



EHESP

Directeur des soins

Promotion 2015

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Attractivité et marketing hospitalier :
un enjeu pour l'hôpital
et le directeur des soins**

Véronique Sery

Remerciements

Je tenais à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire, que ce soit au sein de l'EHESP ou en dehors. Durant ce travail, toutes les aides, de quelque nature que ce soit, ont été appréciées à leur juste valeur.

Au-delà de ce travail de rédaction, je voudrais remercier très sincèrement tous ceux qui ont rendu ma formation de directeur des soins à l'EHESP possible. Leur confiance a été pour moi un véritable moteur. Une pensée toute particulière pour Mme Wiltz et pour mes deux maîtres de stage Mesdames Lac et Estric et la qualité de leur encadrement.

Je pense tout particulièrement à ma famille qui m'a aidé, supporté et encouragé et sans qui rien n'aurait été possible.

Enfin j'aimerais également remercier mes collègues de promotion, et tout particulièrement Mme Montès, ma compagne de route. Notre cohésion, notre entente et le partage de nos idées m'ont toujours permis d'avancer même dans les moments difficiles.

A toi, Papa...

Sommaire

Introduction	1
1 Un contexte en pleine mutation	5
1.1 Un environnement mouvant.....	5
1.1.1 L'activité au cœur du financement des ES : une évolution majeure.....	5
1.1.2 La qualité au service des patients et de l'attractivité des établissements.....	6
1.1.3 Un patient informé qui conditionne l'activité des établissements	7
1.2 Une démarche nouvelle : le marketing hospitalier	9
1.2.1 Les caractéristiques du marketing hospitalier	9
1.2.2 Les outils du directeur des soins au service d'une démarche marketing.....	14
1.2.3 Les avantages de la démarche marketing	21
2 L'étude de terrain	25
2.1 Le cadre de l'enquête	25
2.1.1 Méthodologie d'investigation	25
2.1.2 Choix des établissements et des personnes interviewées	25
2.1.3 Limite et points forts de l'enquête	26
2.2 L'analyse des données	27
2.2.1 Une démarche marketing mise en œuvre, sans pour autant être affichée	27
2.2.2 La démarche marketing et l'amélioration de la qualité des soins pour le directeur des soins	32
2.2.3 La démarche marketing et le management du directeur des soins	34
2.2.4 La contribution du directeur des soins dans une démarche marketing.....	36
2.2.5 Synthèse de l'analyse.....	38
3 Préconisations pour une contribution du directeur des soins à l'attractivité	39
3.1 Contribuer aux décisions institutionnelles stratégiques et accompagner leur mise en œuvre.....	41
3.2 Améliorer en continu la qualité des soins et des prises en charge	43
3.3 Définir et conduire une politique managériale	47
3.4 Construire des actions de communication.....	49
Conclusion	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CGS	Coordination Générale des Soins
CREF	Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité et de la Prise en Charge
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission de Soins Infirmier, de Rééducation et Médico-Technique
DA	Directeur Adjoint
DE	Directeur d'Etablissement
DM	Démarche Marketing
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DS	Directeur des Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ES	Etablissement de santé
GRAHM	Groupe de Recherche et d'Application en Marketing Hospitalier
HAS	Haute Autorité de Santé
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PSIRMT	Projet de Soins Infirmier, de Rééducation et Médico-Technique
NTIC	Nouvelle Technologie d'Information et de Communication
T2A	Tarifification à l'activité

Nota Bene : d'un point de vue purement formel, nous¹ souhaitons indiquer que les citations bibliographiques sont placées entre guillemets dans un style de police normal, tandis que les propos des personnes et plus particulièrement des professionnels interviewés sont placés entre guillemets dans un style de police italique

¹ L'emploi du « nous » a été choisi étant l'usage dans les publications (scientifiques, universitaires, professionnelles)

Introduction

« Bonjour à tous. Après une année 2013 où nous avons réussi à atteindre l'équilibre financier, résultat de 4 ans d'efforts, les projections pour 2014 indiquent que la situation budgétaire se dégrade à nouveau. Il va donc falloir mener rapidement un nouveau plan de retour à l'équilibre ». Par ces quelques mots, le directeur général venait d'indiquer, à l'équipe de direction et à l'ensemble de l'encadrement de l'établissement, les perspectives difficiles qui s'annonçaient. Au-delà du murmure qui traversait la salle, à ce moment-là, une grande majorité d'entre nous partageait la même interrogation : « comment allons-nous faire pour annoncer un troisième plan de retour à l'équilibre à nos équipes ? Quelles actions d'économies pourront nous encore mettre en œuvre après avoir déjà supprimé tous ces postes ? Arriverons-nous un jour à retrouver un équilibre financier stabilisé ? ». C'est au regard de cette situation, loin d'être unique, que nous avons progressivement construit notre réflexion, en prenant en compte la révolution ou plutôt les révolutions dans lesquelles est engagé l'hôpital.

En effet, notre société a, au cours du dernier siècle, fondamentalement évolué et ceci est particulièrement vrai dans le domaine de la santé et notamment dans le champ sanitaire. De plus, la progression sans précédent de l'espérance de vie, l'augmentation des pathologies chroniques, les progrès médicaux soutenus par une technologie toujours plus performante, ont modifié les rapports entre la population, les malades, l'Etat et la santé et l'hôpital. Comme l'indique J. De Kervasdoué², « venus des instants de la chrétienté, l'hôpital n'est cependant pas menacé de disparition et survivra à nos enfants. Toutefois, depuis 1940, il s'est profondément transformé, peu d'institutions ont autant changé de nature en conservant le même nom. L'hôpital n'est plus, comme à l'époque, le mouoir des indigents malades, où les bourgeois petits ou grands n'étaient pas admis, mais le temple de la technique médicale ».

Au sein d'un système de santé unique au monde mais complexe à bien des égards, l'hôpital y tenait jusqu'ici une position centrale, le système étant même qualifié d'hospitalo-centré. La crise financière, que traverse la France depuis les années 1970, est à l'origine de nombreuses réformes dont l'objectif est la maîtrise des dépenses hospitalières (50% des dépenses totales de santé). Celles-ci ont conduit à cette mutation profonde de l'hôpital. La période récente est marquée par une intensification de leur rythme. L'objectif poursuivi est d'obtenir une gestion rigoureuse de ses ressources afin d'assurer son évolution au sein d'un environnement financier, contraint et concurrentiel. Le tout, en préservant un haut niveau de qualité et d'excellence de ses équipes médicales

² DE KERVASDOUE J., Crise de l'hôpital, L'Etat : ultime de légitimité ? [visité le 10 mai 2015] disponible sur internet : www.cairn.info

et soignantes³. Cela représente une première révolution dans le monde de la santé aussi bien au regard de la terminologie employée que dans les orientations nouvelles à prendre. « Hier, l'hôpital se contentait d'être « l'endroit où l'on soigne », situation que le patient acceptait passivement. Aujourd'hui, et a fortiori demain, il se doit de répondre aux besoins des patients.»⁴ Des révolutions, il y en a eu d'autres.

La réforme du financement a considérablement modifié l'organisation de l'hôpital. La tarification à l'activité (T2A), associée à l'exigence de l'équilibre financier, contraint de fait les établissements de santé (ES) à développer leur activité. D'autre part, il s'agit de faire converger autant que possible le coût réel d'un acte avec celui du tarif proposé pour ce dernier. Cela nécessite des modifications profondes de structures, d'organisation et de mentalité qui ne peuvent être rapidement mises en œuvre. On dénombre, d'ailleurs, un nombre important d'hôpitaux publics affichant un déficit et contraint à la mise en place de contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) (1/4 en 2002, 1/3 en 2007 et 1/2 en 2011)⁵. De manière à agir rapidement au regard des injonctions fortes des agences régionales de santé (ARS), les premiers CREF se sont attaqués à la dépense principale de l'ES : le personnel (titre I) qui représente environ 70% du budget global. On cherche alors une réduction d'effectif, toutes catégories professionnelles confondues. Dans le meilleur des cas l'ES parvient à retrouver un équilibre financier, même si celui-ci reste précaire. Malheureusement, cela reste souvent insuffisant lorsque ces réductions d'effectifs n'ont pas fait l'objet de restructurations plus profondes, que l'ES n'a pas toujours eu le temps de conduire. On voit ainsi un grand nombre d'ES en CREF quasi permanent. La réussite d'un premier pouvant être suivi d'une situation financière déséquilibrée les années suivantes, obligeant à la mise en œuvre de CREF successifs. Malheureusement, les possibilités de réduction d'effectifs s'amenuisent au fur et à mesure des actions menées, les ES atteignant progressivement une forme de seuil limite ne pouvant être dépassé sans risquer de mettre en péril la sécurité des soins. Pour aller plus loin dans l'optimisation des ressources et la diminution des dépenses il faut alors mener des restructurations de fond (recompositions capacitaires des unités de soins, passage à des activités ambulatoires, mutualisation partielle de la gestion des lits, réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)). Mais, mener ce type de projets profondément restructurant demande du temps et pourtant la temporalité de conduite d'un CREF n'est pas la même et nécessite des résultats rapides.

Les ES vont alors chercher un moyen d'augmenter les recettes, celles-ci passant, comme nous l'avons vu, par la recherche d'activité. C'est ainsi que la T2A a progressivement

³ FERRAND H, SUDRE M.C, « Service public et marketing hospitalier : le mariage peut-il être consommé ? », 2008, *Revue hospitalière de France*, n°525, pp. 22-26

⁴ Ibidem

⁵ LOPEZ A., 2013, Réguler la santé, édition presses de l'EHESP, 403 p.

introduit la notion de concurrence entre les ES, qu'ils soient de nature publique ou privée. Autre révolution...

Pour l'hôpital public la donne est nouvelle. Il a longtemps vécu dans l'illusion rassurante que rien ne pouvait menacer sa position dominante au sein de l'appareil de distribution des soins⁶. Pourtant, le service public hospitalier ne jouit pas d'une situation de monopole, et il ne suffit de s'afficher comme l'hôpital de référence pour le devenir. La loi hospitalière du 31 juillet 1991, qui affirme la coexistence des secteurs publics et privés, confirme le libre choix pour le patient de son praticien ou de son établissement.⁷ Dans un contexte d'accès contraint à des ressources (T2A), conjugué à des exigences accrues en matière de sécurité et de qualité des soins (démarche de certification), les ES sont confrontés à des logiques concurrentielles nouvelles pour eux et doivent faire face à des enjeux cruciaux d'efficience et d'efficacité économiques et organisationnels.⁸ Nouvelle révolution...

La concurrence a donc bien fait son entrée dans le système sanitaire français. Introduite par le législateur, développée par la société. Qui dit concurrence dit client à conquérir, à fidéliser et à satisfaire. Mais en matière de santé le client est un usager des soins, bien éloigné du client lambda d'un commerce de produit ou de service quelconque. Et pourtant, lui aussi a évolué ainsi que son rapport à l'hôpital. Son statut et ses droits ont profondément été renforcés en 2002⁹ dans le cadre d'une démarche de démocratie sanitaire dont la volonté a encore été renouvelée au travers du récent rapport Compagnon de février 2014¹⁰. Un des éléments majeurs de la loi du 4 mars 2002 concerne la liberté de choix qui est donnée au patient. Cela conduit aujourd'hui à « l'émancipation du patient-client dans le cadre d'une société d'information, d'un individualisme croissant doublé d'une exigence de qualité et de résultat... »¹¹. Les patients accueillis au sein des hôpitaux ne sont donc plus tout à fait les mêmes parce que la société n'est plus tout à fait la même. Les évolutions consuméristes ont vu se développer un consommateur de mieux en mieux informé, conscient de ses droits, plus exigeant tant au niveau de la qualité de service et de la sécurité. Cela oblige les organisations à placer l'individu au centre de la relation tout en intégrant une prise en compte élargie de facteurs environnementaux multiples (social, économique, politique)¹².

⁶ LE BEUX C., 2003, « Une communication externe adaptée au marketing hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°430, pp. 693 - 701

⁷ THIBAUT M., 1995, « Le marketing hospitalier », *Objectif soins*, n°36, p 31-36

⁸ MERDINGER-RUMPLER C., 2012, « Démarche marketing, les enjeux à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°519, pp 495-498

⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹⁰ Rapport Compagnon du 14 février 2014, Pour l'An II de la démocratie sanitaire

¹¹ CAILLE R., CRIE D., 2008, « Stratégie de groupe public : pour un marketing hospitalier », *Revue hospitalière de France*, n°525, pp. 12-17.

¹² MERDINGER-RUMPLER C., 2012, « Démarche marketing, les enjeux à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°519, pp 495-498

L'hôpital n'échappe donc pas à la règle, tant bien même le service qu'il produit est celui si précieux de la santé, ultime révolution...

Dans ce système concurrentiel, chaque ES se doit d'être suffisamment attractif aux yeux des usagers de soins et plus largement des prescripteurs et de la population générale. Son développement s'apparente dès lors à une démarche commerciale que l'on peut connaître dans d'autres domaines marchands dont un des outils est le marketing. L'utilisation de ce terme et de ce qu'il nous renvoie peut paraître inadapté lorsque la santé et la vie des patients est en jeu. Pourtant, ce sont bien les évolutions, aussi bien sociétale que sanitaire qui nous y conduisent progressivement. Le système de santé a l'impérieuse obligation de proposer des soins de qualité à la population, l'hôpital est un des maillons de la chaîne du soin et au travers de sa situation financière, c'est sa pérennité qui est en danger.

C'est pourquoi, à partir de ces évolutions majeures et de ces éléments de contexte, nous pouvons formuler la problématique suivante :

Dans quelle mesure le directeur des soins peut-il contribuer au développement de l'attractivité pour les patients au sein d'un établissement de santé ?

A partir de cette problématique, différentes hypothèses apparaissent :

- ✓ un établissement public se doit, aujourd'hui, de mettre en place une démarche marketing (DM) pour garantir son activité
- ✓ une DM favorise à la fois la qualité des soins et l'implication des professionnels dans leur travail quotidien
- ✓ le directeur des soins (DS) peut contribuer à la DM de l'établissement

Tout au long de ce mémoire le terme attractivité sera employé dans le sens de l'attractivité envers les patients. Par ailleurs, afin de répondre à la problématique identifiée, une analyse de terrain sera menée au travers d'entretiens téléphoniques réalisés auprès de directeurs d'établissement (DE), de DS et de directeurs adjoints (DA) ayant mis en œuvre une DM.

Nous nous proposons à présent d'aborder la problématique posée et de développer les différents axes d'investigation tout d'abord en apportant des éléments contextuels, puis en définissant et présentant le marketing hospitalier. Dans une deuxième partie nous analyserons les entretiens qui ont pu être menés avant de conclure avec les préconisations pour le DS et sa contribution à l'attractivité pour les patients.

1 Un contexte en pleine mutation

1.1 Un environnement mouvant

Comme nous avons pu le voir, l'environnement de l'hôpital est en profonde mutation. Afin de pouvoir répondre à la problématique posée, il nous a semblé intéressant d'analyser cette mutation au travers de trois éléments centraux.

1.1.1 L'activité au cœur du financement des ES : une évolution majeure

Durant ces dernières décennies, le système de financement des hôpitaux a régulièrement été modifié, les pouvoirs publics étant toujours à la recherche du système de financement idéal. Avant 1983, le budget des hôpitaux reposait sur un financement à la journée d'hospitalisation, puis jusqu'en 2003 sur un principe de dotation globale. Ces systèmes de financement étaient plutôt inflationnistes en constituant une forme de « rente de situation » pour certains, en finançant insuffisamment pour d'autres les structures les plus actives et en ralentissant globalement les investissements. A partir des années 1990, trois réformes majeures vont être initiées en matière de financement des ES. Tout d'abord la mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) afin de lier le budget à l'activité réelle et tenter de corriger les travers de ce mode de financement. Puis, les ordonnances de 1996 ont mis en place l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie permettant de calculer une « enveloppe globale », elle-même répartie en plusieurs sous-enveloppes, dont une pour les hôpitaux. La dernière réforme constitue le prolongement du PMSI : la T2A, avec une mise en place progressive à partir de 2005.

C'est donc une démarche totalement différente qui a été initiée puisque désormais les ressources financières dépendent de l'activité. Le changement majeur réside dans le fait que « ce système met en place un financement de l'hôpital en fonction du coût non plus réel mais supposé du séjour, déterminé par une Enquête Nationale des Coûts, effectuée sur un échantillon d'ES dits représentatifs. Tous les dépassements du coût officiel, qu'ils soient dus à des malades plus lourds, à une plus grande qualité des soins, ou à une moindre productivité de l'ES se retrouvent donc, dans cette logique, à la charge de celui-ci. Comme on le voit ce système incite les producteurs de soins à un plus grande productivité¹³». Les ES sont de ce fait soumis à la loi du marché, celle de réaliser l'activité suffisante leur permettant d'assurer leur pérennité financière et les investissements nécessaires. Ceci est d'autant plus vrai que la T2A impose l'efficacité, mais aussi une compétitivité des acteurs et une mise en concurrence des structures qui n'existaient pas

¹³ BELORGEY N., 2014, *L'hôpital sous pression*, édition la découverte, 307 p

jusqu'ici dans la culture hospitalière.¹⁴ De fait, la recherche de la satisfaction du client et de la compétitivité est une exigence forte, tout comme la réduction des coûts de production, la conquête indispensable des parts de marché et la fidélisation de la clientèle.

La performance médico-économique de l'hôpital rejoint celle que connaît l'hospitalisation privée puisque les problèmes rencontrés sont aujourd'hui comparables à ceux des entreprises. C'est ainsi que l'on peut, dans une certaine mesure, identifier des points communs entre l'ES et l'entreprise. « Comme dans une entreprise, les services de l'hôpital font l'objet d'une valorisation économique précise, afin que le financeur-acheteur puisse les acquérir au juste prix. Ayant alors identifié la nature de sa production et analysé les coûts correspondants, connaissant les prix fixés par l'acheteur public, l'hôpital est en situation de gérer ses activités de façon à rechercher la plus grande rentabilité possible¹⁵ ».

Le système actuel est conçu pour amener les ES dans la quête d'un cercle vertueux vital, alliant qualité de soins et activité afin d'assurer le financement de la structure. Selon A. Lopez, il apparaît que « dans ces conditions, les bons gestionnaires, sauront trouver le chemin de la prospérité et du développement. Les mauvais, rendant des services peu utiles voire néfastes disparaîtront d'eux-mêmes parce que trop incompetents, trop peu talentueux, trop inconséquents. »

1.1.2 La qualité au service des patients et de l'attractivité des établissements

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité des soins comme permettant de « garantir à chaque patient la combinaison 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 iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »¹⁶. En France, une procédure d'accréditation des hôpitaux est rendue obligatoire en 1996, gérée aujourd'hui par la Haute Autorité de Santé (HAS) sous la forme de certification. Elle fait l'objet de versions réactualisées permettant de faire évoluer la démarche qualité au sein de l'ES. Les normes règlementaires définissent un niveau de qualité minimum auquel s'ajoute une exigence de sécurité. Les résultats obtenus sont communiqués par la HAS au travers de son site internet.

¹⁴ FERRAND H, SUDRE M.C, « Service public et marketing hospitalier : le mariage peut-il être consommé ? », 2008, *Revue hospitalière de France*, n°525, pp. 22-26

¹⁵ LOPEZ A., 2013, Réguler la santé, édition presses de l'EHESP, 403 p.

