Marketing for Healthcare Organizations", *Prentice Hall*, 1<sup>st</sup> edition
- LANGEARD E. and al (1981); "Marketing of Services: New Insights from Consumers and Managers", *Report No. 81-104*, Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
- LEFEBURE R., VENTURI (2005), « Gestion de la relation client », *Edition Eyrolles*
- LEHU J.M. (2003), « Stratégie de Fidélisation », *Editions d'Organisation*
- LEHU J.M. (2004), « L'Encyclopédie du Marketing », *Editions d'Organisation*
- MAC STRAVIC S. (2000); "The Death of the Four "P"s: A Premature Obituary."; *Marketing Health Services*; Vol. 20 Issue 4, p16-20, 5p
- MAC STRAVIC S. (2004); "Head to Head."; *Marketing Health Services*, Vol. 24 Issue 2, p14-19, 6p
- MAC STRAVIC S. (2004); "Make It Personal."; *Marketing Health Services*, Vol. 24 Issue 3, p21-25, 5p
- MAC STRAVIC S. (2005); "getting your act together."; *Marketing Health Services*, Vol. 25 Issue 3, p30-33, 4p
- MAILLE V. (2003), "L'implication comme variable modératrice de l'influence des odeurs sur le consommateur", 2<sup>nd</sup> *International Congress Marketing Trends*, [www.escp-eap.net/conferences/marketing/pdf\\_2003/fr/maille.pdf](http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/pdf_2003/fr/maille.pdf)
- MALTBY and al. (2003), "Cyber dudes and cyber babes: Gender differences and internet financial services". *Journal of Financial Services Marketing*; Vol. 8 Issue 2, p152-165, 14p
- MAXHAM J.G. (2001); "Service recovery's influence on consumer satisfaction, positive word-of-mouth, and purchase intentions", *Journal of Business Research*, Vol. 54, Number 1, pp. 11-24 (14)
- MITTAL and al (1999); "Attribute-Level Performance, Satisfaction, and Behavioural Intentions over time: A Consumption-System Approach", *Journal of Marketing*, 63, pp. 88-101.
- MITTAL B.; LASSAR W.M. (1998); "Why do customers switch? The dynamics of satisfaction versus loyalty", *Journal of Services Marketing*, Vol. 12, Number 3, pp 177-194 (18)
- MORAHAN-MARTIN J.M. (2004); "How Internet Users Find, Evaluate, and Use Online Health Information: A Cross-Cultural Review."; *Cyber Psychology & Behaviour*, Vol. 7 Issue 5, p497-510, 14p

- MORRISON COULTHARD L.J. (2004), "Measuring service quality", *International Journal of Market Research*, vol 46, Issue 4, pp. 479-497
- MURROW C.; MURROW J. (2002); "What Makes a Good Nurse? ", *Marketing Health Services*, Vol. 22 Issue 4, p14-18, 6p
- MURROW J.; NOWAK P. (2005); "What Nurses Want."; *Marketing Health Services*, Vol. 25 Issue 1, p25-28, 4p
- NATESAN C. N. (2005); "The Impact of the Internet on Health Care Services."; *Journal of American Academy of Business, Cambridge*, Vol. 7 Issue 2, p247-251, 5p
- NGOBO P.V. (2004), "Drivers of customers' cross-buying intentions". *European Journal of Marketing*; Vol. 38 Issue 9/10, p1129-1157, 29p
- NYSVEEN H., BREIVIK E. (2005), "The influence of media on advertising effectiveness". *International Journal of Market Research*; Quarter 4, Vol. 47 Issue 4, p383-405, 23p
- O'CASS A.; GRACE D.(2004); "Exploring Consumer Experiences with a Service Brand", *Journal of Product and Brand Management*, Volume 13, number 4, pp. 257-268.
- O'CONNOR S.J.; TRINH H.J.; SHEWCHUK R.M. (2000); "Perceptual Gaps in Understanding Patient Expectations for Health Care Service Quality", *Health Care Management Review*, 25 (2), 7-23.
