

**E H E S P**

Ecole des hautes études  
en santé publique

---

**Filière Directeurs d'hôpital**

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**De l'opportunité d'une démarche  
marketing à l'hôpital**

**(exemples issus du Centre Hospitalier de Lisieux)**

---

**Stéphane AUBERT**

---

# Remerciements

---

**Laurent TARDIF** : Directeur du cabinet ADYSTA, conseil en stratégie et gestion de l'information hospitalière

**Anselme KERFOURN** : Directeur du Centre Hospitalier Robert BISSON (CHRB) de Lisieux

**Clarisse MENAGER** : Directrice des Affaires Générales et des Projets au CHRB

**Dr Pierre-François LAGET** : Médecin DIM au CHRB

**Yvan LE BARON** : Directeur des Finances au CHRB

**Dr L. BONNEFOY** : Cardiologue au CHRB et cardiologue à Lisieux, ancien président de la CME

**Stéphane DENOYER** : Attaché d'Administration Hospitalière au CHRB

**Vincent GLEVAREC** : Directeur des Finances au CH d'Avranches- Granville

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Les objectifs du marketing hospitalier : .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Les caractéristiques du marketing hospitalier .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 “Business to Business” ou “Business to Consumer”?.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Les 4 P du marketing hospitalier.....</b>	<b>9</b>
2.2.1 Le Produit :.....	10
2.2.2 Le Prix :.....	12
2.2.3 La Place :.....	13
2.2.4 La Promotion :.....	14
<b>3 Les outils du marketing à l’hôpital .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Les études de marché :.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 L’analyse des bases de données : quantitatif et historique.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Les enquêtes d’opinions et de satisfaction : qualitatif et prospectif.....</b>	<b>24</b>
<b>4 Le plan d’actions marketing.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Actions sur le ou les produits et services :.....</b>	<b>28</b>
4.1.1 Niveau stratégique : le « portefeuille » des produits et services.....	28
4.1.2 Niveau opérationnel : valorisation renforcée du processus qualité.....	31
<b>4.2 Actions sur la « distribution » .....</b>	<b>34</b>
<b>4.3 Actions de communication .....</b>	<b>38</b>
<b>5 Le pilotage du marketing à l’hôpital .....</b>	<b>41</b>
<b>5.1 Une dimension stratégique relevant de la direction générale.....</b>	<b>41</b>
<b>5.2 Un pilotage médico-économique dans le cadre de la nouvelle gouvernance.....</b>	<b>41</b>
<b>5.3 Tableaux de bord « marketing » .....</b>	<b>43</b>
<b>6 Les avantages d’une démarche marketing pour un hôpital.....</b>	<b>44</b>
<b>6.1 La priorité est donnée à la satisfaction des patients .....</b>	<b>44</b>
<b>6.2 Une approche prospective et dynamique plutôt que défensive.....</b>	<b>45</b>
<b>6.3 Globalement une démarche fédératrice .....</b>	<b>46</b>

<b>7</b>	<b>Les obstacles à une démarche marketing à l'hôpital public .....</b>	<b>46</b>
7.1	Les résistances au changement .....	46
7.2	Les « lourdeurs » du système public .....	47
7.3	La démographie et la disponibilité médicale .....	47
7.4	Le pilotage de l'activité médicale.....	47
	<b>Conclusion .....</b>	<b>49</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>53</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
B to B :	Business to Business
B to C :	Business to Consumer
BDHF :	Banque de Données Hospitalières de France
CHG :	Centre Hospitalier Général
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission Médicale d'Établissement
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM :	Direction de l'Information Médicale
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
EPU :	Enseignements Post Universitaires
FHF :	Fédération Hospitalière de France
GHM :	Groupe Homogène de Malades
GHS :	Groupe Homogène de Séjours
HAD :	Hospitalisation A Domicile
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC :	Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
ODMCO :	Objectifs de Dépenses MCO
ONDAM :	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OQOS :	Objectifs Quantifiés d'Offre de Soins
PDM :	Part De Marché
PMSI :	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PMT :	Projet Médical de Territoire
PSPH :	Participant au Service Public Hospitalier
SROS :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A :	Tarifcation A l'Activités
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

Le terme de marketing peut sembler une incongruité dans le secteur hospitalier, qui plus est public, tant il est connoté avec, au mieux la recherche d'une rentabilité ou équilibre financier forcené, au pire avec la possibilité de forcer la main du patient pour qu'il consomme des soins dont il n'a pas besoin.

Le secteur de la santé soulève à cet égard différentes interrogations. Comment définir la juste consommation de soins dans un secteur où les pratiques peuvent varier d'un praticien de santé à l'autre et où ces mêmes soins ne sauraient être rationnés mais doivent tout de même être encadrés quantitativement, pour être économiquement supportables par la collectivité ?