¹⁶ OMS, Définition qualité des soins, [visité le 30 août], disponible sur internet : www.santepublique.eu/qual-des-soins-definition

A cette procédure de certification s'ajoute toute une série d'indicateurs que les ES sont tenus de suivre aussi bien en matière de soins, avec par exemple les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS), d'hygiène, ou les différents indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales. Le non-respect des règles de qualité, au-delà des risques encourus par les patients et des surcoûts engendrés, peut avoir un impact négatif sur l'image générale de l'ES auprès des usagers, des professionnels et des autorités publiques. La confiance dans la qualité du soin pouvant être rompue et avoir des conséquences directes sur l'attractivité de l'ES. En effet, le patient et le prescripteur peuvent choisir un ES au regard de son niveau de qualité tel que défini par la HAS. Compte tenu du mode de financement précédemment décrit cela s'avèrerait très vite délétère pour la structure hospitalière.

La qualité constitue pour les ES une forme de contrainte à laquelle ils sont soumis. Afin de répondre à ces exigences, c'est l'ensemble des professionnels de l'ES qui doit pouvoir être mobilisé. Dans ce domaine, les compétences du DS sont clairement identifiées au travers du décret du 19 avril 2002¹⁷. En effet, le DS est responsable de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, de la coordination de l'organisation et de la mise en œuvre des activités de soins et plus généralement de la politique de soins. Il est donc un acteur majeur du niveau de qualité des soins et participe par ce biais au niveau d'attractivité de l'ES.

1.1.3 Un patient informé qui conditionne l'activité des établissements

A travers les siècles, la place et le terme utilisé pour désigner le patient a beaucoup évolué. D'abord indigent, puis malade pour devenir patient et usager jusqu'à être identifié comme un client. Déjà en 1996, l'ordonnance Juppé avait baptisé l'usager «acteur du système de santé ». C'est à cette époque que les représentants des usagers font leur apparition dans les conseils d'administration des hôpitaux. C'est également à ce moment-là que le patient entre au cœur du système d'accréditation des ES. Mais c'est en 2002, par la loi du 4 mars¹⁸, que les droits individuels des usagers sont véritablement proclamés avec la liberté de choix (du médecin, du choix thérapeutique et de l'ES) et que les droits collectifs sont renforcés. Ces derniers le seront également en 2009 avec une représentation accrue des représentants des usagers dans les instances des hôpitaux et au sein des ARS. Le DS, dans les différents projets menés et notamment au travers du projet de soins infirmier, de rééducation et médico-technique (PSIRMT) devra mettre en œuvre des actions permettant le renforcement de ces droits ainsi que la prise en compte

¹⁷ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière

¹⁸ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

de la parole de l'utilisateur. C'est au travers de son management et de ses actions qu'il pourra porter et développer un état d'esprit laissant sa véritable place à l'utilisateur.

Si le législateur a progressivement renforcé les droits des usagers et notamment la liberté de choix, il a également mis à leur disposition les informations nécessaires à ce choix. C'est ainsi que l'on trouve des sites d'informations officielles sur les ES publics et privés (annexe 1). L'utilisateur, désormais informé de la qualité du système de soins et de leurs résultats, est en situation de choisir l'opérateur de santé qui pourra le mieux, à ses yeux, répondre à ses besoins. Il a de ce fait une influence directe sur la régulation du système de santé en pesant sur le volume d'activité des structures. L'intérêt qu'il porte à la santé s'accompagne de l'essor d'un certain consumérisme sanitaire et médical. Il en résulte une attente de plus en plus forte d'informations, d'éléments de comparaison permettant de choisir son lieu d'hospitalisation.¹⁹ C'est ainsi que depuis peu, les usagers se sont même emparés de leur propre communication sur les ES. Un site a été créé, Hospitalidée²⁰, sur le même principe que ceux qu'on peut trouver pour s'exprimer sur la qualité d'un restaurant ou d'un hôtel. Les usagers indiquent leurs commentaires positifs et négatifs et les partagent. Chose encore impensable il y a quelques années.

Au milieu de toutes ces informations dans lesquelles les patients peuvent se perdre, le médecin traitant pourra jouer un rôle de conseil central, tout comme les autres professionnels de santé que sont les infirmiers libéraux ou les pharmaciens par exemple. L'entourage et le bouche à oreille faisant le reste. Enfin, pour faire son choix, l'utilisateur-client étant consommateur de tous les services et non pas que du soin, fondera sa préférence sur des critères d'ordre relationnel comme la qualité de l'accueil, de l'information médicale, la communication, le confort de la chambre, le délai de prise en charge et plus globalement de la capacité de l'ES à comprendre et satisfaire « le client ».²¹

Il apparaît ainsi que le seul véritable acteur qui donne sa raison d'être à un ES et qui agit sur sa pérennité financière est l'utilisateur. C'est le niveau d'attractivité d'un ES qui lui donnera, ou non, le nombre suffisant de patients permettant de générer des actes, source de financement principal. Attractivité qu'il pourra gagner par la qualité de la prestation qu'il rendra à l'utilisateur et sa capacité à la faire connaître, comme pourrait le faire une autre entreprise de services.

¹⁹ ROBILLARD L., 2007, « Marketing hospitalier, un oxymore qui prend du sens », *Revue Hospitalière de France*, n°17, pp. 61-64

²⁰ HOSPITALIDEE, [visité le 5 septembre 2015] disponible sur internet : www.hospitalidée.fr

²¹ LE BEUX C, 2003, « Une communication externe adaptée au marketing hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°430, pp. 693 – 701

A l'issue de cette première partie il apparaît que, comme l'indique M. Thibault, « Même si l'hôpital n'est pas une entreprise, un directeur ne peut pas aujourd'hui ignorer son environnement concurrentiel. Les hôpitaux publics doivent gérer deux contraintes majeures : le patient s'est transformé en un « consommateur de santé » (il s'organise, s'informe et choisit son lieu de soin) et la maîtrise des dépenses de santé s'impose. Dans ce contexte, les ES se doivent d'améliorer leur attractivité en adoptant des outils, issus de l'entreprise, comme le marketing hospitalier en propose. ». L'ES doit ainsi entrer dans un cercle vertueux alliant l'usager, l'attractivité et l'activité pour lui permettre d'assurer sa pérennité financière.

1.2 Une démarche nouvelle : le marketing hospitalier

1.2.1 Les caractéristiques du marketing hospitalier

Dans la mesure où le marketing hospitalier est une adaptation au monde de la santé d'une DM utilisée dans l'industrie et les entreprises privées, il nous semble nécessaire, dans un premier temps, de la définir.

A) Les définitions et les origines

La définition que l'on peut trouver en ligne sur le site internet Wikipedia est la suivante « le marketing (désigné aussi par le néologisme mercatique) est une discipline qui cherche à déterminer les offres de biens et services en fonction des attitudes et motivations des consommateurs et à favoriser leur commercialisation. Il comporte un ensemble de méthodes et de moyens dont dispose une organisation pour s'adapter aux publics auxquels elle s'intéresse, leur offrir des satisfactions si possible répétitives et durables. Il suscite donc des comportements favorables à la réalisation de ses propres objectifs, notamment la pérennité et la croissance de ses activités permettant ainsi financièrement la rentabilisation des capitaux investis »

Toutefois, on trouve différentes définitions du marketing dans la littérature montrant la pluralité de ces rôles²². Celle de Kotler et Dubois lui attribue un rôle d'échange sociétal ainsi que managérial « la science et l'art de choisir ses marchés cibles et d'attirer, de conserver et de développer une clientèle en créant, délivrant et communiquant une valeur supérieure à ses clients ». La pierre angulaire de toute DM étant basée sur la création et l'échange de valeur que l'on retrouve dans chacun des rôles décrits.

²² MERDINGER-RUMPLER C., 2012, « Démarche marketing, les enjeux à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°519, pp 495-498

C'est dans les années 1970, que le marketing hospitalier voit le jour aux Etats Unis. Toutefois, le développement de cette activité s'avère difficile en raison de sa connotation commerciale et du refus de concevoir la santé comme un marché.²³ Ce développement dans les ES est lié dans une certaine mesure, à une surcapacité de moyens de production de soins entraînant une situation de concurrence.²⁴

En France, le marketing hospitalier trouve son origine au début des années 1980. Un groupe de dirigeants hospitaliers décident de fonder, il s'agit du Groupe de Recherche et d'Application en Marketing Hospitalier, (GRAHM). Leur idée est double, tout d'abord, il existe un marché de la santé, avec des caractéristiques propres, mais à qui on peut appliquer des outils et des démarches qui ont fait leur preuve dans le domaine industriel. Ensuite, la gestion des ES est suffisamment complexe pour ne négliger aucune ressource conceptuelle ou méthodologique permettant de développer les organisations. Ils sont alors convaincus que ce nouvel outil, le marketing, peut être un vecteur de changement et de progrès dans la mesure où il est essentiellement centré sur l'offre. C'est ainsi que le marketing hospitalier est né en France.²⁵

B) Les caractéristiques du marketing

Il existe différents types de marketing dont le choix s'impose aux organisations en fonction de l'offre qu'elles proposent. Une offre de produit, sociale ou de service dont l'hospitalier fait partie. C'est ce dernier que nous allons approfondir dans le cadre de ce mémoire. C'est à partir de la DM produit qu'est progressivement née celle du marketing de service. Les différences que l'on peut évoquer concernent tout d'abord la nature du produit vendu : « Les biens durables (voitures, habits, etc...) ou non durables (beurre, viande, etc...) sont facilement caractérisables. Ce sont des biens tangibles. Les services offrent des biens immatériels ou composites. Leur domaine est vaste : banques, assurances, tourisme, hôtellerie, conseils, santé, éducation, transport, etc. »²⁶ Ils sont indivisibles dans le sens où un service ne peut être découpé, même s'ils peuvent être continus comme une opération chirurgicale, ou discontinus comme le suivi d'une pathologie chronique. Plus un service est intangible, plus il laisse place au marketing de positionnement, de différenciation et de communication.

La seconde différence porte sur l'évaluation de la rentabilité des actions marketing menées, les effets peuvent être multiples et se développer sur le long terme.

²³ MEDINA P. La communication de recrutement dans le milieu hospitalier [visité le 15 juin 2015] disponible sur internet : <http://communicationorganisation.revues.org/1290>

²⁴ CRIE D. SALERNO D. VINCENT A., 2015, « Vers un marketing hospitalier ? », *Problèmes économiques*, n°3113, pp. 47-58

²⁵ CHANTEUR M, DUBOIS B, LOUPEE A, DE ROODENBEKE E, 2008 « Il était une fois... le Graham », *Revue Hospitalière de France*, n°525, pp. 27-29

²⁶ DUBOIS B, 1987, *Le marketing management hospitalier*, Manuels B.-L. Santé Berger-Levrault, 378 p.

Enfin, toujours selon Koltler et Dubois en matière de service « le client ne sait pas ce qu'il obtient jusqu'à ce qu'il ne l'obtienne plus ». Dans ce cas toute la difficulté réside dans le fait qu'il faudra que le client parvienne à se souvenir de la satisfaction qu'il aura ressentie et non de ses insatisfactions. Nous pouvons faire un parallèle dans le domaine des transports ferroviaires. On parle très facilement des retards qu'on aura subis, ils apparaissent comme fréquents même si le rapport est de 1/100. Finalement on ne parle jamais des trains qui arrivent à l'heure au point que cela soit devenu une expression dans le langage courant. Dubois précise également que le marketing des services publics, auquel on va rattacher une logique d'intérêt général, repose sur les principes d'égalité, de continuité et de mutabilité. D'ailleurs, le principe d'adaptabilité de la fonction publique hospitalière est peut-être la composante la plus appropriée au marketing puisque le service public doit pouvoir évoluer en fonction des exigences et des besoins des usagers et s'adapter aux évolutions technologiques.²⁷

Le marketing de service s'attache donc à la production et la délivrance d'un service, la servuction. Cela correspond à « une organisation systématique et cohérente de tous les éléments physiques – localisation, bâtiment, agencement, signalétique et humains –, personnel en contact de l'interface client-entreprise nécessaire à la réalisation d'une prestation de service dont les caractéristiques commerciales et les niveaux de qualité ont été déterminés. »²⁸ C'est pourquoi, le rôle de chaque employé, ainsi que son management, apparaît comme essentiel. Son interaction avec les patients-clients pour offrir un service de qualité prenant en compte leurs besoins et attentes conditionne le succès de l'entreprise de services, quelle que soit la nature de ce service. L'ouvrage coordonné par T. Nobre indique que dans le cadre du marketing de service, « on passe d'une orientation « produit » à une orientation « client », cela procède d'une culture d'entreprise qui génère les comportements nécessaires à une création de valeur supérieure délivrée au client. »

L'hôpital propose une offre non marchande correspondant à une organisation de production de services, celle du soin, des consultations, de la restauration, de l'hôtellerie, etc... Cette offre de services est assimilable à une entreprise aussi bien dans le domaine privé que public dans sa conception. En pratique, cette production très spécifique du soin nécessite des adaptations certaines.

²⁷ THIBAUT M, 1995, « Le marketing hospitalier », *Objectif soins*, n°36, p 31-36

²⁸ EGLIER P, LANGEARD E., (1987), *Servuction, le marketing des services*, Collection *Stratégie et management*, Paris : MacGraw-Hill, 205 p.

C) Concepts et adaptation du marketing à l'hôpital

Une adaptation des outils de marketing au monde hospitalier s'avère indispensable afin de ne pas perdre de vue que l'objectif final n'est pas le profit mais le maintien de soins de qualité dans un contexte économique difficile et concurrentiel. C'est pourquoi, comme l'indique C Merdinger-Rumpler²⁹, « les 4 leviers d'action marketing doivent être adaptés au contexte hospitalier public pour permettre aux ES d'atteindre leurs objectifs quantitatifs ou qualitatifs en répondant aux attentes et aux besoins de leurs publics cibles. L'un des enjeux, dans un environnement professionnel médical, consiste en l'articulation stratégie/métier, garante d'un déploiement opérationnel assurant la sécurité et la qualité des soins et donc l'attraction et la rétention des patients/clients grâce à leur satisfaction. »

Dans le cadre du marketing hospitalier on identifie trois caractéristiques principales³⁰ :

- ✓ Une offre de services basée sur une production des soins connue de leurs clients.
- ✓ Une clientèle diversifiée : les usagers consommateurs de soins et de service, les médecins prescripteurs de soins...
- ✓ Un mode de gestion et de gouvernance avec des prix encadrés par la T2A. Les structures publiques se doivent d'ajuster en permanence leurs offres et leurs coûts de production et pour cela elles appliquent les règles de gouvernance d'entreprise.

La DM se conçoit comme un outil d'adaptation flexible à l'environnement s'adressant à tous les acteurs concernés et facilitant leurs relations réciproques. Elle est fondée sur les 4 P qui s'adaptent au marketing hospitalier de la manière suivante³¹ :

- ✓ Le produit

Celui-ci est souvent considéré comme l'élément fondamental du marketing. Ce terme de produit doit s'entendre dans son sens le plus large qu'il prenne la forme d'un produit physique et/ou d'un service. Pour un produit hospitalier cela regroupera, comme nous avons pu le voir, l'offre de soin mais également hôtelière sur l'ensemble du processus d'hospitalisation allant de l'admission à la sortie du patient, mais aussi en amont et en aval.

Les produits hospitaliers possèdent une autre caractéristique : leur forte valeur ajoutée tant humaine que technologique. La première nécessite des ressources humaines qualifiées dont les compétences seront mises à jour en fonction de l'offre de soins proposées et ceci de manière évolutive. La seconde nécessite des investissements

²⁹ MERDINGER-RUMPLER C., 2012, « Démarche marketing, les enjeux à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°519, pp 495-498

³⁰ FERRAND H, SUDRE M.C, « Service public et marketing hospitalier : Le mariage peut-il être consommé ? », 2008, *Revue Hospitalière de France*, n°525, pp. 22-26.

³¹ AUBERT S., 2008, *De l'opportunité d'une démarche marketing à l'hôpital*, Mémoire directeur d'hôpital, EHESP, 53 p.

permettant l'acquisition des matériels nécessaires à la prise en charge des patients et, selon les situations, l'aménagement ou la construction de nouveaux locaux. Ces contraintes limitent la souplesse et l'adaptabilité rapide des hôpitaux, ce qui ralentit le processus de réponse aux besoins, même lorsque ces derniers ont été identifiés. Pourtant, l'hôpital, comme toute entreprise, se doit de suivre la demande du marché pour être et rester attractif.

Le « bon » produit hospitalier, en termes de marketing, est donc celui qui répond à un besoin en donnant satisfaction au consommateur et au prescripteur. Le développement d'une offre de soins s'avère totalement inadaptée et inutile si elle ne répond pas à une demande et un besoin.

✓ Le prix

Contrairement à une DM de produit celle de l'hôpital n'a pas réellement de prise sur la fixation du prix de son offre. En effet, les prix sont fixés en central puis appliqués pour l'ensemble des ES selon les règles établies en matière de T2A. Seules quelques sources de financement restent variables et dissociées de la seule activité (chambre individuelle par exemple). Cette position spécifique du service public dans l'univers de l'offre de la santé permet à la fois un certain niveau d'activité pour une population n'ayant pas accès à des tarifs non conventionnés, mais peut également détourner une autre clientèle potentielle vers des structures privées dont les prestations pourraient être jugées comme meilleures parce que plus coûteuses pour l'usager. C'est peut être une des raisons pour laquelle certains ES publics commencent à développer des prestations de conciergerie, payantes pour le patient ou sa famille. Cela permet de ne pas modifier le prix réel de la prise en charge, mais permet d'augmenter l'offre proposée aux patients et par là même l'attractivité de l'établissement.

✓ La place

Dans le contexte d'une entreprise, on entend principalement par place la notion d'emplacement. Dans le champ hospitalier cet élément semble également très contraint. La position géographique d'un ES et son patrimoine étant le plus souvent historique. Les hôpitaux ont donc sur ce point peu de marge de manœuvre.

Cette place conditionne le bassin de population auquel ils s'adressent et le territoire sanitaire dans lequel ils évoluent. Pour ce faire, les nouvelles formes d'hospitalisation (ambulatoire, hospitalisation de semaine, de jour ou à domicile) sont autant de possibilités nouvelles en la matière sur lesquels l'ES pourra agir afin de conforter sa place. De plus, une étude du réseau et des axes routiers, ainsi que celle des transports en commun ou encore sur les possibilités de stationnement permet également d'identifier des problématiques potentielles liées à cette place sur le territoire.

C'est pourquoi il apparaît encore plus fondamental de mettre en place une DM pour limiter au maximum les inconvénients et freins à l'attractivité qui pourraient être inhérent à cette place non choisie.

✓ La promotion

Il s'agit à la fois de la communication externe et interne de l'hôpital. La communication est certainement l'élément de marketing le plus développé ces dernières années. Les dirigeants hospitaliers ont identifié cette notion comme indispensable pour les ES, comme nous pourrons le voir dans une prochaine partie qui lui est consacrée. Toutefois, les messages et modalités de diffusion doivent respecter les contraintes légales qui s'imposent à eux et au monde de la santé en général. Il ne s'agit pas de faire de la publicité mais bien la promotion des performances techniques, des modalités de prises en charge nouvelles ou spécifiques, de l'acquisition d'équipements ou les restructurations architecturales par exemple.