- ORANGE A. (2004), "iTV:A major opportunity for financial services, or not?", *Journal of Financial Services Marketing*; Vol. 8 Issue 3, p270-278, 9p
- PARASURAMAN A.; GREWAL D. (2000); "Serving Customers and Consumers Effectively in the Twenty-first century: A Conceptual Framework and Overview", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 28, Issue 1, pp. 9-16
- PARASURAMAN A.; ITHAML V.; ERRY L. (1988), "Servqual : a Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, 64, 1, pp. 12-40.
- PAULIN M., FERGUSON R., PAYAUD M. (2000), "BUSINESS EFFECTIVENESS AND PROFESSIONAL SERVICE PERSONNEL", *EUROPEAN JOURNAL OF MARKETING*; VOL. 34 ISSUE 3/4, P453, 19P, 3 CHARTS
- PEPPERS D., ROGERS M., "Le are-to-are : valoriser votre client", *Editions d'organisations*, 1998
- POULIN M.; MONTREUIL B.; MARTEL A. (2006); "Implications of personalization offers on demand and supply network design: A case from the golf club industry", *European Journal of Operational Research*, Vol. 169, Issue 3, p996-1009
- RAY D., GOTTELAND D. (2005), "Mesurer l'asymétrie des impacts des attributs sur la satisfaction: comparaison de la validité convergente de cinq méthodes", *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 20, Issue 1, pp. 1-19
- ROSELUND T.;LOVICH D.; LUBEKEMAN M.; FLANAGAN A., "Biopharmaceutical marketing excellence: Driving business results"; *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 4, pp. 209-218
- SHEEHAN K.B. (2005); "In Poor Health: An Assessment of Privacy Policies at Direct-to-Consumer Web Sites."; *Journal of Public Policy & Marketing*, Vol. 24 Issue 2, p273-283, 11p

- SHEMWEL D., YAVAS U. (1999); "Measuring Service Quality in Hospitals : Scale Development in Managerial Application", *Journal of Marketing Theory Practice*, 7 (3) 65-75.
- STAFFORD M.R. (2005), "International Services Advertising (ISA)", *Journal of Advertising*, Vol. 34 Issue 1, p65-86, 22p
- STAFFORD M.R., TRIP C., BIENSTOCK C. (2004), "The Influence of Advertising Logo Characteristics on Audience Perceptions of a Nonprofit Theatrical Organization". *Journal of Current Issues & Research in Advertising*; Vol. 26 Issue 1, p37-45, 9p
- SURESCHANDAR G.S., RAJENDRAN C., KAMALANABHAN T.J. (2001), « Customer perceptions of services quality : a critique », *Total Quality Management*, 12, pp. 111-124
- UELTSCHY L.C.; KRAMPF R.F. (2001); "Cultural sensitivity to satisfaction and service quality measures."; *Journal of Marketing Theory & Practice*, Vol. 9 Issue 3, p14, 18p
- WANN-YI W.; SHIH-WEN H.; HSING-PING K. (2004); "Fuzzy Set Theory Based Decision Model for Determining Market Position and Developing Strategy for Hospital Service Quality.", *Total Quality Management & Business Excellence*, Vol.15 Issue 4, p439-456, 18p
- WINSTED K. (1999); "Evaluating Service Encounters : A Cross-Cultural Industry Exploration", *Journal of Marketing Theory and Practice*, 7 (2), pp. 106-123.
- WINSTED K.F. (2000); "Patient satisfaction with medical encounters – a cross-cultural perspective", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 11, Number 5, pp. 399-421 (23)
- WINSTED K.F. (2000); "Service behaviours that lead to satisfied customers", *European Journal of Marketing*, Vol. 34, Number 34, pp. 399-421 (19)
- WITKOWSKI T.H., WOLFINBARGER M.F. (2001), "The formality dimensions of service quality in Thailand and Japan", *Advances in Consumer Research*, Vol. 28, Issue 1, pp. 153-160
- WITTE K., ALLEN M. (2000), "A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns", *Health Education Behaviour*, 27, pp. 591-615
- YI M.T., CHI D. (2005), "Membership, Relationship Quality and Behavioral Loyalty in Taiwanese Travel Service Industries". *Journal of International Marketing & Marketing Research*; Vol. 30 Issue 3, p135-145, 11p