L'hôpital est, dans le contexte du financement à l'activité, soumis à un système d'injonctions contradictoires. Il lui faut à la fois développer son activité pour se conformer à l'exigence d'équilibre financier et en même temps rester dans une enveloppe globale de dépenses de santé qui ne devrait pas être dépassée. Ainsi lorsqu'en début d'année 2008, la circulaire budgétaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) notifie aux établissements de santé, une baisse tarifaire de 3,2%, ceux-ci n'ont pas d'autres choix, dans l'hypothèse où ils partent d'une situation d'équilibre financier, d'augmenter leur activité de ce même taux au minimum. Mais la situation se complique du fait de l'inscription de leur activité dans un volume de dépenses prédéfini par le parlement : l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) hospitalier. Si le volume global d'activité des hôpitaux dépasse le volume prévisionnel voté par le parlement, les tarifs sont revus à la baisse de façon à ce que le volume des dépenses autorisés soit dans tous les cas respecté. Ce système pourrait éventuellement fonctionner dans un système concerté ou collaboratif, au sein duquel les établissements de santé se répartiraient de façon rationnelle les activités de soins, pour répondre aux besoins de la population, mais aussi à leurs exigences d'équilibre budgétaire tout en restant dans une enveloppe qui aurait été définie de façon « parfaite » en fonction des besoins de santé prévisibles et de réponses thérapeutiques bien calibrées.

Ce monde « parfait » n'existe toutefois pas. L'estimation des dépenses de santé d'une population souhaitant légitimement améliorer en permanence ses conditions de vie, vieillissante par ailleurs, avec en parallèle un développement des techniques médicales mais aussi des solutions thérapeutiques, en particulier pharmaceutiques, elles-mêmes mues par une industrie répondant à une logique de profits, ne peut pas être précisément établie par nos élus. L'ONDAM est donc une décision publique d'encadrement des dépenses de santé, relevant plus d'une logique d'administration économique que d'une logique de santé publique. Par ailleurs, les établissements relèvent de statuts différents les empêchant d'être dans une logique de coopération. Il existe en effet trois types de

statuts : public, privé lucratif et privé participant au service public hospitalier (PSPH), qui génèrent par construction des logiques concurrentielles. A l'intérieur même du secteur public, l'indépendance des établissements les positionne également en situation de concurrence, puisque chaque établissement est évalué individuellement. Dès lors, le système de régulation qui se met en place est le système de la concurrence ou du marché. En partant d'une situation, là encore idéale, où tous les établissements seraient en équilibre financier, la seule façon pour qu'ils le restent serait que chacun réalise des résultats équivalents en termes d'évolution d'activité. Or chaque établissement ne connaissant pas la dynamique d'activité des autres, va chercher à maximiser la sienne, pour ne pas être pris au dépourvu au moment des bilans de fin d'année. La seule façon de ne pas être en déficit est en effet de faire au moins aussi bien que les autres établissements. Les objectifs d'activité ne peuvent donc plus être appréhendés au seul niveau de l'établissement, mais doivent l'être de façon relative, c'est à dire fonction de l'activité prévisionnelle des autres établissements. Se positionner dans un environnement concurrentiel nous fait rentrer de plein pied dans la dimension marketing du management hospitalier.

Est-ce pour autant une aberration ?

Probablement pas, puisque cette réforme de la tarification à l'activité se veut une réponse aux dérives, tant qualitatives que financières, du système quasi-totalement administré précédent de la dotation globale. L'objet de ce mémoire n'est pas d'aborder ce sujet de fond du système de régulation de l'organisation hospitalière. En revanche, l'objectif est de mettre en évidence la nouvelle dimension managériale rendue incontournable par la Tarification à l'Activité (T2A), d'en analyser les conséquences et de définir les outils permettant de la maîtriser.

Pour ce faire, il conviendra de définir précisément le terme de marketing pour comprendre quelles peuvent être les conséquences de son adoption par le management hospitalier. Nous verrons alors que le marketing hospitalier revêt une spécificité très particulière, qu'il convient d'appréhender pour pouvoir définir : les outils qui nous permettront de le mettre en œuvre, les bénéfices que nous en attendons et les obstacles auxquels nous serons confrontés. L'exemple du Centre Hospitalier (CH) Robert BISSON de Lisieux sera une illustration pratique de cette recherche.