La communication devra balayer l'ensemble de l'activité de l'hôpital, de la prise en charge médicale à celle hôtelière, auprès de publics de plus en plus avertis, en s'appuyant d'abord sur des performances réelles de l'ES. On ne peut vendre un produit que s'il est bon, au risque d'être contre-productif. Comme l'indique S. Aubert, « c'est pour cela que le « produit », en particulier dans le domaine à très forte responsabilité qu'est la santé, est primordial. »

1.2.2 Les outils du directeur des soins au service d'une démarche marketing

A l'instar d'une DM classique, le marketing hospitalier s'appuie sur un certain nombre d'outils nécessitant eux aussi une adaptation hospitalière spécifique. « Connaître son environnement concurrentiel est aussi important pour l'entreprise qui applique une véritable DM, que de se connaître soi-même. »³²

Nous avons fait le choix de ne pas développer l'ensemble des outils marketing aujourd'hui à la disposition des ES, mais uniquement ceux qui nous sont apparus comme incontournables au regard de l'activité d'un DS.

A) Les études de marché

Une étude de marché peut se définir comme un travail d'exploration destiné à analyser, mesurer et comprendre le fonctionnement réel des forces à l'œuvre dans le cadre d'un marché. En matière de santé, il s'agit pour un ES de connaître le « marché » dans lequel il évolue en identifiant au mieux les besoins de la population, les autres ES en présence sur le territoire ainsi que les forces et faiblesses de chacun, mais aussi les projets et orientations stratégiques pris. Il s'agit d'être à l'écoute du marché afin de pouvoir anticiper, se positionner et rendre ainsi l'ES plus attractif. C'est donc un outil

³² DAYAN A., 2014, Que sais-je ? Le marketing, édition Puf, 122p.

indispensable pour procéder à une formulation cohérente et réaliste des domaines d'activités stratégiques. Ceci se fait à partir d'une analyse de l'environnement externe et interne permettant de réaliser les choix de positionnement pertinents par rapport à la concurrence et aux capacités de la structure.³³

Toutefois, même si cette démarche concurrentielle peut apparaître comme contraire à la définition et au rôle d'une mission de service public, la connaissance du marché est aussi un excellent moyen de remplir pleinement les missions qui incombent à un ES. C'est dans ces conditions que l'étude de marché non seulement est importante mais se justifie pleinement. La limite de la démarche pour un ES public est qu'il ne pourra pas mettre fin à une activité au seul prétexte qu'elle ne serait pas rentable dans la mesure où elle répond à un besoin de santé qu'il est le seul à proposer.

Il importe d'analyser de façon méthodique les besoins, les attitudes, les comportements du public concerné. C'est dans ce domaine, encore mal exploré par les responsables hospitaliers, que l'usage et l'adaptation des techniques de marketing peuvent le plus apporter.³⁴

En résumé, une analyse approfondie du contexte économique, social et sanitaire de l'ES permet d'élaborer un véritable plan stratégique³⁵ à partir du recueil des données pour orienter la politique de celui-ci au regard des marges de manœuvre qui sont les siennes. Cela va être le cas pour le choix des typologies d'hospitalisation dans des prises en charges spécifiques (chimiothérapie, intervention chirurgicale, etc...) déterminées en lien avec les équipes médicales.

C'est à partir de ces éléments que le DS pourra orienter son PSIRMT afin d'accompagner les équipes paramédicales et d'encadrement dans les changements nécessaires au sein de l'institution. Ces derniers sont d'autant plus difficiles à conduire qu'ils remettent en question des éléments fondamentaux comme l'hospitalisation conventionnelle, les conditions d'accueil et au-delà la position du patient/client au sein du système hospitalier dans lequel ces professionnels évoluent. Les études de marché vont de ce fait permettre à la fois de répondre de manière adaptée aux besoins en santé de la population, tout en répondant aux attentes des patients et des prescripteurs.

B) L'analyse des données

Les bases de données, en particulier celles issues du PMSI, sont donc une source d'informations précieuses pour permettre à l'hôpital d'analyser dans quelles conditions il remplit sa mission. Une première étape consiste à identifier son territoire d'attraction

³³ MERDINGER-RUMPLER C., 2012, « Démarche marketing, les enjeux à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°519, pp 495-498

³⁴ THIBAUT M., 1995, « Le marketing hospitalier », *Objectif soins*, n°36, pp 31-36.

³⁵ LE BEUX C., 2003, « Une communication externe adaptée au marketing hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°430, pp. 693 - 701

naturel, d'autant qu'il ne suit pas forcément la logique administrative territoriale mais qu'il correspond à l'aire géographique d'où provient le patient. Il va permettre de calculer la population théorique qui va composer le véritable marché, fruit de facteurs multiples :

- ✓ l'implantation géographique en fonction des autres ES qui l'entourent
- ✓ sa ou ses vocations : hôpital de proximité, centre hospitalier (CH) de recours, centre hospitalier régional ou universitaire (CHU)
- ✓ son accessibilité, via notamment le réseau routier et les facilités de stationnement
- ✓ les flux historiques, en terme de filière, ou encore sociologiques de la population

C'est pourquoi une analyse des patients en fonction de leur zone géographique, âge, catégories socio-professionnelles, projections démographiques, statistiques de morbidité, etc... est nécessaire afin d'identifier le marché potentiel et légitime de l'hôpital. On peut considérer que le territoire d'un ES est celui qui rassemble 80 % de ses patients. Au-delà, ce sont les territoires frontières, où le partage est logique. Lorsque ce chiffre n'est pas atteint cela traduit un taux de fuite trop important. Il correspond au pourcentage de patients du territoire de référence de l'ES qui, au lieu de se rendre chez les offreurs du territoire, vont vers d'autres offreurs, publics ou privés.

Pour réaliser ces études et obtenir ces informations plusieurs outils sont à la disposition des ES (observatoires régionaux de santé, le site PARTHAGE, la Banque de Données Hospitalières de France). La production de statistiques, en particulier sous forme de cartographie sur la provenance des patients, est un élément très puissant de la démarche d'étude de positionnement territorial.³⁶ En interne, c'est à partir des données PMSI recueillies via le système d'information que l'ES pourra définir clairement l'origine et le profil des patients accueillis, ainsi que ceux qui « fuient » tout au moins sur le plan quantitatif. Ces éléments étant intéressants à analyser sur plusieurs années afin d'évaluer l'amélioration ou la détérioration de la situation.

Dans tous les cas, la prévision rendue ainsi possible grâce à l'ensemble des éléments recueillis permet d'entamer une réflexion sur l'environnement, son évolution probable et les meilleures conditions de satisfaction des besoins futurs des usagers³⁷ « cela permet de passer d'une vision centrée sur le service, lieu de production des soins, à une vision centrée sur les populations : quels offreurs de soins choisissent-ils ? Est-il possible d'améliorer l'attractivité de l'ES et comment ? »³⁸

A ce jour il n'existe pas d'outils spécifiques permettant de mesurer, de synthétiser et de comparer l'attractivité d'un ES, pourtant les médias proposent des palmarès sur la base

³⁶ TARDIF L, LOUAZEL M, 2015, « Projet d'établissement et marketing hospitalier », *Gestion hospitalières*, n°547, pp365 - 368

³⁷ THIBAUT M., 1995, « Le marketing hospitalier », *Objectif soins*, n°36, pp 31-36.

³⁸ TARDIF L, LOUAZEL M, 2015, « Projet d'établissement et marketing hospitalier », *Gestion hospitalières*, n°547, pp365 - 368

d'indicateurs, même s'ils peuvent apparaître incomplets et réducteurs.³⁹ L'analyse de ces bases de données bien que très instructives ne permettent pas de connaître les attentes des patients et des prescripteurs. Ils doivent donc être associés à d'autres outils que nous présenterons dans la partie suivante.

A l'instar des études de marché, l'analyse de données est une source essentielle d'informations, pour le DS, qu'il s'agit de croiser avec les autres outils du marketing. Comprendre qui sont ou encore d'où viennent les patients (hospitalisés, consultants externes ou admis aux urgences) permettra, au regard de leur profil, de mieux répondre à leurs besoins en terme de soins et de satisfaction. Par ailleurs, ces études, véritables indicateurs de l'attractivité de l'ES, apporteront au DS des informations indispensables sur la qualité générale du soin, même si celle-ci peut être associée à la prestation hôtelière ou la renommée médicale. Il sera un premier indicateur général qu'il sera nécessaire d'affiner avec les enquêtes d'opinion et de satisfaction. La conception et la mise en œuvre du PSIRMT, ainsi que les orientations qui pourront être prises en commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique (CSIRMT), ne seront que plus pertinentes si le DS peut s'appuyer sur des éléments objectivés.

C) Les enquêtes d'opinion et de satisfaction

Nous avons pu voir précédemment qu'une DM permettait à un ES d'augmenter son attractivité et ceci à partir de différents vecteurs⁴⁰ :

- ✓ L'influence directe sur les patients, leur entourage et les prescripteurs
- ✓ L'attractivité de ses consultations externes et de son service des urgences

Afin d'influencer le choix des patients il faut savoir à quoi ils sont, eux-mêmes, leur entourage et le prescripteur, sensibles en se posant les questions suivantes⁴¹ :

- qu'attendent ces publics d'un établissement de santé ?
- sur quoi se fondent-ils pour préférer un établissement de santé à un autre ?
- quels discours tenir pour mieux communiquer avec eux ?
- quels moyens adopter pour faire passer ce message ?

Pour ce faire, il est nécessaire pour l'ES de connaître les attentes des patients par rapport aux soins, à l'accueil ou encore l'hébergement. Il s'agit d'initier une véritable gestion de la relation-patient pour l'améliorer de manière proactive dans une approche qui bénéficie à l'ensemble des parties prenantes (clients et établissements).⁴² Cela nécessite la mise en

³⁹ DUFOUR P., 2012, « Construction d'un score agrégé d'attractivité », *Gestions Hospitalières*, n°518, pp. 397-406

⁴⁰ LE BEUX C., 2003, « Une communication externe adaptée au marketing hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°430, pp. 693 – 701

⁴¹ Ibidem

⁴² PAQUER A., GUELLEC R., Et si soigner ne suffisait plus ? [visité le 22 juillet 2015] disponible sur internet : <https://www.bearingpoint.com>

place de dispositifs d'écoute permettant de collecter de manière continue et ciblée la perception des patients et de leurs proches sur le processus de prise en charge. Pour être pertinent et faciliter l'identification de mesures concrètes d'amélioration, le dispositif doit permettre d'évaluer les interactions entre l'hôpital, le patient et ses proches à partir du processus de prise en charge, justement vu sous l'angle de ces derniers.

Pour ce faire il existe différents types d'outils à la disposition des ES. De manière continue, l'analyse des questionnaires de sortie ainsi que celle des réclamations et plaintes, traités en commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUPQC), sont des outils de choix apportant un premier niveau d'information non négligeable. Ils peuvent être complétés, en fonction des besoins et projets de l'établissement, par des études de satisfactions sur des sujets ciblés. Cette dernière démarche est la même envers les professionnels qui ont la possibilité de s'exprimer au travers d'un certain nombre de questionnaires de satisfaction sur des sujets variés. Ces outils sont d'autant plus répandus dans l'ES qu'ils ont été intégrés à la démarche d'accréditation dès 1996. Le développement et la systématisation, avec son caractère rendu obligatoire cette année, de l'indicateur de satisfaction e-satis vient renforcer cette volonté de recueil et d'écoute des attentes des usagers.⁴³

Pourtant il est possible et nécessaire, dans une DM de développement d'activité, d'aller plus loin dans cette recherche d'informations. C'est ainsi que certains ES ont été à l'initiative d'enquêtes réalisées auprès de la population générale, des médecins prescripteurs et des professionnels de santé libéraux du territoire, s'adressant de cette façon aux cibles identifiées. D'autres, ont créé des observatoires des attentes des patients, comme Unicancer en 2011, « l'objectif est clairement d'identifier les axes de progression afin de mieux orienter l'offre des Centres de Lutte contre le Cancer. » Selon le Pr J. Reiffers, président d'Unicancer « les enquêtes de satisfaction de patients analysent l'existant, tandis que l'observatoire des attentes des patients relève de la prospective ». La méthodologie utilisée repose sur la capitalisation des données existantes issues de plusieurs enquêtes, et la mise en place de consultations participatives auprès de patients et du grand public.⁴⁴ C'est dans cet esprit que se développe des focus groupe, technique d'entretien de groupe, permettant de collecter des informations sur un sujet ciblé. C'est donc une démarche davantage proactive qui se met en place, qui n'agit pas uniquement en réaction à un dysfonctionnement mais qui est en

⁴³ HEMERY P., Il n'y a aucune dispense au recueil de l'indicateur de satisfaction e-satis [visité le 3 septembre 2015] disponible sur internet : www.hospimedia.fr

⁴⁴ GUERRINI B., Soigner sa relation avec les usagers : la stratégie gagnante du marketing à l'hôpital [visité le 28 juin 2015] disponible sur internet : <http://www.reseau-chu.org>

recherche de processus de prise en charge plus adaptés aux besoins et attentes des patients.⁴⁵

Pour le DS il nous semble essentiel qu'il soit partie prenante, à un niveau stratégique, des réflexions précédant la mise en œuvre opérationnelle des recueils d'opinion et ce, quel que soit l'outil et la cible. L'analyse des résultats obtenus est une mine d'informations essentielles pour la conduite d'une politique des soins qui se doit d'être résolument centrée sur le patient. De plus, comme nous avons pu le voir, l'apport d'éléments objectifs, quantitatifs et qualitatifs, faciliteront d'autant l'adhésion des acteurs de terrain pour la réalisation des changements nécessaires afin d'être toujours en adéquation avec les besoins et les attentes qui ne cessent d'évoluer.

C'est bien la conjugaison d'outils classiques et continus avec des outils ciblés plus prospectifs apportant une véritable vision de la situation existante et permet de la modifier en fonction des attentes de l'utilisateur principal. Mais encore faut-il que les ES se les approprient, car pour être pertinent et faciliter l'identification de mesures concrètes d'amélioration, le dispositif doit permettre d'évaluer les interactions entre l'hôpital, le patient et ses proches. C'est tout l'esprit d'une DM, au service des patients et de l'attractivité.

D) La communication au service de l'image de marque de l'établissement

Bien que le marketing hospitalier ne soit pas encore très développé, la communication est l'outil le plus utilisé dans les ES sur ces vingt dernières années. En effet, elle est devenue progressivement une nécessité en raison des changements du contexte hospitalier. Il apparaît « nécessaire d'améliorer sa notoriété, de faire connaître ses activités (ambulatoires, accouchements plus naturels, activités culturelles, etc...), puis d'améliorer l'image, pas toujours très positive, des ES. Elle apparaît également nécessaire pour affronter les crises médiatiques »⁴⁶ Toutefois, mettre en place une politique de communication implique trois actions :

- connaître et analyser les désirs du public accueilli pour pouvoir le satisfaire
- forger et entretenir l'image de marque : convaincante, séduisante, persuasive, avec une attention particulière sur l'accueil, élément essentiel de la réputation
- faire connaître son savoir-faire⁴⁷

⁴⁵ La méthodologie de l'observatoire des attentes des patients [visité le 13 juillet 2015] disponible sur internet : www.unicancer.fr

⁴⁶ NOBRE T (ed), 2013, L'innovation managériale à l'hôpital, DUNOD, 289. p.

⁴⁷ LE BEUX C, 2003, « Une communication externe adaptée au marketing hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°430, pp. 693 – 701

Bien que le patient soit au centre du marketing hospitalier il y a d'autres publics à cibler dans le cadre d'une politique de communication externe de l'ES : les médecins de ville, futurs patients ou résidents ou futurs soignants, les journalistes, les familles, les élus, les politiques, les institutions ou encore les associations de patients.

« L'image d'un produit, d'une marque, d'une firme est l'idée que l'on en a, et elle n'est pas la même pour tout le monde. »⁴⁸ Même si celle-ci diffère d'une personne à une autre, il est vital qu'elle soit favorable et non moins vital de savoir quelle image perçoivent les différents publics précisés ci-dessus. En effet, « l'image a une caractéristique essentielle, elle déteint : ceux qui ne connaissent pas personnellement le produit ou n'en ont pas encore une image sont influencés par l'image qu'en a leur environnement. Elle produit un effet dit de « halo » : une des composantes peut être perçue si fortement, en bien comme en mal, que l'ensemble de la perception est orienté dans le même sens. »⁴⁹. De plus, cette image n'est jamais figée, elle évolue, se crée et se défait en fonction « d'éléments peu objectifs : fausses rumeurs qui aboutissent à une désinformation et à la survenance d'incidents ou de procès. La mauvaise réputation d'un seul service est susceptible de jeter le discrédit sur l'ensemble de l'établissement. Elle est constituée d'un ensemble d'éléments d'ordre matériel et psychologique. »⁵⁰ On peut en conclure que « l'image est une composante complexe, consciente ou inconsciente de l'utilisateur... certaines populations parfois non-actrices peuvent même avoir une image d'un service qu'elles n'ont jamais approchée... c'est dire à quel point la construction de l'image doit être étudiée de manière large sur des composantes sociologiques et marketing. »⁵¹

L'image de marque externe est essentielle à l'ES puisqu'elle agit directement sur :

- l'attractivité : 10 à 25 % des usagers choisissent leur hôpital en fonction de sa renommée, les autres par le canal des urgences ou sont guidés par le médecin
- le sentiment de sécurité ressenti par le malade qui viendra dans l'ES dans un climat de confiance et non d'appréhension.⁵²

Au regard de l'importance que revêt l'image de marque et de son caractère fragile voir volatil, les responsables hospitaliers se doivent de prendre les devants afin de la construire et de l'entretenir. Le cadre des actions à mener se déroule en deux temps :

- constater et évaluer : quelle image le public a-t-il de l'ES? quels sont les éléments essentiels qui contribuent à cette image ?

⁴⁸ DAYAN A., 2014, *Que sais-je ? Le marketing*, édition Puf, 122p.

⁴⁹ Ibidem

⁵⁰ Ibidem

⁵¹ JUNG C., De la satisfaction du patient au marketing hospitalier, pour une meilleure qualité de service rendu [visité le 13/07/15], disponible sur Internet : www.qualitest-sante.fr

⁵² LE BEUX C, 2003, « Une communication externe adaptée au marketing hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°430, pp. 693 – 701

- revaloriser les secteurs auxquels le public est le plus sensible, ceux pour lesquels la population accorde le plus d'importance, ceux qui sont les véritables portes d'entrées de l'hôpital : les urgences et les consultations externes

C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de faire régulièrement le point sur cette image au travers d'enquêtes appropriées (quantitatives, qualitatives, motivationnelles) permettant ainsi d'évaluer le degré d'attractivité, de confiance, de fidélité et de satisfaction.

La communication interne joue également un rôle important et s'appuie quant à elle « sur une logique différente, axée sur l'adhésion du personnel aux valeurs, aux missions et aux projets de l'institution. Informer – expliquer - convaincre - faire adhérer. »⁵³ On pourra de ce fait améliorer la connaissance acquise par chaque employé sur l'organisation, afin qu'il puisse mieux comprendre le sens de son travail. De cette manière, cela constitue « une opportunité stratégique permettant à l'hôpital de diffuser son architecture de marque, autrement dit, sa mission, sa vision, ses valeurs et son identité de marque. »⁵⁴

Le DS, au travers de son management et de la conduite de sa politique de soins, pourra ainsi s'appuyer sur cette communication interne. Celle-ci sera source de cohésion et de développement d'esprit d'entreprise pour mener à bien ses projets, initier et accompagner les changements nécessaires tout en maintenant l'une de ses priorités : la qualité des soins. En effet, c'est aussi un moyen de permettre à chacun de comprendre le sens de son travail, de le valoriser, de favoriser ainsi l'adhésion en atténuant les freins qui se mettent en place de manière quasi réflexe lors de tout changement.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, la communication, interne et externe, et ses nombreux outils, au service de l'image de marque de l'ES clairement identifiée par tous, ne pourra que rejaillir positivement, et deviendra un avantage concurrentiel. D'autant que prendre soin de l'image de marque d'un établissement, c'est aussi soigner les professionnels qui y travaillent.