Les éléments exposés dans ce mémoire se basent à la fois sur mon expérience du marketing en entreprise, sur la doctrine importante existant en la matière dans ce même secteur de l'entreprise mais encore relativement limitée en matière hospitalière, sur les échanges avec mon référent mémoire, sur les échanges avec les directeurs, les attachés d'administration hospitalière, le médecin responsable du Département de l'Information Médicale (DIM) et des médecins du CH de Lisieux, sur les colloques qui commencent à

aborder ce thème, sur l'expérience vécue en janvier 2008 à l'hôpital de Basingstoke en Grande-Bretagne et enfin sur un travail effectué dans le cadre de mon stage à l'hôpital de Lisieux concernant la mesure et la qualification de l'attractivité de l'hôpital, avec l'objectif de définir et mettre en œuvre un plan d'action en conséquence. Dans le cadre de ce travail, une enquête auprès des professionnels de santé du territoire de Lisieux a été menée en juillet et août 2008. De même une analyse des bases de données 2004, 2005 et 2006 du Programme Médicalisé du Système d'Information (PMSI) a été effectuée en lien avec les services du DIM.

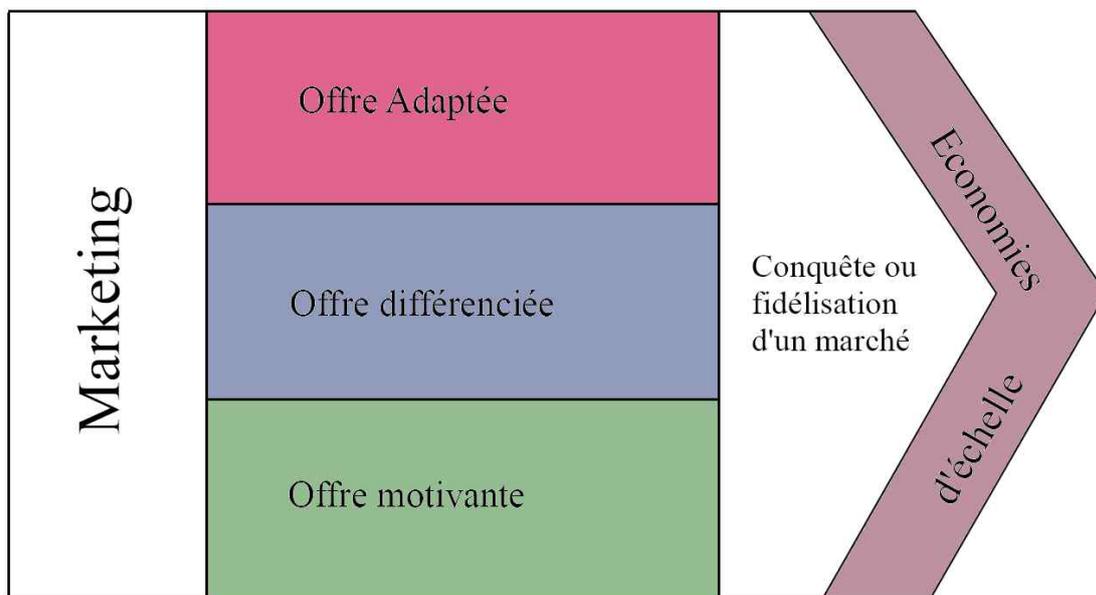
Les ouvrages, articles, comptes-rendus de colloques, sites internet, utilisés comme base d'information sont mentionnés dans la bibliographie. Les outils développés au cours d'un projet marketing au sein de l'hôpital de Lisieux sont rassemblés en annexe.

# 1 Les objectifs du marketing hospitalier :

La définition commune du marketing appliquée au monde de l'entreprise et que l'on retrouve par exemple dans l'encyclopédie en ligne 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 ».

Cette définition est illustrée par le schéma suivant inspirée de l'ouvrage de référence sur le marketing des entreprises : Mercator<sup>1</sup>.



Il apparaît immédiatement que nous ne pouvons pas retenir dans son intégralité une telle définition lorsque nous cherchons à décrire le marketing hospitalier, même s'il existe des nuances suivant le secteur dans lequel l'établissement hospitalier opère : public, privé non-lucratif ou privé lucratif.

Pour autant cette définition s'applique, par bien des aspects, à ce que pourrait ou devrait être un marketing hospitalier. En effet, partir des besoins des patients et chercher à leur apporter une solution durable, est bien au cœur même de la mission de tout hôpital, quel

<sup>1</sup> LENDREVIE, LEVY, LINDON, 2006, *MERCATOR Théorie et pratique du Marketing*.