1.2.3 Les avantages de la démarche marketing

L'objectif principal d'un ES reste celui de soigner les personnes accueillies. Pourtant, que ce soit avec l'évolution des recommandations qualité ou la nécessaire conquête de parts de marché, cet objectif a progressivement été renforcé par la nécessité d'apporter une réponse aux attentes du patient et sa satisfaction. « Même si être bien soigné reste un

⁵³ Ibidem

⁵⁴ MEDINA P. La communication de recrutement dans le milieu hospitalier [visité le 6 juin 2015] disponible sur internet : <http://communicationorganisation.revues.org/1290>

fondamental de la satisfaction du patient, cela ne suffit plus : le patient-client souhaite être bien accueilli, bien reçu, être consulté, informé, suivi, guidé, avoir un accès facilité aux services..., autant de facteurs qui deviennent des éléments incontournables dans la formation de sa satisfaction »⁵⁵ Au travers des quelques outils marketing développés dans les paragraphes précédents nous avons pu identifier qu'une DM permet justement de répondre de façon adaptée aux attentes des patients et des personnels.⁵⁶ Son utilisation dans les ES se fait donc en premier lieu à l'avantage des patients, par le développement d'une offre adaptée et de qualité.

A) Une démarche centrée sur le patient

La place centrale du patient dans le système de santé et au cœur des ES est largement affichée, recherchée depuis longtemps, et de nombreuses recommandations ou réglementations auraient dû en faire une réalité. Pourtant, les perspectives de la nouvelle loi de santé montrent bien que le statut du patient et de l'utilisateur ont encore besoin d'être renforcés, notamment à l'hôpital. La DM se fonde sur le passage d'un regard « d'établissement-centré » à celui de « client-centré »⁵⁷, ceci afin d'être à l'écoute des besoins et attentes des patients. Il devient alors « essentiel pour l'hôpital de construire une relation avec le patient pour connaître ses attentes et besoins et communiquer avec lui en dehors des transactions sporadiques que représentent les actes de soins. D'un flux intermittent de contacts, la structure de soins doit donc rechercher le lien continu et pérenne avec le patient »⁵⁸ De cette manière le marketing met au cœur de sa réflexion le service rendu au client, pour l'hôpital : le soin.

B) Le marketing interne au service du management du directeur des soins

Afin de répondre à ses missions, l'ES s'appuie sur des professionnels, de santé ou non, médicaux ou paramédicaux. L'ensemble de ces professionnels est à l'origine de la production du service de soins, que leur mission soit plutôt de support ou directement au contact des patients. Les professionnels sont de ce fait un maillon essentiel, non seulement de l'organisation, mais aussi du niveau de qualité du service rendu en jouant un rôle déterminant pour la promotion de la qualité et la satisfaction des patients.⁵⁹ C'est pourquoi, « tout employé doit donc être lui-même considéré comme un client interne dans une logique de client-fournisseur intra-organisationnelle, qui nécessite que l'on recherche

⁵⁵ CRIE D., GALLUPEL-MORVAN K., 2015, Le marketing hospitalier, vous avez dit marketing ? Oui, marketing », *Gestions Hospitalières*, n°547, pp.358 - 360

⁵⁶ BOINET S., 2015, « Un outil de pilotage pour les établissements de santé », *Gestions Hospitalières*, n°547, pp.370 – 373

⁵⁷ TARDIF L, LOUAZEL M, 2015, « Projet d'établissement et marketing hospitalier », *Gestion hospitalières*, n°547, pp365 - 368

⁵⁸ NOBRE T (ed), 2013, L'innovation managériale à l'hôpital, DUNOD, 289. p.

⁵⁹ STORDEUR S., D'HOORE W., « Attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins », in HAS, Séminaire qualité de vie au travail, 21 octobre 2010, Paris.

la satisfaction du client final au travers de la satisfaction de l'ensemble de la chaîne de servuction dont les salariés. »⁶⁰

Dans le cadre d'une DM, l'ES devra ainsi veiller à mettre en œuvre également du marketing interne que l'on peut définir comme « un ensemble de procédures et de politiques de gestion des ressources humaines, qui considèrent les salariés comme membres d'un marché interne, qui nécessitent d'être informées, formées, développées et motivées afin de servir le client final de la manière la plus efficace qui soit. C'est donc une approche marketing des ressources humaines, considérant que les salariés font partie du service et que l'employé est un client interne à satisfaire, car vecteur de satisfaction du client final. »⁶¹

Dans un ES, bien que l'ensemble des professionnels soit concerné, les paramédicaux le sont tout particulièrement. Le rôle du DS, sa politique managériale, les projets qu'il pourra initier et mener avec l'équipe d'encadrement, seront déterminants. Sans aller jusqu'à une démarche de type « magnets hospitals », que nous ne souhaitons pas développer ici, il s'agit pour le DS de mettre en œuvre une approche marketing ressources humaines. Cela va consister, sur le même modèle que les outils marketing que nous avons pu aborder précédemment, au recueil et à l'analyse des principaux facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail. En allant de la qualité de l'encadrement, des relations interpersonnelles au degré de charge émotionnelle ou physique en passant par un manque de reconnaissance, de motivation ou encore de l'absence de sens donné au travail. » Le DS, par son management, son leadership pourra donner du sens aux actions et projets menés, et impulser auprès et avec les équipes d'encadrement une dynamique positive de travail. Il devra par son management prendre soin des professionnels pour qu'eux même prennent soin des patients dont ils ont la charge, plus ils sont satisfaits, plus ils contribuent à la satisfaction du consomm'acteur de soins et de prévention ».⁶² « L'idée est de dire que malgré les contraintes qui pèsent sur l'hôpital il est possible d'augmenter l'implication des personnels en menant des projets pour améliorer le cadre de travail, les services rendus aux patients et les compétences des infirmiers. Le but est de montrer que la reconnaissance de l'apport des salariés et d'un métier est indissociable de l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. »⁶³ Le marketing interne pourra être un outil au service du DS dans son management au bénéfice des professionnels et des patients, de manière intégrée au cercle vertueux recherché.

⁶⁰ NOBRE T (ed), 2013, L'innovation managériale à l'hôpital, DUNOD, 289. p.

⁶¹ CRIE D., 2015, « Pourquoi et comment le marketing à l'hôpital ? », *Gestions Hospitalières*, n°547, pp 361 - 364

⁶² CHANTEUR M., 2008, « Un renouveau de la démarche », 2008, *Revue Hospitalière de France*, n°525, pp 18-21

⁶³ NOBRE T (ed), 2013, L'innovation managériale à l'hôpital, DUNOD, 289. p.

C'est également un moyen de développer un sentiment d'appartenance du professionnel envers sa structure. Lorsque celle-ci communique en externe au sujet de prises en charge spécifiques, d'innovations ou de projets architecturaux, elle valorise, met en lumière et reconnaît le travail des professionnels. Cela permet de développer un sentiment d'appartenance nécessaire et favorable à la conduite des nombreux projets et changements qu'initient les ES. L'objectif étant que le professionnel va travailler pour son hôpital, qu'il souhaite défendre et servir au mieux pour son propre bien malgré les contraintes qui peuvent peser sur lui. Il s'agit donc « d'inciter les ES à placer le patient, l'utilisateur au cœur des préoccupations en recherchant la meilleure qualité de soins et de service, en créant un milieu stimulant et valorisant pour son personnel »⁶⁴

A l'issue de cette première partie, il apparaît que le système concurrentiel dans lequel l'hôpital évolue nécessite l'utilisation d'outils marketing afin de garantir une situation financière équilibrée par le développement de son attractivité envers les patients.

Même si au premier abord, utiliser le terme et les outils d'une DM peut paraître inadapté, voir totalement déplacé dans un ES, public de surcroît, l'essence même du marketing est totalement en phase avec la raison d'être d'un hôpital. En effet, le premier bénéficiaire de la mise en place d'une telle démarche est le patient, qui, justement parce qu'il est considéré comme un client, fera l'objet de toutes les attentions. Pour le DS, responsable de la politique générale des soins d'un ES, la mise en œuvre d'une telle démarche ne peut que contribuer au renforcement du positionnement du patient dans les organisations. C'est donc un outil supplémentaire et complémentaire à ceux dont il dispose déjà, qui va lui permettre de faire évoluer, progresser la qualité des soins pour le double bénéfice du patient et de l'attractivité de l'ES.

⁶⁴ DUFOUR P., 2012, « Construction d'un score agrégé d'attractivité », *Gestions Hospitalières*, n°518, pp. 397-406

2 L'étude de terrain

Afin de pouvoir poursuivre notre réflexion permettant d'apporter une réponse à la problématique et aux hypothèses identifiées précédemment, une étude de terrain, menée à partir d'interviews, a été réalisée.

Ainsi nous présenterons d'abord le cadre de l'enquête avant de procéder à une analyse des données recueillies clôturée par une synthèse.

2.1 Le cadre de l'enquête

2.1.1 Méthodologie d'investigation

Afin de définir la méthodologie d'investigation à mettre en œuvre, la première étape a consisté en une recherche documentaire sur les thèmes de l'attractivité et du marketing hospitalier dans les cours, revues, ouvrages et mémoires de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) ainsi que sur internet. C'est à partir des éléments recueillis que nous avons construit le cadre conceptuel autour des deux grandes thématiques que sont l'environnement sanitaire en mutation et la DM hospitalière. Puis, nous avons rédigé un guide d'entretien dans le but de recueillir les témoignages de professionnels dans des ES sur la thématique de l'attractivité et du marketing hospitalier. Le guide étant orienté différemment pour certaines questions au regard des fonctions des personnes interviewées. (Annexe 2)

Enfin, après avoir identifié les ES et les professionnels à interviewer, les entretiens, d'une durée moyenne de 45 minutes, ont été conduits par téléphone, sur la période de juin à août 2015. Ces entretiens ont été programmés, la transcription de l'échange a été réalisée en direct sur ordinateur en garantissant l'anonymat, mais en conservant l'identification de la fonction.

2.1.2 Choix des établissements et des personnes interviewées

Afin de pouvoir cibler des ES ayant initié de manière plus ou moins complète une DM nous avons tout d'abord analysé les organigrammes des CHU en recherchant des directions dont l'intitulé comporterait des termes comme marketing, attractivité ou encore clientèle. Puis, à partir de la recherche documentaire précédemment réalisée et des échanges avec des DS nous avons pu repérer des CH ayant mis en œuvre le même type de démarche. Cela nous a permis de réaliser nos entretiens dans 12 ES différents. Nous avons interviewé des DE, des DS et des DA. Afin d'enrichir notre réflexion il nous a paru pertinent de cibler également des ES privés de manière à observer et analyser dans quelle mesure leur démarche est différente de celle du secteur public. Cela a pu être réalisé auprès de deux établissements dont les DS ont accepté de répondre. Au total

nous avons pu réaliser 14 entretiens dont la répartition est indiquée dans le tableau ci-dessous.

Répartition de la population interviewée par fonction et par ES

	DE	DS	DA
CHU		1	3
CH	2	2	4
Etablissement privé		2	
Total	2	5	7

Les principaux intitulés et périmètres des directions interviewées sont :

Intitulés direction	Périmètre
Direction des soins <ul style="list-style-type: none"> • et service au patient • et service client • et de la qualité et de la gestion des risques dont CRUQPC 	Périmètre indiqué dans l'intitulé de la direction
Direction marketing et stratégie Direction marketing et attractivité	Relation avec les usagers, satisfaction, CRUQPC, analyse marketing stratégique, mécénat et communication
Direction de la clientèle	Secrétariat, CRUQPC, admissions, standard, service social, affaires juridiques, réclamations, relation avec les usagers, espace usager

La plupart des ES interrogés ont choisi de regrouper tous les services qui permettent à la fois de développer « *une écoute active et continue des usagers* » et à la fois de toucher à l'accueil, de l'admission à la sortie. Dans ces configurations elles se regroupent sous le terme de clientèle ou parcours patient. Les directions des soins associent quant à elle la gestion de la qualité et également la CRUQPC dans un des CH. La DM, même lorsqu'elle ne fait pas l'objet d'un intitulé spécifique, est donc bien initiée dans la structuration des organisations qui s'orientent vers une démarche service au client / patient.

2.1.3 Limite et points forts de l'enquête

La limite principale de notre travail tient au nombre restreint d'entretiens réalisés qui ne permet pas d'obtenir une représentativité suffisante pour généraliser nos résultats. Par ailleurs, l'identification d'ES ayant initié une DM est restée relativement aléatoire, le nombre de CH étant trop important et le choix spécifique d'une région ne semblant pas plus pertinent au regard de la thématique analysée.

Ces entretiens nous ont pour autant permis d'enrichir nos connaissances sur le sujet, au travers des expériences présentées. Cela nous a également permis d'identifier les freins et les leviers tout en apportant des éléments et outils concrets permettant d'éclairer notre futur exercice de DS. Par ailleurs, l'ensemble des acteurs interviewés a manifesté un intérêt certain pour le sujet.

2.2 L'analyse des données

L'analyse des entretiens et la mise en perspective des lectures professionnelles ont permis de regrouper les informations recueillies suivant quatre axes :

- ✓ La situation, l'attractivité et la stratégie des ES qui ont mis en œuvre une DM
- ✓ Une DM et l'amélioration de la qualité des soins pour le DS
- ✓ L'implication des professionnels renforcée par une DM de management, outil du DS
- ✓ Le rôle du DS dans une DM

2.2.1 Une démarche marketing mise en œuvre, sans pour autant être affichée

La concurrence

Dans la majorité des ES concernés par notre enquête, la mise en œuvre d'une DM a été initiée par la volonté du directeur de l'ES. A l'origine de cette démarche il apparaît souvent une situation de concurrence sur le territoire où se situe l'ES.

A l'exception du secteur privé, l'ensemble des répondants ont indiqué faire face à une concurrence certaine, notamment sur des spécialités chirurgicales mais aussi sur les activités plus générales de médecine ou de plateau technique. Certains allant même jusqu'à indiquer que la concurrence se joue sur l'ensemble des disciplines. La nécessité de maintien de l'activité a alors fait l'objet d'une mise en œuvre progressive, plus ou moins développée, d'une DM au sein de l'ES. Pour les deux établissements privés, cette notion de concurrence n'a pas fait l'objet de commentaire particulier, la croissance d'activité forte qu'ils enregistrent semblant mettre en évidence une concurrence relativement faible de la part des ES de leur territoire et sur leurs segments d'activités.

La situation budgétaire et l'activité

Sans que l'on puisse faire un lien direct entre la DM et la situation budgétaire et d'activité de l'ES, le constat que nous pouvons faire au regard des entretiens sur ces deux points est le suivant :

Sur les 12 ES publics interrogés, 5 d'entre eux étaient en déficit budgétaire à l'issue de l'année 2014 (2 CHU et 2 CH). Pour 2 d'entre eux, ce déficit est mineur et fait suite à d'importants investissements. Par ailleurs, 3 d'entre eux affichent un excédent budgétaire. (annexe 3) Quant au secteur privé, le déficit ne leur est pas autorisé, « *cela ne fait pas*

partie de notre vocabulaire », de plus, leur situation financière est également excédentaire. Toutefois, l'ensemble des participants à l'étude n'est pas pour autant en situation budgétaire favorable et ce malgré la mise en œuvre d'une DM, même si nous sommes ici en dessous de la moyenne indiquée précédemment à savoir que 50% des établissements publics sont en déficit budgétaire avec 41.6 % d'ES en déficit.

Concernant le taux de croissance de l'activité 2014, l'ensemble des ES a atteint l'objectif fixé dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), certains l'ont même dépassé (5 ES publics et les deux ES privés). Les personnes interrogées, et ceci quel que soit leur fonction, indiquent tous que l'activité reste difficile à assurer mais que les actions de marketing contribuent à l'atteinte voir au dépassement des objectifs fixés.

D'abord en terme d'étude de marché et d'identification de la clientèle comme l'indique ce DA de CHU « *pour développer son activité il est nécessaire d'avoir une vision suffisamment précise en matière de part de marché de clientèle afin d'identifier où vont se faire soigner les gens.* ». Mais aussi pour augmenter l'activité de l'ES « *le marketing nous permet d'aller chercher une clientèle qui ne viendrait pas dans l'établissement, de chercher une autre clientèle.* ». Un des DS du secteur privé allant jusqu'à exprimer le fait que « *l'activité est le nerf de la guerre, cela fait partie de ce qui est suivi à la loupe par la direction afin d'être le plus réactif possible en cas de difficulté, pour comprendre et corriger si nécessaire.* »

Au regard de ces éléments, nous pouvons constater que les ES interrogés utilisent des outils marketing pour développer leur activité et leur impact est avéré. Et ceci bien que cela ne leur garantis pas un équilibre financier.

L'attractivité pour les patients

✓ Evaluation du niveau d'attractivité

Dans la mesure où le niveau d'activité est plus que satisfaisant, nous avons demandé aux personnes interrogées d'évaluer le niveau d'attractivité de leur ES (de 1 à 5, 1 étant la note la plus basse). L'ensemble des répondants des ES du secteur public ont indiqué qu'il restait des marges d'amélioration certaines. C'est ainsi que la moyenne générale est de 3,5 avec la répartition suivante :

CHU	CH	Etablissement privé
4,3	3,1	4

Les CHU ainsi que les ES privés considèrent leur niveau d'attractivité supérieur à celui des CH. Le plus souvent la renommée médicale ainsi que la qualité du plateau technique est mise en avant pour expliquer ce niveau d'attractivité auto-évalué plus élevé. Par contre, si on analyse les 3 fonctions interrogées, DE, DS et DA il n'y a pas de différence à noter, on atteint la même moyenne de 3,5 à l'exception des deux DS du secteur privé qui s'évaluent à 4. Ils présentent leur ES comme étant particulièrement attractif et s'appuient sur leur taux important d'activité pour le démontrer.

✓ Les principaux critères d'attractivité pour les patients

Quelque soit le type d'ES et la fonction de la personne interrogée les trois principaux critères d'attractivité cités sont les mêmes, à savoir :

- **La qualité des soins** englobant la qualité de l'accueil, l'humanité, la prise en compte de la douleur ou encore le fait de donner du sens aux soins
- **La renommée** qu'elle concerne le corps médical, l'ES ou le niveau du plateau technique
- **L'hôtellerie** qui comprend de manière générique les locaux, les repas, le stationnement, la signalétique, la propreté et les chambres plutôt individuelles, équipées d'une salle de bain et d'un accès wifi

Par contre, ce qui diffère est l'ordre dans lequel sont placés ces trois critères par les différents types de professionnels interviewés et selon le type de structure (annexe 4).

On peut remarquer que les DS et DA placent en premier la qualité des soins. Par contre, les DE positionnent en premier à égalité la renommée et l'hôtellerie, la qualité des soins arrivant en second.