que soit son statut. Le hiatus s'opère en revanche lorsqu'il s'agit d'aller au-delà du véritable besoin et de susciter un désir de services de soins. En dehors des aspects mercantiles, contraires à la déontologie médicale, qui consisteraient à leurrer les patients en leur faisant croire à une nécessité infondée de recevoir des soins, la question se pose tout de même pour des actes « frontières » relevant plus du confort ou d'une demande subjective du patient. La promotion de la chirurgie esthétique, même si celle-ci répond à une souffrance réelle des patients, en est parfois un exemple. Les taux d'opérations de la cataractes parfois aberrants au regard de la population à prendre en charge dans certaines régions, en sont un autre. Les limites de l'exercice doivent donc être d'emblée posées. Le marketing hospitalier ne peut pas et ne doit pas aller au-delà de la mission d'intérêt général qui est la sienne, et qui consiste à apporter des solutions de santé à des patients en ayant clairement besoin au regard de l'état de l'art médical. Dès lors la demande justifiée de soins hospitaliers, que l'on peut également qualifier de marché pour les hôpitaux, puisqu'elle constitue la base de leur rémunération et donc de leurs possibilités de fonctionner, est bien circonscrite. Il s'agit globalement du marché des soins hospitaliers rémunérés par le système de l'assurance maladie, sachant que les autres formes de rémunération provenant des patients eux-mêmes, de leurs mutuelles ou de l'Etat, sont connexes à ce marché. Sur ce marché identifié, le code de déontologie médicale est expressément conçu pour éviter toute dérive.

L'hôpital fonctionne dès lors sur un marché administré et codifié, dont nous analyserons plus loin les spécificités.

Le marketing hospitalier vise donc, en premier lieu, à permettre à l'hôpital de remplir sa mission principale qui est de soigner ou d'orienter les patients qui résident sur son territoire d'attractivité. En cela, il est pour lui le moyen d'asseoir sa légitimité, puisqu'il s'agit non seulement d'offrir des soins adaptés aux pathologies existantes sur son territoire, mais de le faire de façon qualitative, de façon à ce que le patient soit bien soigné et n'ait pas à se déplacer pour aller dans un autre établissement plus lointain, qui lui offrirait de meilleures garanties de qualité. Le marketing est en effet, au sens de l'écoute client, la base de toute démarche qualité.

L'objectif final mentionné dans notre définition, c'est à dire la recherche de la rentabilité des capitaux investis, mérite également quelques commentaires.

En tant que service d'intérêt général, financé par les citoyens aux travers des cotisations d'assurance maladie et des frais de mutuelles, l'hôpital, qu'il soit public ou privé, doit justifier de la bonne utilisation de ses ressources. La recherche de la meilleure

« rentabilité » des ressources investies par la collectivité n'est donc pas incompatible avec la mission de service public, bien au contraire. C'est en ce sens que se justifie également le concept de marketing territorial davantage répandu dans le secteur hospitalier, qui consiste à affecter à chaque établissement, en fonction de sa taille et de sa localisation géographique, un portefeuille d'activités pertinentes. Cette pertinence s'analysant tant en termes de taille de marché, donc en effet d'échelle et de retour sur investissement, qu'en termes de qualité, puisqu'il existe une corrélation entre le nombre d'actes ou prises en charges effectuées, et la qualité de ceux-ci. C'est tout l'objet des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et des Projets Médicaux de Territoire (PMT) dans lesquels s'inscrivent les activités hospitalières.

Définir le marketing hospitalier comme étant l'élaboration d'une offre de service adaptée (aux besoins de la population du territoire) et différenciée (c'est à dire complémentaire et non concurrente de celle des autres établissements dans une recherche d'optimisation qualitative et financière des moyens publics) est donc tout à fait opportun voire souhaitable. Faire en sorte que l'offre soit également motivante peut sembler une gageure. En effet personne ne vient à l'hôpital par plaisir. Au mieux on y vient par la raison et le plus souvent par nécessité. La motivation première est toutefois la recherche d'un mieux-être qui fait accepter un mal-être que l'on espère minimal et transitoire. C'est à ce stade que le concept de marketing peut également s'appliquer, dans la conception psychologique et matérielle de l'offre de soins. Il est en effet prouvé qu'un certain type d'architecture, de prestations hôtelières, de qualités d'accueil et relationnelles, de modalités de prise en charge (lutte contre la douleur par exemple ou développement des séjours ambulatoires ou réduction des délais d'attente ou lutte contre les infections nosocomiales) contribuent non seulement à rendre la prestation de soins plus agréable mais aussi à diminuer le stress inhérent à toute hospitalisation et à améliorer la performance soignante. S'il ne s'agit donc pas de faire envie au patient, il s'agit pour le moins de ne pas le décourager de venir se faire soigner à l'hôpital et s'y possible de l'y inciter si c'est dans son intérêt. Par ailleurs, tous les efforts qui seront effectués dans ce domaine paramédical, constituent également des paramètres de différenciation qui peuvent fausser les flux « planifiés » des patients. Il est vrai que le secteur privé, en particulier lucratif, va utiliser tous ces éléments de différenciation pour attirer les patients vers ses établissements et que le secteur public devra se mettre à niveau, pour que l'organisation des soins qui a été programmée dans les SROS et PMT, soit respectée. Cela constitue peut être un phénomène multiplicateur des investissements nécessaires, mais le patient s'y retrouve en bénéficiant d'un meilleur service et les solutions mises en œuvre se révèlent souvent plus économiques en terme de dépenses d'exploitation pour les établissements (réduction des Durée Moyennes de Séjour (DMS), des réhospitalisations dues à des infections) et en conséquence pour la collectivité.