Lorsque que l'on compare l'ordre de classement en fonction du type d'ES la qualité des soins apparaît toujours en première position, qu'elle soit ou non au même niveau que les autres critères. Par ailleurs, on se rend compte que pour le secteur privé il n'y a pas de différence, ils les classent tous les trois au même niveau de priorité.

✓ Les freins à l'attractivité

A la question de l'identification des freins à l'attractivité les réponses reprennent pour partie les critères d'attractivité indiqués précédemment. Toutefois, les répondants ne parlent plus de renommée mais de réputation, notamment médiatique en lien avec une possible crise sanitaire ou des événements indésirables graves. La notion de qualité des soins n'est plus exprimée de la même manière puisqu'on parle d'humanisation des soins et des structures qui se doivent d'apparaître à « taille humaine » pour ne pas effrayer les usagers. Enfin, nous retrouvons la qualité de l'accueil mais avec la précision que cela doit

concerner l'ensemble des contacts que peut avoir un usager avec la structure en allant jusqu'à l'accueil téléphonique qui se doit d'être adapté et de qualité.

Il apparaît donc que les freins à l'attractivité sont fortement rattachés à l'image de l'ES et aux contacts, même à distance, des usagers avec celui-ci. Les critères cités sont internes à l'exception de la renommée. Pour ce qui concerne les freins, ceux-ci relèvent plus de la perception, du ressenti et de l'image véhiculée par les médias et les usagers eux-mêmes.

Les professionnels des ES interviewés ont ainsi identifié les freins et surtout les leviers d'attractivité qu'ils devaient mettre en œuvre pour répondre aux besoins et attentes des patients et ont pour cela développé une DM. On y retrouve la nécessaire image de marque générale de l'ES. Mais également celle des équipes médicales associées à la nécessité de « vendre un bon produit », avec une qualité des soins et un niveau hôtelier qui correspondent à l'attendu des patients, mais aussi aux recommandations notamment qualité. Tous s'accordent sur ce point : « *il faut communiquer sur un produit qui soit bon.* », « *on peut faire du marketing mais il faut que le produit soit parfait.* » L'ensemble de la démarche s'exerçant au bénéfice de l'ES. « *Il faut faire des choix pour essayer d'attirer la patientèle et faire connaître l'ES, l'analyse permet de prioriser des actions en terme d'attractivité. Il faut objectiver les flux des patients et les raisons de leurs orientations pour assurer l'activité nécessaire à l'ES.*».

La mise en œuvre d'une démarche marketing qui ne dit pas son nom

Dans l'échantillon de professionnels interrogés, 85 % d'entre eux indiquent connaître le marketing hospitalier, même s'il n'est affiché que dans 2 établissements (un CHU et un CH). Pour autant, 71% des répondants précisent qu'une véritable DM est mise en œuvre dans leur ES, les autres indiquant qu'ils devraient davantage le faire.

La phrase qui revient le plus souvent est très parlante : « *nous sommes comme Mr Jourdain, nous faisons du marketing sans le savoir ou sans le dire* ». Et ceci se confirme par le fait que 100% des répondants estime qu'une DM est aujourd'hui nécessaire pour les ES. « *Le marketing est indispensable, c'est même un devoir qui permet de donner du sens à notre travail, on répond à ce qui est attendu avec les 4 P hospitaliers : le produit, le produit, le produit et le produit...* ». Pour certains le marketing est directement associé au caractère innovant de l'ES: « *celui qui accepte le marketing est dans une dynamique pour des prises en charge, adaptées à la T2A, c'est l'innovation qui laisse la place au marketing.* ».

Toutefois, les personnes interviewées précisent également que le monde hospitalier n'est pas tout à fait prêt pour le marketing hospitalier et ceci pour plusieurs raisons. D'abord parce que « *l'hôpital est totalement autocentré, il ne développe pas suffisamment d'intérêt pour ce qui se passe autour de lui. C'est une forme de prétention. La culture T2A est*

encore récente, le passage à l'étape suivante du marketing nécessite de la maturation. ». Il apparaît comme nécessaire d'expliquer : *« il faut convaincre que ce n'est pas du superflu contrairement au soin qui apparaît comme prioritaire. Il faut expliquer l'intérêt pour l'ES. », « ce n'est pas encore la priorité pour le moment, mais maintenant il va falloir le développer. ».* L'évolution du contexte actuel et la nécessité d'ouverture est mise en avant : *« avant l'hôpital n'avait pas besoin de s'expliquer ou de se justifier sur la qualité de ses prises en charge, ce n'est pas le cas aujourd'hui. ».*

Les actions marketing réalisées prennent des formes variées, sont plus ou moins développées et structurées mais servent toutes le même objectif : mieux servir le patient en faisant connaître ce que l'on fait. Cela permet de garantir un niveau d'activité maximal pour assurer la pérennité financière de l'ES. Sur ce point également les répondants sont unanimes allant jusqu'à considérer le marketing comme un élément indispensable et faisant partie intégrante de la stratégie de l'établissement. Pourtant, comme nous avons pu le voir, très peu affichent ou formalisent le terme de marketing dans les intitulés des directions. Sur ce point, c'est à nouveau une très large majorité, le frein culturel voir le tabou est trop important. D'abord par le mot et ce qu'il représente : *« le terme marketing renvoie à un aspect mercantile, c'est un gros mot qui n'a pas sa place dans la culture de l'hôpital. », « cela fait peur parce qu'on imagine qu'on pourrait développer l'aspect financier au détriment de la qualité, et le soin n'est pas un produit vendre. ».* Mais au-delà du mot c'est une forme de changement qui peut faire peur, *« c'est la crainte de la remise en question d'une approche plus traditionnelle qu'on connaît avec le patient, il est plus simple de fonctionner dans les places que chacun occupe aujourd'hui. ».* La DM nécessite une évolution culturelle, une certaine maturation : *« on sort depuis peu de la tarification globale, un changement culturel nécessite du temps, c'est pour cela qu'on est déjà dans le marketing mais sans le dire, personne n'osant le dire. », « le système n'est pas encore assez mature pour pouvoir afficher le marketing, cela reste encore difficile de le dire même si cela ne nous empêche pas de le faire. »*

De ce fait, ils emploient des termes plus consensuels comme « service au client », « clientèle », « attractivité » ou encore « patientèle » et font comme Mr Jourdain.

Mais cette absence d'affichage peut également être un choix réfléchi *« c'est une stratégie de ne pas afficher les choses. »* En effet, il n'est pas toujours nécessaire de dire ce que l'on fait au risque que cela desserve l'ES. C'est le choix que certains DE ont fait, ce qui ne les empêche pas pour autant de mener à bien, en toute connaissance de cause, une DM très structurée.

Au regard de l'analyse de l'étude de terrain nous pouvons confirmer notre première hypothèse à savoir qu'une DM est mise en œuvre au sein des établissements étudiés et qu'elle apparaît comme indispensable aux yeux des acteurs.

2.2.2 La démarche marketing et l'amélioration de la qualité des soins pour le directeur des soins

La nécessité de « vendre un bon produit » : des soins de qualité

La qualité des soins est au cœur des activités d'un DS et fait partie de ses champs de compétences. Dans une DM, celle-ci devient également indispensable étant intimement liée à la pertinence et la réussite de la démarche. C'est ce qu'indiquent les critères d'attractivité énoncés par les acteurs interviewés avec le positionnement de la qualité des soins. Les entretiens ont permis de préciser les choses puisque l'un des DS nous indique que *« travailler sur la qualité et la sécurité des prises en charge a un effet sur l'attractivité, ce n'est pas mettre en danger l'hôpital, au contraire. »*. La qualité des soins est une nécessité absolue qui agit donc sur l'attractivité et qui va pouvoir être utilisée via le marketing. C'est ainsi que *« le suivi des IPAQSS est nécessaire et doit être pris en compte pour améliorer les prises en charge, puis être communiqué pour informer les patients et augmenter leur niveau de confiance et de ce fait notre attractivité. »*. Pour certains la concurrence dans laquelle se trouvent aujourd'hui les ES est finalement profitable au patient *« quand il y a concurrence, l'amélioration sera au bénéfice des usagers, s'il y a un monopole on risque d'avoir moins de qualité et de sécurité »*.

Pour pouvoir améliorer la qualité des soins le marketing apporte différents pré-requis et outils dont le DS pourra ainsi se saisir. En effet, nous avons pu voir précédemment que le marketing avait pour fondement de positionner le client, ici le patient, au centre du système. C'est pour lui que toutes les actions sont mises en œuvre et elles n'ont de sens que si elles répondent à ses besoins au sens large et à ses besoins en santé en particulier. Les entretiens que nous avons pu réaliser ont conforté ce principe *« le marketing permet de placer l'utilisateur au cœur de l'ES et celui-ci s'organise pour répondre à l'utilisateur. Ce n'est plus l'ES et ses préoccupations qui sont au cœur de l'activité »*. De manière très concrète ce DS du secteur privé nous indique qu'il s'agit de tout mettre en œuvre pour le patient *« les paramédicaux ont la volonté de mettre le patient au cœur du soin et de lui apporter tout ce dont il a besoin. Il s'agit de montrer au patient qu'il est important, qu'il est unique, qu'on va prendre soin de lui et qu'on est là pour lui. Cela contribue au bien-être du patient et à l'activité de l'ES »*. Toutefois, cela ne va pas de soi mais demande de *« réinterroger les processus en les centrant sur les patients. »*. En plus

de la qualité des soins, il s'agit d'y intégrer une culture forte de l'accueil indispensable au développement de l'attractivité et de « dépasser l'idée que nous ne sommes tout de même pas à l'hôtel. ». C'est pourquoi « on doit travailler sur l'accueil hôtelier en passant de critères fonctionnels et économiques à ceux du confort et du bien-être. », « il faut initier une culture auprès des professionnels leur permettant d'intégrer le fait qu'on se mette à la place du patient en proposant ce que l'on aimerait trouver quand on vient à l'hôpital. », « rôle clé des professionnels pour le soin et l'accueil, il s'agit de prendre soin et faire preuve d'hospitalité sans abattage et en prenant le temps d'expliquer les choses. »

Le DS peut donc tout à fait faire cause commune avec la DM au service de la qualité des soins et du bien-être du patient, dans une relation gagnant-gagnant, bénéficiant à l'attractivité de l'ES.

Développer une écoute active des attentes et besoins des usagers

Pour parvenir à répondre aux besoins des usagers nous avons pu voir qu'il était indispensable de développer une écoute active de leurs attentes et des problématiques qu'ils peuvent rencontrer au sein des ES. C'est dans cet esprit que les ES interrogés allient amélioration de la qualité et de l'attractivité. « Il n'y a pas d'élément plus important qu'un autre, il faut tout utiliser, chaque petite réclamation, questionnaire de sortie, résultat e-satis ou feuille d'événement indésirable. Puis il faut accompagner les pôles, de manière presque pointilliste, au cas par cas à partir de toutes les situations pouvant faire évoluer les pratiques et améliorer les parcours. », « l'analyse des parcours patient permet d'améliorer la fluidité et d'éviter les points de rupture notamment via la CRUQPC et les affaires juridiques. L'analyse des réclamations permet d'intégrer la vision du patient dans les prises en charge. ». On peut observer la notion de parcours qui apparaît dans les remarques et qui sont le plus souvent rendues possibles dans les ES étudiés grâce aux périmètres des directions que nous avons pu analyser précédemment. L'objectif étant d'« instaurer une relation avec les patients avec la fluidification des parcours. ».

Un certain nombre d'ES ont d'ailleurs développé des filières de prises en charge au regard des difficultés rencontrées, que ce soit celles des patients ou celles des professionnels « les professionnels de santé libéraux connaissaient mal l'offre de soins et avaient du mal à accéder aux informations concernant les patients avant la mise en place de la filière cancérologie. »

Au regard de ces éléments nous pouvons constater que la DM poursuit les mêmes objectifs que ceux du DS à savoir proposer des soins de qualité. Le marketing n'ayant pas de raison d'être si les soins ne sont pas de qualité et reconnus comme tels pour influencer positivement l'attractivité de l'ES. Par ailleurs, la DM peut être un outil dont les DS peuvent s'emparer pour servir cet objectif de différentes manières. Le positionnement

central des patients et l'écoute active en sont deux premiers exemples. Nous développerons dans la partie suivante le lien qui existe avec le management.

Les échanges avec les personnes interviewés sur cette question confirment ici qu'une DM favorise l'amélioration de la qualité des soins, l'un étant au service de l'autre.

2.2.3 La démarche marketing et le management du directeur des soins

« *Permettre une prise de conscience de l'équipe soignante de son rôle primordial sur l'attractivité, cela doit être impulsé par la coordination générale des soins (CGS) auprès des équipes soignantes via les cadres.* » Le DE de ce CH interrogé considère que les professionnels de santé jouent tous un rôle sur l'attractivité et c'est au DS de leur permettre de le mesurer. C'est d'autant plus vrai que l'hôpital est une entreprise de service bien spécifique puisque « *la particularité du service rendu par l'hôpital est que c'est un travail sur de l'humain, dans le service rendu la qualité est faite par les hommes et les femmes qui la constituent* ». Comme nous avons pu le voir précédemment, dans un ES il apparaît nécessaire de prendre soin des patients mais également des professionnels qui le composent. « *Il existe une interaction de l'individu sur la prestation, marketing service, qui touche à la culture managériale, à la manière dont on traite ses propres personnels notamment à la CGS, la bienveillance doit se transmettre sur toute la ligne managériale.* »

Il s'agit pour le DS de mettre en œuvre une politique managériale pour favoriser l'implication de tous. « *Tout le monde doit pousser dans le même sens, comme au rugby, cela nécessite du dialogue avec les équipes et de faire preuve de pédagogie.* ». Cette politique managériale peut s'articuler autour de trois grands axes pour le DS :

Donner du sens et fixer un cap

Comme l'indique un des DA interrogés, « *le management et le top management sont nécessaires pour assurer et faire en sorte que la musique soit bien jouée par l'orchestre, c'est au manager de donner le cap sur les projets stratégiques.* ». Au travers de nombreux entretiens la question du sens donné au soin, des valeurs et des orientations de l'ES est apparue. « *Il est nécessaire de travailler sur les valeurs, le sens de l'action de chacun, sur la stratégie, les objectifs communs.* », « *le marketing est un élément d'identification aux valeurs de l'hôpital pour les professionnels et les patients.* ». La définition des objectifs et des projets à un niveau stratégique est primordiale mais il est aussi important de partager sa vision afin d'y associer les professionnels. « *Chacun des acteurs doit pouvoir jouer son rôle jusqu'au jardinier, il est nécessaire d'avoir le sens de l'accueil, et ceci quelle que soit la fonction et l'activité exercée.* ». Prendre soin des

professionnels pour qu'ils prennent soin des patients et in fine de leur ES voici le processus managérial qui doit être développé. Dans une DM, les professionnels sont eux même les premiers ambassadeurs de leur ES et véhiculent à la fois une image mais aussi une réputation auprès des usagers : *« le DS doit faire connaître ses valeurs et les transmettre au personnel paramédical pour qu'il soit vecteur de l'image et de ces valeurs auprès des patients et du public. »*.

Veiller à favoriser la reconnaissance

« La fierté du personnel est importante pour la qualité, en valorisant les actions de terrain, en mettant en place des indicateurs permettant de mesurer la qualité en leur renvoyant, en donnant de l'information, de la transparence et du sens. Il n'est pas obligatoire de parler du plan de retour à l'équilibre au premier plan ». Un des outils du marketing est la communication et nous avons pu voir précédemment que tout peut être prétexte à communiquer. C'est dans cet état d'esprit que les professionnels que nous avons pu interviewer ont de manière quasi unanime indiqué qu'ils mettaient régulièrement en avant le travail des équipes soignantes. Au travers des projets portés par les équipes, des réorganisations, des nouvelles prises en charge, des publications ou encore des restructurations, les professionnels sont mis à l'honneur. Leur savoir-faire est ainsi reconnu et affiché par l'ES grâce à différents canaux de communication qu'ils soient nationaux ou locaux. Dans une société où l'information est accessible en quelques clics cela apparaît comme d'autant plus important. Les professionnels en tirent un sentiment de reconnaissance dont l'ES bénéficie à son tour au regard de l'implication dont ces derniers feront alors preuve, mais aussi grâce à la renommée et la confiance que les usagers pourront avoir envers lui. L'accompagnement du changement ne s'en trouvera que facilité. *« Le marketing peut aider à faire passer et accepter les restructurations. L'hôpital ce n'est pas que des lits mais des capacités de prise en charge, on peut habiller de façon positive les changements, même dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, le marketing à un rôle important à jouer, il peut être un levier. »*

Enfin, cette reconnaissance alimente le nécessaire sentiment d'appartenance de chacun : *« il faut développer la reconnaissance pour renforcer le sentiment d'appartenance. »*

Développer le sentiment d'appartenance

« Il faut faire en sorte que les professionnels soient fiers des prises en charge réalisées au sein de l'ES. », *« il est nécessaire d'agir pour qu'il y ait une vraie culture d'entreprise »*. En lien avec la reconnaissance, le marketing va permettre de développer cet esprit de fierté et le sentiment d'appartenance des professionnels.

Lors des entretiens la notion d'identité et de marque ont souvent été évoquées comme étant importantes avec des origines et des bénéfices différents. La qualité tout d'abord,

« travailler sur les aspects de qualité contribue et renforce le sentiment d'appartenance à une unité, un pôle et un établissement. Plus il est fort et plus la motivation est grande. » Mais aussi à partir du travail en interdisciplinarité « notre identité est très forte grâce à une approche englobant la dimension médicale et paramédicale ce qui participe à la transversalité des relations de travail ». Concernant le développement d'une marque de l'ES celle-ci est plus ou moins marquée allant d'une simple identité visuelle à l'utilisation d'un slogan associé au logo de la structure comme par exemple « notre métier c'est soigner ! » ou encore « conjuguons ensemble l'hôpital universitaire ». Cette notion de marque semble jouer un rôle dans le développement du sentiment d'appartenance « le choix d'une marque permet le rappel des valeurs communes au groupement ». Un des DS du secteur privé indique l'importance de cette identité au regard du niveau de communication de son ES et de la recherche de renforcement constant du sentiment d'appartenance de chacun des professionnels, même de manière anticipée : « la marque est très ancrée dans l'ES, charte graphique, power point et tous les supports de communication. Un nouveau logo a été décliné pour l'ensemble du groupement en vue de la construction d'une nouvelle structure qui ne sera ouverte que dans 3 ans. Cela va permettre aux usagers et aux professionnels d'intégrer progressivement cette nouvelle charte graphique et au-delà le changement à venir. »

Au regard des éléments analysés à partir de notre étude, nous pouvons confirmer l'hypothèse précédemment avancée à savoir que le management du DS associé à une DM favorise l'implication des professionnels dans leur travail quotidien, c'est un véritable outil pour ce dernier.

2.2.4 La contribution du directeur des soins dans une démarche marketing

Au regard des éléments étudiés nous avons pu objectiver qu'une DM favorisait à la fois l'amélioration de la qualité des soins et à la fois un management facilitant l'implication des professionnels. Il s'agit maintenant d'étudier de quelle manière le DS va pouvoir contribuer lui aussi à la mise en œuvre de cette démarche.

Lors des entretiens l'élément unanimement partagé concerne la qualité des soins qui ne peut être discutée et qui est au cœur des compétences du DS. C'est justement sa position dans l'ES et son expertise du soin qui va lui permettre d'alimenter et de contribuer à la DM.