Les objectifs du marketing hospitalier peuvent donc se résumer à **l'élaboration d'une offre de services adaptés, différenciés et de qualité** au sens large, **de façon à assurer la mission de service public qui est de soigner la population de son territoire au meilleur coût pour celle-ci et pour la collectivité.**

La définition que donne le « KOTLER & DUBOIS »<sup>2</sup> du marketing management est alors tout à fait opératoire en milieu hospitalier : « Le marketing management est l'analyse, la planification, la mise en œuvre et le contrôle de programmes conçus pour créer, développer et maintenir un courant d'échange mutuellement satisfaisant avec les marchés visés, dans le but d'atteindre les objectifs d'une organisation ».

## **2 Les caractéristiques du marketing hospitalier**

### **2.1 “Business to Business” ou “Business to Consumer”?**

Le marketing d'entreprise distingue traditionnellement deux grands champs d'application. Le marketing industriel dénommé de façon plus adéquate par les anglo-saxons « Business to Business » ou « B to B » et le marketing de grande consommation également appelé « Business to Consumer » ou « B to C ». Les appellations anglo-saxonnes mettent davantage en exergue les spécificités de chacun de ces champs. En effet la particularité du marketing « B to B » est d'analyser les relations entre professionnels aux sens large, alors que le « B to C » s'intéresse à la démarche d'un professionnel ou d'une organisation dans ses relations avec le consommateur ou le grand public.

Le terme business est en revanche gênant lorsqu'on l'applique à une structure publique, qui plus est dans le secteur de la santé. C'est pour ces raisons que les notions de marketing des services professionnels et de marketing des services publics hospitaliers ont été introduites<sup>3</sup>.

Toujours est-il que le marketing hospitalier public est tout à fait spécifique dans la mesure où il relève, d'un point de vue opérationnel, des trois catégories : « B to B », « B to C » et de service public.

En effet, si le client premier de l'hôpital est le patient bénéficiaire des soins, les prescripteurs que sont les médecins de ville, les autres professionnels de santé libéraux,

---

<sup>2</sup> KOTLER, DUBOIS, *Marketing Management*

les autres établissements proposant une offre complémentaire sur le territoire de santé ou les mutuelles, sont les clients « secondaires » de l'hôpital. L'hôpital doit donc définir une politique vers l'ensemble de ces interlocuteurs.

La prise en compte de cette distinction n'est pas neutre, dans la mesure où les comportements « d'achat » de soins, sont sensiblement différents selon ces populations. Un professionnel, comme un médecin de ville ou une mutuelle, va être attentif à des critères propres à sa profession et à son expertise. Le médecin va s'attacher prioritairement à la prise en charge médicale mais aussi aux relations professionnelles s'établissant entre l'hôpital et la médecine de ville, lui permettant d'exercer sa mission dans de bonnes conditions. Il privilégiera ainsi la qualité médicale ou la rapidité des comptes-rendus d'hospitalisation. La mutuelle qui va adresser ses adhérents vers certains établissements, le fera sur la base de critères de qualité reconnus internationalement, des politiques tarifaires pratiquées mais aussi des mesures de prévention mises en place<sup>4</sup>.

Le particulier sera lui attentif à toute offre qui maximise son bien-être personnel mais il sera très dépendant pour analyser la pertinence des propositions qui lui sont faites. N'étant pas expert médical, il fera confiance à son médecin traitant, son établissement d'hébergement éventuel, son entourage, la notoriété ou la « bonne presse » de l'hôpital concerné, l'association d'usager à laquelle il peut appartenir, le dernier classement paru dans la presse. Les prescripteurs joueront un rôle important dans sa prise de décision. Il conviendra dès lors de définir ces rôles et leurs poids respectifs. Il n'y a toutefois pas forcément divergence d'intérêt final entre les prescripteurs, en particulier les médecins de ville, et les patients. En effet les patients de l'hôpital sont d'abord les patients des médecins de ville, et à ce titre ils sauraient reprocher à leur médecin traitant un adressage qui ne correspondrait pas à leurs attentes. Il y a donc, au contraire, convergence d'intérêt ultime entre les patients et les prescripteurs de soins hospitaliers. En tant qu'usager, le patient sera toutefois sensible à des paramètres relativement sans importance pour la grande majorité des prescripteurs, tels que la qualité de l'accueil ou la disponibilité de places de parking. A ce titre, il convient de les étudier séparément, en particulier si l'on souhaite avoir une action directe envers les patients.

## **2.2 Les 4 P du marketing hospitalier**

Traditionnellement, une offre marketing, encore appelée marketing mix, se définit par les quatre P suivant (encore issus du vocabulaire anglo-saxon) : le produit, son prix, sa place

---

<sup>3</sup> DUBOIS Bernard, *Le marketing management hospitalier*

<sup>4</sup> BUREL Paul, « Les mutuelles indiqueront les « bons » hôpitaux », *Ouest France*

ou lieu de vente, c'est à dire son mode de distribution et enfin la promotion ou communication qui l'accompagne.

### **2.2.1 Le Produit :**

Le produit est souvent considéré comme l'élément fondamental du marketing mix. Il faut entendre produit au sens large, c'est à dire d'une part un produit physique ou un service, mais également une offre complète. Par exemple un produit hospitalier sera une offre de prise en charge médicale, mais également soignante et hôtelière avec une gestion de la pré-admission, de l'admission et de la sortie du patient. L'offre sera dès lors définie comme plus ou moins intégrée verticalement, de l'amont vers l'aval.

Par ailleurs l'offre globale ou le « catalogue » de produits est également déterminant. Une offre « complète » (Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) plus Soins de Suite et Réadaptation (SSR) plus Unité de Soins de Longue Durée (USLD) plus Maison de Retraite (MR) par exemple) ou spécialisée dans un domaine (cancérologie ou psychiatrie) a un impact différent tant auprès des usagers que des prescripteurs. L'offre sera ici dite plus ou moins intégrée horizontalement.

L'intensité technologique du produit est une autre dimension qui se superpose aux deux précédentes. C'est ainsi que l'hebdomadaire *Le Point*<sup>5</sup> classe les différents établissements hospitaliers en fonction, non seulement de leur degré de spécialisation (proportion de certains Groupes Homogènes de Séjour (GHS) dans le case-mix total), mais aussi de leur technicité (représenté par la valeur moyenne du GHS).

On considère souvent que sans « bon » produit, point de salut ! Cela est d'autant plus vrai que l'on se situe davantage dans le domaine du marketing « B to B », où l'acheteur ou le prescripteur est capable d'évaluer la performance « technique » du produit ou du service. Dans le domaine de la santé, et particulièrement de l'offre hospitalière soumise à la prescription, nous sommes bien dans ce cas de figure. Il est en effet fondamental que l'hôpital offre un bon produit, pour des raisons éthiques tout d'abord, de santé publique ensuite mais aussi pour que l'hôpital soit prescrit par la médecine de ville ou les associations d'usagers par exemple.

La stratégie médicale, le plus souvent énoncée dans le projet médical de l'établissement, mais aussi les stratégies et projets soignants, hôteliers et sociaux, sont dès lors fondamentaux.

Qu'appelle-t-on un bon produit ? Dans une approche marketing, le « bon » produit ne se définit pas de façon intrinsèque, c'est à dire en fonction de ses caractéristiques

techniques, mais en fonction de la satisfaction qu'il apporte à ses utilisateurs. Et dans le cas de l'hôpital, l'utilisateur ne peut être réduit au patient mais doit être étendu au prescripteur qui va confier son patient à tel ou tel établissement. En Grande-Bretagne, cet état de fait est clairement entériné, puisque ce sont les structures de soins primaires employant les GP (General Practitioners ou médecins généralistes de villes), qui achètent les soins hospitaliers.

Le « bon » produit hospitalier, en termes marketing toujours, est donc celui qui donne satisfaction tant au patient qu'au médecin ou à la structure qui adresse le patient. Rien ne sert donc, dans ce cadre, de proposer la dernière technologie (chirurgie robotisée par exemple), si celle-ci ne rencontre pas une demande clairement exprimée.

En revanche, toujours dans une optique de captation de marché, il faut tout de même être attentif au cycle de vie de produit et aux évolutions technologiques de celui-ci. Classiquement encore, le produit ou service suit quatre phases dans sa vie : le lancement, la croissance, la maturité puis le déclin. La gestion marketing consiste à gérer son portefeuille de produits en fonction de leurs positions respectives dans ce cycle. Ainsi les techniques opératoires suivent ces courbes de vie. La cœlioscopie ou la chirurgie ambulatoire sont typiquement des nouvelles techniques ou nouvelles formes de prise en charge qui sont passées par les premières phases du cycle : lancement et croissance et qui atteignent actuellement leur maturité dans les établissements privés. En revanche, l'hôpital public est encore, en moyenne, en retard d'une phase. L'inconvénient ne se manifeste pas forcément en terme de qualité des soins (c'est là une affaire de spécialistes médicaux), mais en terme de captation du marché et de rentabilité pour les établissements. En effet, le fait de ne pas suivre la demande du marché (qu'elle soit justifiée ou non), réduit le niveau d'activité de l'établissement au profit de ceux qui la suivent. Ces derniers bénéficient alors d'effets de position dominante, d'échelle et d'expérience qui améliorent leur rentabilité. Dans un système de jeu à somme nulle, cela veut dire en conséquence, une perte de rentabilité pour les autres.