Communiquer et mettre en lumière les points forts

Nous l'avons vu la communication est un aspect important d'une DM, cela « permet d'attirer le chaland, l'œil, mais oblige à assurer une prestation qui soit à la hauteur. » et

contribue ainsi à l'attractivité de l'ES « *faire savoir ce qui est fait permet de prendre des parts de marchés et de l'activité aux autres ES, notamment privés* ».

Par contre, l'utilisation de cette communication se doit d'être pertinente et ciblée afin de créer de la confiance avec les usagers et les professionnels, « *une réputation met du temps à se construire mais peut très vite être démolie* ». C'est ainsi que « *ce que l'on annonce on le fait et on le dit, c'est la crédibilité de la parole et la confiance qui est en jeu. Cela permet aux usagers de voir ce qui se fait, qui se fait bien et permet ainsi de résister à la concurrence.* », « *montrer ce que l'on fait permet de gagner en confiance et en transparence* ». Il revient au DS non seulement d'identifier les sujets pouvant faire l'objet d'une communication mais également de les intégrer, en lien avec l'équipe de direction, dans la DM générale de l'ES. C'est ainsi qu'« *il faut communiquer sur les lignes de produit qui fonctionnent plutôt que la santé générale de l'entreprise. Pour cela il faut connaître les bons secteurs et les bons opérateurs* ».

Un des autres axes que le DS peut développer est celui de contribuer à l'ouverture des portes de l'hôpital. C'est ce que les deux DS du secteur privé mettent fortement en œuvre, « *ouvrir les portes de l'établissement, il faut que le public, patient et les autres, rentrent au travers de toutes les manifestations. Cela permet de montrer que l'ES est légitime dans les prises en charge. Tout ce que sait faire l'ES doit être montré* ». Cela permet d'« *aller chercher le patient et présenter tout ce que l'ES est capable de faire, il faut faire la promotion de l'ES à toutes les occasions.* » Le DS du secteur privé allant jusqu'à utiliser un terme fort en communication : évènementiel « *tout est prétexte à créer de l'évènementiel.* »

Etre pro-actif pour répondre en s'adaptant aux besoins des patients

D'un point de vue stratégique, les ES qui mettent en œuvre une DM sont attentifs au territoire de santé dans lequel ils évoluent et utilisent comme nous avons pu le voir un certain nombre d'outils. « *Cela permet d'être pro-actif et non passif en terme d'orientation et de choix d'activité.* ». Le DS pourra utiliser ces éléments afin d'accompagner les changements nécessaires en terme de prise en charge « *le DS pourra guider les pôles pour les projets à mettre en œuvre, à partir d'éléments complets, en terme de besoin identifié et objectif.* », « *il faut accompagner les équipes médicales dans leurs projets et accompagner les changements initiés au niveau de l'ES.* ».

Par ailleurs, l'écoute active que pourra développer un DS va lui permettre d'une part d'améliorer les organisations et les prises en charge à partir des différentes sources de recueils en place dans l'ES (questionnaire de sortie, plaintes, enquête e-satis. etc...). Ces améliorations pouvant, comme nous l'avons vu précédemment faire l'objet par la suite de communications internes et externes. « *Il faut veiller à l'image de marque, la*

communication et la réalité sur le terrain, on s'intéresse à ce que les autres disent de nous et on va chercher à s'améliorer. »

Mais, le DS pourra également être pro-actif afin d'éviter à l'ES de subir mais au contraire lui permettre de créer. Pour cela « *le DS doit se montrer à l'extérieur de l'ES, se proposer pour les groupes de travail, et être ES testeur afin d'être pro-actif, participer à la création et ne pas subir* ». Il doit également être attentif aux attentes des usagers notamment en matière de nouvelle technologie, et pourra dans ce domaine être force de proposition pour une évolution des modalités de prises en charge et des informations « *l'hôpital doit prendre en compte le changement de comportement des patients. Ils ne veulent plus attendre, veulent des outils adaptés au numérique répondant à leur besoin d'information en temps réel* ».

Les échanges avec les personnes interviewées nous ont permis de confirmer notre troisième hypothèse de départ, à savoir que le DS peut contribuer dans le cadre de ses missions à la mise en œuvre d'une DM.

2.2.5 Synthèse de l'analyse

Au terme de cette analyse d'entretiens et en appui de nos recherches contextuelles et conceptuelles, nous avons pu confirmer l'ensemble de nos hypothèses de départ. L'attractivité des ES se trouve améliorée par une DM, qui, dans un fonctionnement de type gagnant-gagnant, permet de favoriser la qualité des soins et l'implication des professionnels. Cela permet de répondre de manière effective à un bénéfice double au profit du patient et de l'ES. Par ailleurs, le rôle du DS et sa contribution ont été clairement identifiées.

En ce sens, nous pouvons répondre à la problématique initialement posée en affirmant que le DS peut, par ses actions, son management et son positionnement, contribuer au développement de l'attractivité de l'ES, au bénéfice des patients.

3 Préconisations pour une contribution du directeur des soins à l'attractivité

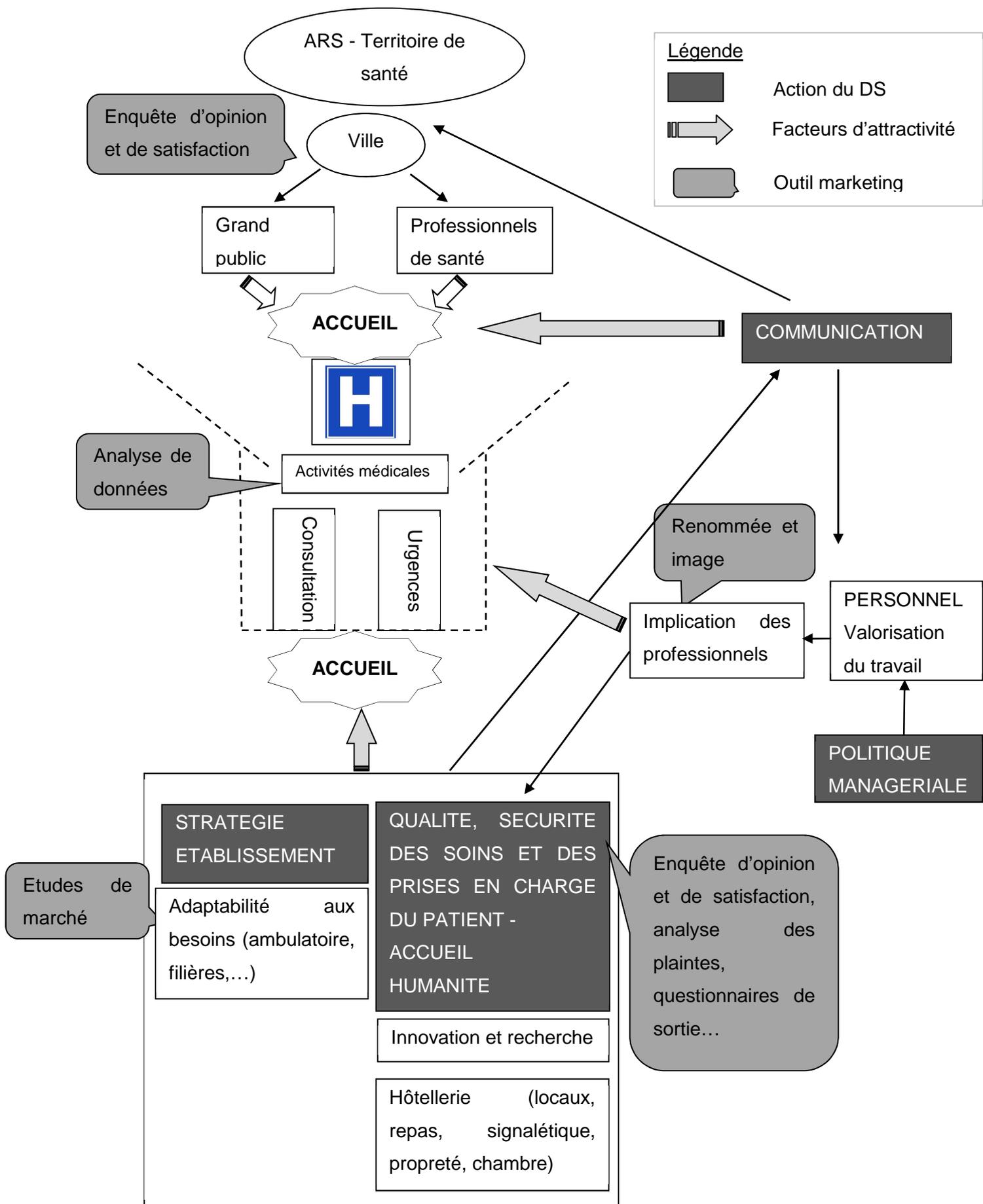
Nous avons pu confirmer, au travers de la recherche conceptuelle et de l'analyse des entretiens, qu'une DM avait une action positive sur l'attractivité des ES et que le DS pouvait, par ses compétences, ses fonctions et ses actions y contribuer. Nous avons également pu définir les principaux critères d'attractivité d'un ES à savoir : la qualité des soins, la renommée de l'ES et de l'équipe médicale et l'hôtellerie. La construction de l'attractivité est donc multiple, elle est constituée de différents facteurs pour lesquels le marketing est un outil à son service.

Dans cette dernière partie, nous allons nous attacher à formuler des préconisations pour le DS afin d'identifier, de manière concrète, cette contribution. Pour ce faire nous nous sommes appuyés sur son référentiel de compétences⁶⁵.

Afin de pouvoir plus facilement identifier la contribution du DS dans la recherche d'attractivité d'un ES il nous semble nécessaire de schématiser les interactions nombreuses qui existent. Nous pouvons ainsi visualiser les actions du DS en matière d'attractivité, les outils marketing à sa disposition ainsi que les facteurs influençant l'attractivité. Nous avons schématisé, ci-après, un hôpital ouvert sur la ville et son territoire de santé, avec deux portes d'entrées majeures que sont les consultations externes et les urgences. Nous avons également mis l'accent sur le premier contact essentiel avec la structure : l'accueil et toute sa politique à développer. Un hôpital qui aura décliné son nom.

Ce schéma nous permet par ailleurs de bien mesurer l'importance d'une structuration de la démarche à mener au sein de l'ES au service de l'attractivité. Des actions menées isolément ou indépendamment n'auraient pas le même impact, tout étant lié. Cela met également en lumière les nombreux acteurs impliqués et leur nécessaire coordination afin que tous les faisceaux convergent vers le même objectif, au service du patient. Au sein d'un organigramme de direction c'est ainsi que l'on verra apparaître, en dehors des rares directions du marketing, des directions intégrant ces différents volets afin d'optimiser la cohérence des actions menées en terme d'attractivité. L'objectif étant d'intégrer aussi bien les dimensions stratégiques et de communication que l'écoute active, véritable source d'informations et seul réel moyen d'améliorer le service rendu pour la santé globale de la population.

⁶⁵ Référentiel de compétences du directeur des soins, EHESP, 2014



A partir de ces éléments nous allons décliner nos préconisations en partant tout d'abord de l'aspect stratégique nécessaire pour le DS en matière d'attractivité, puis nous développerons l'indispensable qualité des soins et des prises en charge, dont font partie l'innovation, la recherche et l'hôtellerie, ainsi que la politique managériale à mettre en œuvre. Enfin, nous terminerons cette partie avec les actions de communication auxquelles le DS pourra largement contribuer.

3.1 Contribuer aux décisions institutionnelles stratégiques et accompagner leur mise en œuvre

Décisions institutionnelles déclinées au cœur des pôles

Le premier niveau de contribution du DS pour l'attractivité des patients au sein d'un ES concerne les orientations stratégiques et les différents projets à mettre en œuvre, notamment au travers du projet d'établissement. Pour ce faire, nous avons pu voir qu'un certain nombre d'outils sont des aides précieuses à la décision. Les études de marché, l'analyse des données et des parts de marché de l'ES au sein de son territoire de santé élargi vont permettre d'alimenter les réflexions stratégiques nécessaires au positionnement de l'établissement. Pour pouvoir être adapté aux besoins et assurer, par la même occasion, un niveau d'attractivité suffisant garantissant la pérennité financière, ces réflexions se devront d'être prospectives, innovantes et dans un second temps connues, comprises, acceptées et déclinées par tous.

Il nous semble essentiel que le DS soit partie prenante des réflexions stratégiques, à la fois pour contribuer à la définition de la politique générale déclinée, notamment dans le projet d'établissement, mais aussi pour construire, en cohérence le PSIRMT en lien étroit avec le projet médical. Le PSIRMT étant aussi bien un élément stratégique pour le DS que son outil privilégié pour conduire et décliner cette politique jusqu'au cœur des pôles.

Le positionnement du DS dans les différentes instances et également dans les réunions de travail de l'équipe de direction, avec dans certains cas la participation du président de la CME, est incontournable pour lui permettre de participer à la réflexion et d'avoir le niveau d'information nécessaire pour conduire sa politique.

Analyse des données

Pour remplir sa mission, un ES se doit de répondre aux besoins en santé. Cela nécessite un préalable incontournable de connaissance de ces besoins actuels et futurs. Cette analyse devra être enrichie pour le DS par une veille continue de l'offre de soins du territoire sur lequel l'ES évolue en matière d'activité, de modalités de prises en charge et de projets paramédicaux menés. En effet, le DS, conformément à ces champs de

compétences, aura une première mission d'analyse des besoins en santé de la population.

En complément, l'analyse des données d'activité et son évolution, des dépenses et des recettes et du niveau d'attractivité de l'ES s'avère primordiale pour le DS. Pour ce dernier, les différentes sources d'informations qui émanent des patients eux-mêmes seront la base de son analyse. C'est pourquoi il est nécessaire que le DS soit, non seulement destinataire des résultats des questionnaires de sortie, enquête e-satis ou encore indicateurs IPAQSS, mais qu'il participe également à la détermination des critères principaux et au contenu des éléments constituant les tableaux de bord de suivi. Un travail en collaboration avec les directions concernées (direction de l'information médicale, de la qualité, des affaires financières) s'avère nécessaire lors de réunions dédiées par exemple. C'est à partir de la connaissance et de l'analyse de ces différents éléments que le DS pourra contribuer à l'évolution ou la mise en place des activités proposées au sein de l'ES. Cela pourra concerner par exemple des transformations d'hospitalisation conventionnelle en activité ambulatoire, la diminution ou la modification capacitaire en lits d'unités de soins ou la création de filières de prises en charge comme par exemple pour la cancérologie. L'amélioration des prises en charge, leur fluidification et la performance globale de l'ES s'en trouvera ainsi amélioré.

Accompagnement et déclinaison

A partir de ces décisions institutionnelles, le DS s'attachera à concevoir l'organisation des soins, des activités paramédicales et à réaliser un accompagnement méthodologique des équipes pour leurs mises en œuvre à partir de sa politique managériale que nous développerons ultérieurement. Le tout en cohérence avec la politique de soins qu'il mène en continu et qui est résolument centrée sur le patient.

C'est donc un travail en collaboration avec les chefs de pôles et plus largement les équipes médicales, les équipes d'encadrement qui va permettre l'accompagnement dans l'élaboration du projet. Cet accompagnement se doit d'être à la fois méthodologique, objectif, pragmatique et prospectif tout en permettant de garantir une cohérence globale avec les autres projets en cours et le projet global de l'établissement. C'est par son suivi, ses échanges et son travail au fil de l'eau avec les pôles que cette collaboration pourra se construire. Par ailleurs, cette connaissance fine des projets et des évolutions menés lui permettront d'adapter les ressources humaines paramédicales aux besoins, et ceci qualitativement et quantitativement. Cette adaptation permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins dans une logique d'équité entre les différentes unités de soins en matière de répartition de la charge de travail et d'améliorer de ce fait l'efficacité globale. Cela implique des rencontres régulières sur ces thématiques avec les cadres de pôle et avec les chefs de pôles. Il s'agit notamment de mesurer l'état d'avancement du projet,

d'identifier les points bloquants et de contribuer à leurs levées. L'utilisation d'outils de suivi de projet permettra un travail efficace, tout en facilitant le reporting du DS à la direction générale. Il pourra également procéder aux aménagements qui peuvent être nécessaires au fur et à mesure de l'avancée du projet.

C'est par sa position à un niveau stratégique décisionnaire, sa capacité d'analyse et le travail d'accompagnement au plus près des pôles que le DS pourra contribuer à ce premier facteur d'attractivité. C'est une première action entrant dans une démarche marketing. Son rôle charnière et son positionnement mi-stratégique, mi-accompagnement opérationnel pour les soins, sont indispensables et uniques dans l'équipe de direction relevant pleinement de son champ de compétences.

3.2 Améliorer en continu la qualité des soins et des prises en charge

Nous avons pu mettre en évidence le lien important qui existe entre la qualité des soins et le niveau d'attractivité. C'est également un élément qui contribue à la renommée d'un ES. Une des missions principales du DS concerne la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge. Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Pour mener à bien sa mission, il définira dans un premier temps la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en lien avec les recommandations qualité (notamment avec les manuels de certification). Celle-ci sera détaillée dans le PSIRMT à travers les différents axes qui le composent, avec une déclinaison jusque dans les pôles. Cette politique identifiera également les modalités de suivi ainsi que les indicateurs qualité permettant d'évaluer la pertinence, l'efficacité et les résultats obtenus.

Au-delà d'une politique qualité c'est une réelle culture qui devra être disséminée auprès de chaque professionnel et ses pratiques. La qualité des soins allant jusqu'à une véritable politique de l'accueil et de l'hôtellerie, au sens élargi comme nous avons pu le voir dans le schéma précédent. Il ne s'agit pas uniquement de parvenir à ce que chacun applique les procédures qualité ou sache les réciter pour éviter une éventuelle sanction, mais que chaque professionnel en comprenne le sens, l'enjeu et l'intérêt partagé. Pour y parvenir, le DS va devoir multiplier les actions et les outils avec comme point de départ incontournable le recueil continu des informations, des indicateurs afin d'évaluer le niveau de qualité global de l'ES. A partir des points faibles identifiés il pourra déterminer les axes de travail et les actions à mettre en œuvre et ceci dans plusieurs domaines que nous allons présenter. Il pourra également en valoriser les points forts.

Politique de gestion des risques

C'est avant tout une politique de gestion des risques que le DS devra mettre en œuvre. Tout d'abord aux côtés du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins au sein d'un comité de pilotage dédié et ceci notamment pour tout ce qui va concerner les risques associés aux soins. Définition des objectifs principaux et de leurs déclinaisons pratiques, structuration du recueil et de l'analyse des événements indésirables ainsi que le suivi précis de ceux qui seront qualifiés de graves, ou encore suivi des indicateurs prédéfinis seront ses missions. Le DS pourra également, à partir des axes prioritaires qualité ainsi identifiés, initier des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) menées au niveau institutionnel sur des axes transversaux et au niveau des pôles. Sa vision globale et son rôle de coordination permettront de donner de la cohérence aux différentes actions menées aussi bien par rapport aux objectifs initiaux qu'en fonction des résultats des indicateurs suivis. Ces derniers pouvant être issus des recommandations nationales comme les IPAQSS, mais aussi faire suite à des problématiques propres à l'ES, comme par exemple la conformité du chariot d'urgence. L'utilisation de tableaux de bord dans ce domaine permettra d'assurer ce suivi et d'associer les actions menées aux difficultés et points faibles identifiés. Le DS pourra également faire le lien avec les actions qualité menées dans le cadre des certifications HAS avec notamment l'alimentation du compte qualité que prévoit la V2014 qui s'en trouvera ainsi facilitée.