Il faut toutefois souligner d'emblée la difficulté qui se pose dans le secteur de la santé où les prix sont administrés. Le lancement d'une nouvelle activité ou nouveau service ne peut être financé qu'avec l'accord de l'Assurance Maladie ou de l'Etat, qui accepte ou non de prendre en charge les coûts afférents. La gestion du portefeuille produit est donc fortement dépendante de la politique de prix qu'il est possible de mettre en œuvre et que nous verrons dans le paragraphe suivant. Elle est également dépendante du système des autorisations gérées par l'Etat.

---

<sup>5</sup> Le Point du 28 août 2008, « Hôpitaux : Le Palmarès 2008 – 700 établissements au banc d'essai – Les meilleurs, ville par ville, pour 50 spécialités », Exposé de la méthodologie utilisée p.101

Prenons deux exemples. Supposons qu'un hôpital veuille se lancer dans les coloscopies par scanner pour des raisons à la fois médicales de meilleur dépistage éventuel de pathologies du colon, de recherche d'un plus grand confort du patient mais aussi pour se positionner sur un marché a priori porteur. Cela ne sera possible que si d'une part il obtient l'autorisation de la part de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et que d'autre part il existe un système de financement par un GHS ou des fonds Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Un autre exemple est celui d'un hôpital qui souhaite développer en 2008 une activité de SSR car il constate une forte demande et en plus la nécessité de libérer des lits d'hospitalisation complète indûment utilisés. L'activité de SSR n'est pas actuellement rémunérée à l'activité mais est encore financée par le régime de la dotation globale. L'hôpital ne peut donc pas financer cette nouvelle activité, à moins de négocier avec l'ARH des financements ad-hoc.

Une autre spécificité des produits hospitaliers est leur forte valeur ajoutée qui peut être tant humaine que technologique, et souvent les deux à la fois. Dans l'exemple précédent, l'investissement dans un coloscanner nécessite à la fois un investissement financier important pour le matériel et les locaux, mais aussi un personnel formé de haut niveau. Le développement de consultations spécialisées comme la douleur, la mémoire ou les soins palliatifs par exemple, ne nécessite pas d'investissements capitalistiques, mais des ressources humaines qualifiées et le processus de ces consultations n'est pas « industrialisable ». Cette contrainte pèse fortement sur la souplesse et la réactivité d'une politique produit hospitalière. En même temps, ce qui est important c'est de pouvoir réagir en fonction des évolutions de la demande de soins, qui sont plus ou moins rapides suivant les spécialités.

### **2.2.2 Le Prix :**

A priori, l'hôpital a peu de prises sur ce déterminant de l'offre marketing. En effet, les prix sont administrés et hors GHS, MIGAC ou forfaits divers, l'hôpital ne peut pas obtenir de rémunération pour son activité.

Il existe toutefois une marge de manœuvre, mais sans doute pas pour très longtemps. En effet 20 à 30 % de la rémunération des séjours hospitaliers sont soumis au ticket modérateur pris en charge par le patient ou par sa mutuelle. Or ces tickets modérateurs ne sont pas encore fonction des tarifs des séjours, mais calculés sur la base de forfaits journaliers, eux-mêmes reflète des coûts de l'hôpital. Une certaine souplesse existe sur la fixation de ces tarifs qui doivent toutefois être acceptés par le Conseil d'Administration de l'hôpital et par l'ARH. En revanche la contrainte provient et proviendra de plus en plus des mutuelles (voire des patients sans mutuelle) qui préconiseront les établissements offrant le meilleur rapport qualité / prix. Le calcul du ticket modérateur sur la base des GHS, bien

que régulièrement retardé, devrait toutefois être effectif dans les années qui viennent, et enlever cette légère marge de manœuvre.

Les seuls tarifs non administrés sont ceux des prestations annexes ou secondaires : chambre individuelle, téléphone, télévision, cafétéria, parking... qui peuvent constituer des revenus accessoires pour des prestations certes également accessoires mais participant de l'attractivité de l'hôpital. Les personnes séjournant à l'hôpital étant d'une certaine façon « captives », l'élasticité de la demande au prix est sans doute faible. La décence contraint toutefois à appliquer des tarifs raisonnables du fait de la mission de service public de l'hôpital et des situations psychologiques et sociales des usagers. Cela impose donc une bonne gestion de ces services, avec un niveau d'exigence correspondant aux besoins de la « patientèle », et une comptabilité analytique permettant de facturer ces services au prix de revient plus éventuellement une marge permettant des réinvestissements.