L'amélioration continue de la qualité doit également être accompagnée d'un volet formation. Le DS pourra, à partir des éléments et indicateurs suivis, déterminer le besoin et identifier les actions prioritaires du plan de formation qu'il construira pour les professionnels paramédicaux au niveau institutionnel. Lorsque ce plan de formation est construit de cette manière, cela devient un outil majeur de l'amélioration de la qualité des soins qui permet, au-delà d'une politique générale, d'atteindre les professionnels et de permettre une évolution de leurs pratiques.

Ecoute des usagers

Comme nous avons pu le voir l'écoute active de la satisfaction des usagers fait partie intégrante de la politique de la qualité des soins. Le rôle du DS au sein de la CRUQPC est de ce fait primordial. D'abord en termes de recueil d'information. Cette commission est un moyen unique de mesurer la qualité des soins du point de vue du bénéficiaire unique qu'est le patient. L'analyse des réclamations et plaintes permet également d'orienter les actions à mener pour le DS. Un travail avec les cadres de santé (CS) pour d'abord apporter une réponse adaptée à la réclamation ou plainte est nécessaire. Par la suite, le DS pourra également mettre en place une organisation structurée permettant d'assurer le suivi des actions correctives mises en place au sein de l'unité de soins ou du pôle. Il

pourra accompagner les CS dans ce travail par des actions de formation, l'initiation de groupes de travail et un positionnement institutionnel lorsque cela s'avère nécessaire.

En plus des dossiers traités au sein de la CRUQPC, les questionnaires de sortie et l'enquête e-satis doivent également venir alimenter les actions du DS que ce soit au niveau polaire ou au niveau institutionnel.

Cette écoute des usagers viendra par ailleurs orienter la politique bientraitance pouvant être mise en œuvre par le DS au sein de l'institution. Là aussi, il s'agit d'initier et d'instiller une culture bientraitance afin que l'attention portée à l'autre devienne totalement naturelle et normale et non quelque chose auquel il faut penser pour être certain de le faire. Différentes actions dans ce domaine sont également possibles. Le DS pourra constituer un comité de pilotage au niveau institutionnel afin de positionner la culture bientraitance et permettre d'en définir la politique générale et les orientations prioritaires. Il pourra faire le lien avec le PSIRMT en déclinant certains objectifs dans un volet spécifique à la bientraitance. Des groupes de travail pourront ainsi être constitués afin d'associer l'encadrement et des professionnels paramédicaux et médicaux en fonction des thématiques. Le positionnement institutionnel permettra de valider et d'appuyer les travaux des groupes et d'associer les autres directions pour permettre une mise en œuvre opérationnelle, surtout lorsque celle-ci nécessite un investissement matériel.

Un travail spécifique sur la question de l'accueil devra également être mené. En effet, nous avons pu identifier que l'accueil, dans son sens le plus large, fait partie intégrante de la qualité des soins, et qu'il revêt par ailleurs une importance particulière en matière d'attractivité. Ceci est vrai autant au niveau des portes d'entrées principales que sont les urgences et les consultations externes, qu'au niveau des contacts qu'aura chaque usager tout au long de son parcours de soins hospitalier, aujourd'hui et demain. Que ce contact soit direct (admission, accueil principal, demande de renseignements, prises en charge soignante) ou à distance (téléphonique ou par courrier). Il faut garder en tête l'expression de D. Swanson qui dit que « vous n'aurez jamais une deuxième chance de faire une première bonne impression ». Cette culture de l'accueil très développée au sein des structures privées, hospitalières ou non, doit être insufflée dans nos ES publics, faisant partie intégrante du service que nous avons à rendre à la population que nous accueillons et soignons. C'est une véritable politique institutionnelle qui doit être menée parce qu'elle ne concerne pas uniquement le soin, et le DS pourra en être le pilote au travers du PSIRMT et par la conduite d'actions pluri professionnelles spécifiques au niveau de l'ES. Au cours de nos recherches et de nos entretiens il est très clairement apparu que les secteurs des urgences et des consultations, véritables vitrines de l'ES devaient faire l'objet d'une attention et d'une démarche particulière. Le DS pourra conduire une réflexion

visant à améliorer l'organisation des soins et développer une réelle politique de l'accueil. L'objectif étant de clarifier les parcours des patients, les fluidifier et les simplifier pour eux et les personnes qui les accompagnent, mais aussi pour les prescripteurs pour qui les circuits peuvent apparaître bien obscurs. Réduire le temps d'attente (avec la mise en place de circuits courts par exemple) qui sera par ailleurs annoncé et expliqué au patient, réaliser les prises de rendez-vous pour le patient, lui proposer des supports clairs et une signalétique adaptée dans des locaux confortables sont autant d'éléments qui viendront améliorer leur perception globale de l'hôpital. Le tout avec une démarche qui pourrait s'apparenter à ce que le secteur privé appelle le « SBAM », sourire, bonjour, au-revoir, merci.

C'est dans le même esprit que le DS doit contribuer à la politique hôtelière de l'établissement, en collaboration avec les directions concernées, en apportant son expertise notamment sur l'organisation des soins. Cela se fera également à partir des informations recueillies auprès des patients à partir des différentes sources que nous avons pu préciser auparavant.

Les actions ainsi menées feront l'objet d'une communication interne d'abord au sein des instances et commissions dont c'est le champ d'action privilégié, CSIRMT, rapport d'activité DS, CRUQPC, commission médicale d'établissement, comité de pilotage gestion des risques. Une communication pourra également être proposée en réunion d'encadrement, comité de direction voir directoire, ainsi que des actions de communication spécifiques comme nous pourrions le voir ultérieurement.

La recherche

La qualité des soins et des prises en charge passe également par la recherche paramédicale. Celle-ci fait également partie des compétences du DS qui a pour mission d'impulser et de structurer la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Une recherche dynamique permet aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques, de chercher des solutions et des idées innovantes pour les améliorer et contribuer à les valoriser. Le DS pourra animer un comité de soutien à la recherche institutionnelle en y associant les personnes ressources dans ce domaine que ce soit au niveau médical ou au sein d'autres directions. L'objectif étant d'impulser cette dynamique recherche, de faciliter sa mise œuvre et d'accompagner les équipes avec les compétences nécessaires. La recherche pourra également faire l'objet d'un axe poursuivi dans le cadre du PSIRMT et d'un niveau de communication interne et externe similaire à celui indiqué dans les thèmes précédents. Les projets construits par les équipes pourront faire l'objet d'un financement national mais aussi d'un financement interne avec la mise en place d'une commission d'attribution de fonds pour appel à projet interne. Ce soutien fort de l'institution et de la CGS sera un moteur certain pour les équipes soignantes et

l'encadrement et permettra de concrétiser et de donner du sens aux travaux menés pour une amélioration continue et dynamique des soins et des prises en charge. La recherche peut de ce fait pleinement s'inscrire dans une DM pour le développement de l'attractivité.

La qualité et la sécurité des soins et des prises en charge sont au cœur des missions du DS et de l'attractivité des ES. A partir de son positionnement stratégique, le DS définit la politique générale en la matière. L'organisation du recueil et la prise en compte des différentes sources d'informations et indicateurs lui permettent d'orienter, de construire et de décliner sa politique qualité. L'écoute active des usagers lui permettra d'être véritablement en cohérence avec les besoins et de donner du sens au travail des professionnels. L'enjeu étant que la qualité soit pratiquée au quotidien, sans que cela soit identifié comme une contrainte, de manière intégrée, comme faisant partie de la normalité. D'autre part, cette qualité pour être complète doit intégrer l'accueil et l'hôtellerie, sans quoi elle ne répondrait pas entièrement aux besoins et attentes des patients, facteur essentiel de l'attractivité. Une attention particulière sera portée au niveau des urgences et des secteurs de consultations.

3.3 Définir et conduire une politique managériale

Afin de pouvoir mettre en œuvre la stratégie institutionnelle et le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le DS se doit de conduire une politique managériale adaptée. Pour ce faire, et conformément à ses champs de compétences, il va contribuer à la définition de celle-ci. Nous avons pu identifier le rôle majeur d'une politique managériale à la fois sur la qualité des soins et sur l'attractivité. Celle-ci se décline en trois grands axes.

Management des cadres de santé

La politique de soins menée par le DS est mise en œuvre au quotidien par les équipes de CS dont il aura structuré l'organisation et défini les missions. Pour ce faire, le DS élaborera son projet managérial afin de définir le management des CS. Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, le DS devra permettre par ses actions de donner du sens au travail des CS au sein de l'institution. Il pourra s'appuyer sur une charte d'encadrement construite avec l'équipe des CS. Par ailleurs, il pourra organiser de manière régulière des réunions permettant des échanges à deux niveaux. Le premier, institutionnel, afin de communiquer et expliquer les décisions et les orientations prises. Élément essentiel pour que les CS soient eux même le relais auprès des équipes et indispensable à l'adhésion de la communauté paramédicale. Le second niveau doit permettre une remontée d'informations de la part des CS vers le DS et un échange

collectif afin d'enrichir et de nourrir la réflexion de ce dernier. Un espace d'échange de ce type doit permettre un dialogue facilité dans un climat de confiance, moyen pertinent pour le DS de décliner sa politique mais aussi de l'alimenter et de l'orienter. Ces réunions pourront être complétées par des rencontres individuelles ou à l'échelle du pôle sur des projets ou problématiques plus précises pour lesquelles le DS jugera de l'intérêt de les porter à un niveau plus institutionnel. Il pourra également identifier les points bloquants et intervenir auprès des équipes médicales ou des autres directions pour améliorer les organisations le nécessitant. Ces différentes actions conduiront à la création d'un véritable collectif de cadres dont la dynamique pourra être un réel moteur pour l'institution conduit par le DS. L'accompagnement des changements nécessaires de l'institution s'en trouvant d'autant facilité que le collectif cadre sera fédéré au sein de la CGS.

A l'instar de ce que nous avons pu voir pour les usagers, le DS développera une écoute active des équipes d'encadrement. Répondre aux besoins ne peut se faire sans informations et une connaissance concrète des difficultés et situations vécues au cœur des unités de soins. La conjonction de la vision des professionnels et des usagers permettra au DS d'y répondre de manière d'autant plus adaptée.

Gestion des ressources humaines

La politique managériale du DS doit également permettre de garantir une répartition équilibrée des ressources entre les pôles en tenant compte des besoins des patients, des compétences et qualification des professionnels et de la charge de travail et d'activité de l'unité de soins. La qualité et la sécurité des soins en dépendent tout comme une politique managériale équitable et respectueuse de chacun. Pour ce faire, le DS définira le dimensionnement des équipes au travers de maquettes de fonctionnement adaptées à chaque spécialité et typologies d'unité (réanimation, soins intensifs, hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire, etc..). Il devra tenir compte des spécificités de chaque unité de soins en terme de charge de travail et d'organisation, en s'appuyant sur des tableaux de bords avec des indicateurs lui permettant d'être réactif, de réajuster les ressources et d'en assurer un suivi (nombre de transfusions, de chimiothérapie, de patient sous ventilation non invasive, patients en soins palliatifs, nombre de décès, DMS, taux d'occupation, ...). La détermination de ces indicateurs pouvant être réalisée en collaboration avec les cadres et partagée.

Par ailleurs, la garantie de la sécurité des soins passe également par une politique claire de la gestion de l'absentéisme, qu'il soit de dernière minute ou prévisionnel. Il revient au DS, en lien avec le directeur des ressources humaines, de déterminer les règles d'attribution des ressources toujours dans un souci de garantie de la sécurité des patients et d'équité avec un partage des contraintes. Les situations aigües devant faire l'objet d'une grande réactivité et d'une réponse adaptée.

La politique managériale du DS pourra également déterminer les modalités de la mobilité interne, de l'encadrement des nouveaux professionnels et du tutorat des étudiants accueillis dans l'institution.

L'ensemble de ces éléments vient renforcer la qualité de vie au travail que le DS doit s'attacher à cultiver d'abord auprès des CS avec un management bien traitant et équitable afin qu'eux-mêmes puissent le décliner auprès de leurs équipes. Comme nous avons pu le voir, un professionnel dont on prendra soin s'attachera à prendre soin des patients dont il a la charge. La reconnaissance et la valorisation du travail réalisé venant accompagner cette politique managériale comme nous pourrions le voir dans la partie suivante.

Au même titre et en interaction, les orientations stratégiques et la qualité des soins et des prises en charge, la politique managériale du DS contribue à l'attractivité de l'ES. Le DS, par son management, son leadership pourra donner du sens aux actions et projets menés, et impulser auprès et avec les équipes d'encadrement une dynamique positive de travail. Les contraintes qui pèsent sur l'hôpital ne doivent pas empêcher l'implication des personnels en menant des projets pour améliorer la qualité de vie au travail, la qualité des soins rendus au patient et les compétences de ces derniers. C'est là tout l'enjeu de la politique managériale mise en œuvre par le DS au sein d'une démarche marketing.

3.4 Construire des actions de communication

Nous avons pu voir que la communication est un outil important du marketing. Elle fait partie des éléments majeurs contribuant à l'attractivité des ES et le DS a un rôle important dans ce domaine également. Elle se décline en deux parties.

Communication externe

En terme de marketing hospitalier il s'agit de faire savoir ce que l'on fait au sein d'un ES en communiquant sur les prises en charge et les nouveautés qui s'y rattachent ou encore la réalisation de projet de construction ou de rénovation. Ces thématiques sont particulièrement bien connues du DS de par ses fonctions et sa connaissance du soin et de ses organisations. C'est pourquoi, le DS, en lien avec la direction de la communication, aura une part active sur le niveau et les sujets de communication auprès des différentes cibles identifiées.

Avec les professionnels de santé de ville d'abord. Le DS pourra participer aux campagnes d'information de l'ES en mettant en avant la qualité, les spécificités et les modalités des

prises en charge notamment auprès des paramédicaux. Les supports utilisés pourront prendre la forme d'annuaires des professionnels de santé de l'établissement, de lettre d'informations, de mailing, de réunion d'informations, de session de formation ou de séminaires. Communiquer auprès des professionnels de ville c'est mettre en avant l'ES et les professionnels qui le composent et par là même lui donner toute sa légitimité sur le territoire. Des actions ciblées à destination des étudiants paramédicaux peut être un bon complément à cette communication externe ciblée.

Après du grand public ensuite. Le DS pourra contribuer à l'organisation de portes ouvertes afin de décroquer un univers hospitalier trop souvent refermé sur lui-même qui peut apparaître comme secret et ne pas inspirer la confiance. Des conférences grand public ou des soirées thématiques peuvent elles aussi être organisées pour mettre en avant la compétence des professionnels et la qualité des prises en charge (l'éthique, la prise en charge des personnes âgées, la mort, etc...). C'est un moyen d'augmenter l'intérêt du grand public pour l'ES et d'apparaître comme la structure où l'on va aller naturellement se faire soigner en cas de besoin.

Après des patients et usagers enfin. Par des actions spécifiques, l'ES pourra montrer à quel point il prend soin de ses patients, que ceux-ci soient hospitalisés ou non. La notion d'accueil et plus largement de service que nous évoquions précédemment est le socle de la démonstration réelle que l'on prend soin de chacun. L'utilisation de supports multiples (affiches, dépliants), la qualité de la signalétique, la configuration des locaux sont autant d'éléments de communication qui vont venir renforcer l'image positive de l'établissement. Le DS pourra être à l'initiative et contribuer à la mise en œuvre de ces actions de communication avec les patients accueillis. Pour ce qui concerne les anciens / futurs patients, l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont autant d'outils au service de l'attractivité. Ils vont permettre d'être en relation directe en apportant un service à l'utilisateur. Cela va être notamment l'utilisation de SMS pour rappeler un rendez-vous ou pour informer certains patients ciblés. Par exemple, comme cela a été fait par un CHU durant la canicule de cet été pour informer les jeunes mamans de l'importance de l'hydratation pour leur nouveau-né et elles même. En plus de rendre un service à l'utilisateur cela améliore également l'efficacité en diminuant de manière très significative (environ 30%) le nombre de rendez-vous non honorés. Le patient, l'attractivité et l'efficacité de l'ES y trouvent ainsi un avantage certain.

Sur un plan plus administratif, les NTIC vont rendre possible le remplissage du dossier d'admission, le téléchargement du livret d'accueil sur le site internet de l'ES où le paiement en ligne. Cela permet de montrer son attention aux besoins et attentes du patient en prenant soin de lui et en lui facilitant les démarches administratives génératrices souvent de perte de temps que l'utilisateur tolère de moins en moins. En plus du service ainsi rendu, l'image souvent un peu désuète de l'hôpital public s'en trouvera

modernisée et adaptée aux besoins actuels de la population. Pourquoi l'hôpital ne proposerait-il pas le même type de service que les autres entreprises de services que connaît l'utilisateur ? Le DS devra accompagner ces nouveaux modes de communication en contribuant à l'élaboration des supports, en étant partie prenante et à l'initiative dans les différents projets dans ce domaine.

Enfin, pour ce qui concerne une communication très générale, la présence possible des établissements sur les réseaux sociaux est aujourd'hui aussi un moyen de communiquer très largement avec la population. Montrer son dynamisme et sa modernité, son sérieux, sa capacité d'innovation sont autant d'éléments qui viennent construire l'image de marque de l'ES. Et même si ce type de communication touche un public relativement jeune, cela participe à la légitimité, la forme d'évidence que c'est « l'endroit où l'on doit se faire soigner », que chaque ES cherche à développer. Les sujets pouvant faire l'objet d'une communication de ce type pourront être apportés notamment par le DS grâce à sa connaissance transversale des projets qu'il accompagne au sein de l'institution et des pôles. La présence des ES sur les médias sociaux que sont Facebook ou Twitter doit néanmoins être professionnalisée et maîtrisée de manière à ce que la e-réputation ne soit pas contreproductive par rapport à l'objectif initial recherché.

Pour toutes ces actions menées, une couverture médiatique pourra être réalisée toujours dans l'esprit de faire savoir ce que l'on fait.

Communication interne

L'autre versant de la communication est interne à l'ES. Celle-ci va avoir une action directe sur la valorisation du travail des professionnels. D'un point de vue managérial, la reconnaissance et la valorisation doivent faire partie d'une politique de management comme nous avons pu le voir précédemment. Cette valorisation va avoir un effet positif sur l'implication du professionnel qui doit être, en termes de communication et sur le plan de l'attractivité, considéré comme un vecteur important de l'image de l'ES. Auprès des patients et usagers avec qui il est en contact direct mais aussi au niveau du grand public par la façon dont il parlera de son ES à son entourage plus ou moins élargi. Il participe à la construction de la réputation de l'ES de cette manière-là autant que par le travail quotidien qu'il réalise lors des prises en charge.

Nous avons évoqué dans la partie consacrée à la communication externe la nécessité de faire connaître ce que l'on sait faire. En interne, le raisonnement est le même. Une communication à destination de l'ensemble des professionnels de l'ES pourra être réalisée concernant les projets, les restructurations et les nouvelles prises en charge. Par ailleurs, des rencontres à destination des équipes paramédicales pourront être organisées par le DS. Mettre en avant le travail de certaines équipes en matière de soins,

d'organisation ou de recherche permettra de faire évoluer les pratiques, de mettre en lumière le travail réalisé et de contribuer au sentiment d'appartenance et de fierté de chacun d'appartenir à une structure dynamique et reconnaissante du travail réalisé. Cela devra également faire l'objet d'une communication externe au travers des différents outils que nous avons pu présenter précédemment. La reconnaissance et la valorisation seront de ce fait internes et externes. L'action menée aura ainsi un double bénéfice.

L'outil privilégié de cette communication interne pourra être l'intranet de l'ES dans laquelle la direction des soins se doit d'apparaître. La mise en avant du travail des différentes équipes, de leurs publications ou présentations lors de congrès seront autant de sujets qui permettront d'entretenir cette reconnaissance tout en servant l'image de l'ES. Les autres supports de communications internes existants étant par ailleurs également adaptés. Ceci s'avère d'ailleurs d'autant plus nécessaire que la taille de l'ES est importante et que la perception de ce qu'il propose ou de ce qui se passe au sein de la structure est difficile à connaître.

La communication est un outil indispensable à l'attractivité d'un ES et pas uniquement sur le volet externe. La collaboration entre le responsable de la communication et le DS est essentielle. Ce dernier pourra identifier les sujets et participer à leur communication selon les formats choisis. Il pourra également se servir de la communication comme d'un outil managérial servant de la même manière la qualité des soins, l'implication des professionnels et l'attractivité de l'ES. Le processus au service de l'attractivité ne serait pas complet sans la nécessaire communication qui doit faire l'objet d'une véritable politique, stratégique et maîtrisée, au centre d'une DM globale.

Conclusion

L'environnement des établissements de santé a profondément été modifié durant les vingt dernières années conduisant progressivement à une concurrence jusqu'ici réservée aux structures privées. Dans un contexte contraint financièrement et dans un système à enveloppe fermée soumis à l'activité, les établissements n'ont d'autre choix que de réaliser une activité suffisante de manière efficiente. Le patient faisant ainsi l'objet de toutes les attentions, chaque hôpital tentant d'apparaître aussi attractif que possible ou tout au moins plus attractif que les autres établissements de santé du territoire. Sa survie en dépend...

Dans ce nouvel environnement, où la démarche marketing a toute sa place, le DS joue un rôle majeur, même si cela pourrait apparaître au premier abord éloigné de ses préoccupations. En effet, nous avons pu établir que les compétences du DS contribuent en grande partie au développement et au renforcement de l'attractivité dont le marketing hospitalier est l'outil.

Cette démarche permet d'entrer dans un cercle vertueux, particulièrement important pour un ES en difficulté financière. Au-delà de son action confirmée sur l'attractivité cela permet également de faire le pas de côté nécessaire pour passer d'une spirale négative qui pèse sur le personnel vers une image positive et de fierté qui modifie sa perception de la structure pour laquelle il travaille. Les patients, les usagers, les professionnels et l'ES pourront bénéficier des retombées positives de la mise en place d'une DM, chacun à son niveau

Le marketing hospitalier, bien qu'ayant déjà une trentaine d'années, n'avait pas encore trouvé véritablement sa place. Les évolutions actuelles sont en train de le faire progressivement entrer et de le positionner au sein des hôpitaux. Jusqu'ici, la grande majorité des ES et les DS étaient comme monsieur Jourdain et faisaient du marketing sans le savoir. Demain, ce dernier pourra peut-être s'en emparer et contribuer de manière structurée et active à son développement, dont le bénéficiaire sera, tout autant que l'établissement, le patient.

Bibliographie

✓ Textes législatifs et règlementaires

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Décret n 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière

Rapport Compagnon du 14 février 2014, Pour l'An II de la démocratie sanitaire

Référentiel métier de Directeur (trice) des soins, mars 2010

Référentiel de compétences du directeur des soins, EHESP, 2014

✓ Ouvrages

BELOGEY N., 2014, *L'hôpital sous pression*, édition la découverte, 307 p.

DAYAN A., 2014, *Que sais-je ? Le marketing*, édition Puf, 122p.

DUBOIS B., 1987, *Le marketing management hospitalier*, Manuels B.-L. Santé Berger-Levrault, 378 p.

EIGLIER P., LANGEARD E., (1987), *Servuction, le marketing des services*, Collection Stratégie et management, Paris : MacGraw-Hill, 205 p.

LOPEZ A., 2013, *Réguler la santé*, édition presses de l'EHESP, 403 p.

NOBRE T. (ed), 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital*, DUNOD, 289. p.

✓ **Articles de périodiques**

BOINET S., 2015, « Un outil de pilotage pour les établissements de santé », *Gestions Hospitalières*, n°547, pp.370 – 373

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

CAILLE R., CRIE D., 2008, « Stratégie de groupe public : pour un marketing hospitalier », *Revue hospitalière de France*, n°525, pp. 12-17

CHANTEUR M., 2008, « Un renouveau de la démarche », 2008, *Revue Hospitalière de France*, n°525, pp 18-21

CHANTEUR M., DUBOIS B., LOUPEE A., DE ROODENBEKE E., 2008 « Il était une fois... le Graham », *Revue Hospitalière de France*, n°525, pp. 27-29

CRIE D., 2015, « Pourquoi et comment le marketing à l'hôpital ? », *Gestions Hospitalières*, n°547, pp 361 - 364

CRIE D., GALLUPEL-MORVAN K., 2015, Le marketing hospitalier, vous avez dit marketing ? Oui, marketing », *Gestions Hospitalières*, n°547, pp.358 - 360

CRIE D. SALERNO D. VINCENT A., 2015, « Vers un marketing hospitalier ? », *Problèmes économiques*, n°3113, pp. 47-58

DUFOUR P., 2012, « Construction d'un score agrégé d'attractivité », *Gestions Hospitalières*, n°518, pp. 397-406

FERRAND H., SUDRE M.C., « Service public et marketing hospitalier : le mariage peut-il être consommé ? », 2008, *Revue hospitalière de France*, n°525, pp. 22-26

HEIM R., 2015, « L'attractivité, un enjeu marketing », *Gestions Hospitalières*, n°547, pp 377 - 379

LE BEUX C., 2003, « Une communication externe adaptée au marketing hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°430, pp. 693 – 701

MERDINGER-RUMPLER C., 2009, « Contribution des éléments de service à la satisfaction du patient hospitalisé : une application du modèle tétraclasse », *Décisions Marketing*, n°53, pp 43

MERDINGER-RUMPLER C., 2012, « Démarche marketing, les enjeux à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°19, pp 495-498

NOBRE T., 2012, « Marketing hospitalier : oxymore, gros mot ou nécessité ? », *Gestions Hospitalières*, n°19, pp 494

PERROT-EGRET V., 2015, « La stratégie de marque, acte fondateur de la démarche d'Unicancer », *Gestion hospitalières*, n°47, pp 374 - 376

ROBILLARD L., 2007, « Marketing hospitalier, un oxymore qui prend du sens », *Revue Hospitalière de France*, n°17, pp. 61-64.

SCHNEIDER F., 2015, « Médias sociaux et communication digitale », *Gestions Hospitalières*, n°47, pp 380 - 384

TARDIF L., LOUAZEL M., 2015, « Projet d'établissement et marketing hospitalier », *Gestion Hospitalières*, n°47, pp 365 - 368

THIBAUT M., 1995, « Le marketing hospitalier », *Objectif soins*, n°36, pp 31-36.

✓ **Communication / interventions pédagogiques**

DOUSSOT LAYNAUD AC., « Les outils de gestion budgétaire et financière des établissements publics de santé », mars - août 2015

LOUAZEL M., « Stratégie et hôpital », in EHESP, intervention pédagogique, mars 2015

STORDEUR S., D'HOORE W., « Attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins », in HAS, Séminaire qualité de vie au travail, 21 octobre 2010, Paris.

✓ **Mémoires**

AUBERT S., 2008, De l'opportunité d'une démarche marketing à l'hôpital, Mémoire directeur d'hôpital, EHESP, 53 p.

✓ Sites internet

CORDISCO C., L'hôpital est une entreprise, la communication son marketing, [visité le 12 juillet 2015] disponible sur internet : <http://olivier-moch.over-blog.net>

DE KERVASDOUE J., Crise de l'hôpital, L'Etat : ultime de légitimité ? [visité le 10 mai 2015] disponible sur internet : www.cairn.info

DE KERVASDOUE J., Quel avenir pour l'hôpital public ? [visité le 10 mai 2015] disponible sur internet : www.cairn.info

GUERRINI B., Soigner sa relation avec les usagers : la stratégie gagnante du marketing à l'hôpital [visité le 28 juin 2015] disponible sur internet : <http://www.reseau-chu.org>

HOSPITALIDEE, [visité le 5 septembre 2015] disponible sur internet : www.hospitalidée.fr

HEMERY P., Il n'y a aucune dispense au recueil de l'indicateur de satisfaction e-satis [visité le 3 septembre 2015] disponible sur internet : www.hospimédia.fr

JUNG C., De la satisfaction du patient au marketing hospitalier, pour une meilleure qualité de service rendu [visité le 12 juillet 2015] disponible sur Internet : www.qualitest-sante.fr

La méthodologie de l'observatoire des attentes des patients [visité le 13 juillet 2015] disponible sur internet : www.unicancer.fr

LANGLOIS G., Le marketing s'invite à l'hôpital [visité le 25 mai 2015] disponible sur internet : www.hospimedia.fr

OMS, Définition de la qualité des soins [visité le 30 août 2015] disponible sur internet : www.santepublique.eu/qual-des-soins-définition

MEDINA P. La communication de recrutement dans le milieu hospitalier [visité le 6 juin 2015] disponible sur internet : <http://communicationorganisation.revues.org/1290>

MERDINGER-RUMPLER C., Il faut dédramatiser le marketing hospitalier [visité le 15 juin 2015] disponible sur internet : www.hospimedia.fr

PAQUER A., GUELLEC R., Et si soigner ne suffisait plus ? [visité le 22 juillet 2015] disponible sur internet : <https://www.bearingpoint.com>

TRIBAULT G., Le marketing en établissement de santé, l'hôpital, une entreprise comme une autre ? [visité le 17 juillet 2015] disponible sur internet : www.hospimedia.fr

Liste des annexes

Annexe 1

Liste des sites internet communiquant des données sur les établissements de santé

Annexe 2

Guide d'entretien

Annexe 3

Situation budgétaire des établissements étudiés

Annexe 4

Critères d'attractivité

LISTE DES SITES INTERNET COMMUNIQUANT DES DONNES SUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Information communiquée par	Nom du site	Données communiquées
Ministère de la santé	Platines www.platines.sante.gouv.fr	<ul style="list-style-type: none"> - Equipement - Activité - Résultat certification - Scores indicateurs
Assurance maladie	Ameli http://ameli-direct.ameli.fr	<ul style="list-style-type: none"> - Dépassement d'honoraire en activité libérale
HAS	www.has-sante.fr	<ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu de certification - Notes pour mesurer l'excellence des dispositions prises pour assurer la qualité des prises en charge dans certains domaines d'activité
	Scope santé www.scopesante.fr	Information sur la qualité des établissements de santé

GRILLE D'ENTRETIEN

Type d'établissement :

Date entretien :

Nom de la personne interviewée :

DIRECTION SPECIFIQUE

Pour les directeurs délégués

- ✓ Nom de la direction :
- ✓ Rôles et missions de cette direction :
- ✓ Lien avec les autres directions :
- ✓ Lien et rôle de la direction des soins :
- ✓ Date de création de cette direction :
- ✓ Bénéfices :
 - sur le plan qualitatif : OUI NON
 - en termes d'activité : OUI NON
 - sur la dynamique générale de l'établissement, le développement de l'esprit d'entreprise et d'un sentiment d'appartenance : OUI NON

LA DIRECTION DES SOINS

Pour les directeurs de soins

- ✓ Actions menées pour le développement de l'activité, de l'attractivité
 - par l'établissement
 - par la direction des soins
- ✓ Par le biais
 - d'une action spécifique ? si oui laquelle
 - d'outils ?
 - d'une collaboration avec (lien avec les autres directions)
- ✓ Bénéfices :
 - sur le plan qualitatif : OUI NON
 - en termes d'activité : OUI NON
 - sur la dynamique générale de l'établissement, le développement de l'esprit d'entreprise et d'un sentiment d'appartenance : OUI NON

ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

Pour les directeurs d'établissement

- ✓ Actions menées pour le développement de l'activité, de l'attractivité :
- ✓ Par le biais d'une direction spécifique ? OUI NON
- Si oui, date de création :
- ✓ Lien et rôle de la direction des soins :
- ✓ Bénéfices :
 - sur le plan qualitatif : OUI NON
 - en termes d'activité : OUI NON
 - sur la dynamique générale de l'établissement, le développement de l'esprit d'entreprise et d'un sentiment d'appartenance : OUI NON

ATTRACTIVITE – ACTIVITE

- ✓ Pourriez-vous évaluer le niveau d'attractivité de votre établissement (de 1 à 5, 1 étant la note la plus basse) ?
- ✓ Pour vous quels sont les 3 principaux critères qui rendent un établissement attractif ?

1. .
 2. .
 3. .
- ✓ Quels sont les freins à l'attractivité ?

MARKETING HOSPITALIER

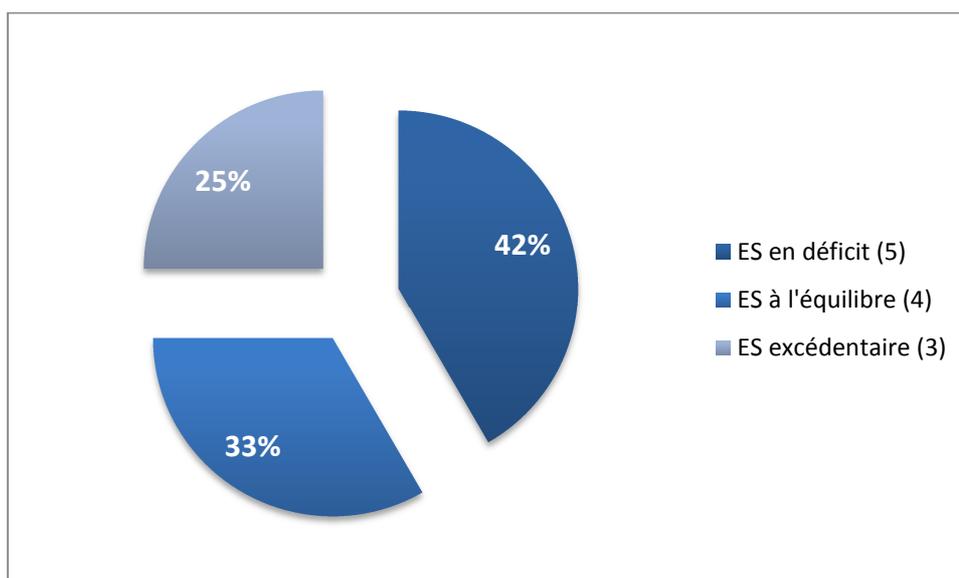
- ✓ Connaissez-vous le marketing hospitalier ? OUI NON
- ✓ Est-il formalisé dans votre établissement ? OUI NON Pourquoi ?
- ✓ Est-il mis en œuvre dans votre établissement ? OUI NON Pourquoi ?
- ✓ A votre avis le marketing hospitalier est :
- Nécessaire OUI NON Pourquoi ?
 - Pas adapté OUI NON Pourquoi ?
 - Sans plus-value ? OUI NON Pourquoi ?
 - Pas possible culturellement d'être affiché ? OUI NON Pourquoi ?

SITUATION DE L'ETABLISSEMENT

- ✓ Votre établissement est-il sous contrat de retour à l'équilibre financier ?
OUI NON Si oui, est-ce le premier
- ✓ L'estimatif du taux de croissance de l'activité pour 2014 a-t-il été atteint ?
OUI NON
- ✓ Votre établissement fait-il face à une forte concurrence ? OUI NON
- Du secteur privé ? OUI NON
- Du secteur public ? OUI NON

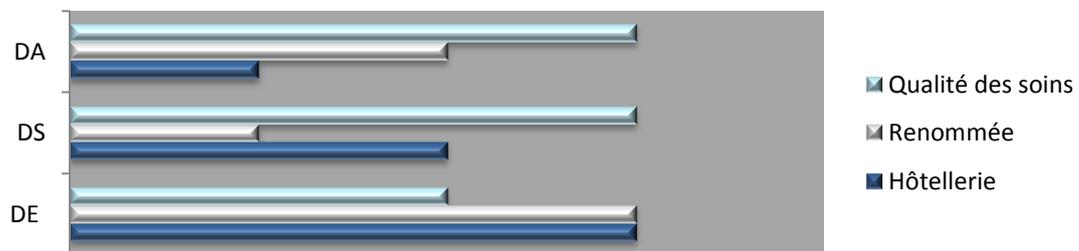
Sur quelles disciplines ?

SITUATION BUDGETAIRE DES ETABLISSEMENTS ETUDIES

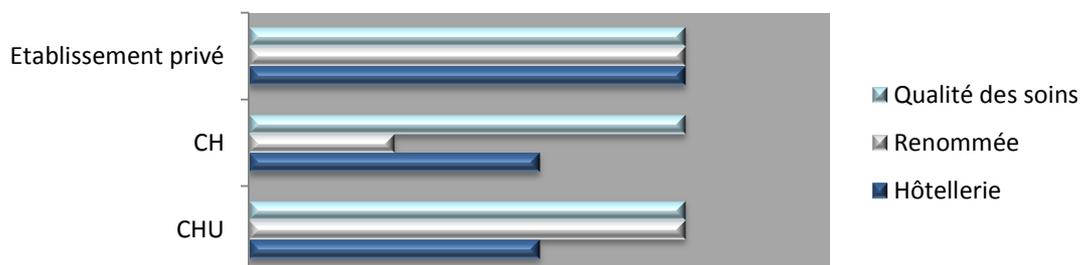


CRITERES D'ATTRACTIVITE

Ordre de classement des 3 principaux critères d'attractivité selon la fonction



Ordre de classement des 3 principaux critères d'attractivité selon le type d'établissement



SERY

Véronique

Décembre 2015

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2015

Attractivité et marketing hospitalier : un enjeu pour l'hôpital et le directeur des soins

Résumé :

Le contexte sanitaire a beaucoup évolué notamment avec la réforme majeure du mode de financement des établissements de santé qu'a été le passage à la tarification à l'activité. Celle-ci ayant introduit une forme de concurrence. Les établissements, pour assurer leur pérennité financière, se voient obligés d'avoir un niveau d'activité suffisant et pour cela doivent apparaître comme attractifs aux yeux des patients et des prescripteurs de ville. C'est ainsi qu'ils ont progressivement adopté des outils issus de l'entreprise comme le marketing, avec une adaptation hospitalière nécessaire au regard de la spécificité de la mission soignante de l'hôpital. La démarche marketing s'adresse avant tout au client, ici le patient, qui est au centre de toutes les attentions.

Le directeur des soins, au regard de ses champs de compétences, de son expertise et de sa connaissance des organisations pourra participer activement à la conduite de cette démarche marketing. Celle-ci permettra de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et des prises en charge, en lien avec sa politique managériale et ses actions de communication ciblées.

La démarche marketing a une action confirmée sur le niveau d'attractivité des patients. Elle permet également de faire le pas de côté nécessaire pour passer d'une spirale négative, qui pèse sur le personnel d'un établissement en déficit budgétaire, vers une image positive et de fierté qui modifie sa perception de la structure pour laquelle il travaille.

Le marketing a toute sa place à l'hôpital aujourd'hui et le directeur des soins peut contribuer activement à son développement, dont le bénéficiaire sera, tout autant que l'établissement, le patient.

Mots clés :

Attractivité – Activité – Marketing hospitalier – Directeur des soins - Communication

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.