Le prix n'est donc pas vraiment une variable de l'action marketing de l'hôpital. En revanche le fait qu'il soit fixé par le biais des GHS, MIGAC et forfaits, engendre une rétroaction sur la politique produit. Nous avons vu l'exemple du SSR précédemment mais les incidences s'observent également sur les activités courantes de l'hôpital. Ce sont les effets pervers du système. Ainsi, le mode de calcul d'un GHS peut inciter à multiplier des actes non indispensables, de façon non économique pour la collectivité, parfois au détriment du confort des patients (hospitalisations répétées pour pouvoir faire de la chirurgie ambulatoire par exemple). De même, certaines pratiques mal rémunérées peuvent être abandonnées au détriment de la qualité de la prise en charge du patient. Les effets de seuil sur certains forfaits (urgences par exemple) peuvent également inciter à configurer son offre ou son activité en fonction de ces seuils.

### **2.2.3 La Place :**

Par place, on entend emplacement, ou dans le contexte de l'entreprise le réseau de distribution.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers, cet élément du marketing mix semble également très contraint, si on le réduit à l'emplacement. En effet, du fait du poids de l'investissement nécessaire, du patrimoine immobilier existant, mais aussi du cadre institutionnel dans lesquels ils opèrent (SROS, PMT, Conseil d'Administration présidé par le Maire de la commune d'installation), les hôpitaux ont peu de marges de manœuvre.

Toutefois, tant les nouvelles formes d'hospitalisation (Hospitalisation à Domicile (HAD), Hôpital de Jour) que l'actualité institutionnelle (Communautés hospitalières de territoire) ou les contraintes économiques qui poussent aux restructurations, donnent des possibilités d'actions nouvelles en la matière. Les évolutions technologiques telles que la télémédecine et l'utilisation de moyens de transport appropriés également.

En revanche, le réseau de distribution englobe le réseau de prescription. Dans ce cadre, le concept devient fondamental pour analyser un des principaux leviers de l'attractivité de l'hôpital.

#### **2.2.4 La Promotion :**

Il s'agit plus globalement de la communication externe de l'hôpital, même si la communication interne peut être un outil d'information et de motivation au service du « marketing » de l'hôpital.

La dimension communication du marketing est souvent celle mise en exergue lorsque les hôpitaux s'essaient au marketing. En effet, c'est par définition la plus visible, mais ce n'est aussi que la partie émergée de la démarche marketing. Souvent résumée par le « faire-savoir », elle est indissociable du « savoir-faire » de l'hôpital qui doit faire l'objet de la promotion.

Le fait d'avoir défini le marketing hospitalier comme appartenant simultanément aux deux grandes familles du marketing que sont le « B to B » et le « B to C », impose à la communication hospitalière de respecter les logiques qui sous-tendent ces deux univers. Dans le cadre de sa communication auprès des professionnels de santé, l'hôpital doit mettre en avant ses performances techniques (correspondantes aux attentes de ces professionnels) et son organisation pratique vis à vis d'eux. Les supports de communication utilisés doivent être ceux qui permettent de les toucher : lettre professionnelle, formations continues, extranet réservé aux professionnels de santé... En ce qui concerne sa communication auprès du grand public, le support doit également être adapté : presse locale, livret d'accueil, site internet, décoration et animation du hall d'accueil, signalétique..., et le message doit correspondre aux attentes de cette « cible » : réassurance, prise en charge de la douleur, confort, notoriété générale, etc.

Le fait de devoir interagir tant avec le monde professionnel au sens large : médecine de ville, autres établissements sanitaires, établissements médico-sociaux, autres professionnels de santé de ville... qu'avec le citoyen individuellement ou regroupé en association, oblige l'hôpital à définir une stratégie de communication auprès de chacune de ces cibles et à se doter des moyens techniques et financiers pour les mettre en œuvre. Comme pour l'ensemble de ses activités, le fait d'évoluer dans un contexte contraint financièrement, l'obligera à établir des priorités qu'il définira en fonction des retours sur investissements attendus. Par ailleurs, pour ce qui est des messages et des modalités de diffusion de cette communication, l'hôpital doit respecter les contraintes légales qui s'imposent à lui et au monde de la santé en général.

Cette double communication devant 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, se

doit de s'appuyer d'abord sur des performances réelles de l'établissement. C'est pour cela que le « produit », en particulier dans le domaine à très forte responsabilité qu'est la santé, est primordial. La communication est conçue pour le mettre en avant mais ne peut en aucun cas le précéder comme dans d'autres secteurs d'activité, où la valeur de l'image est prépondérante (secteur de la mode par exemple).

### **3 Les outils du marketing à l'hôpital**

#### **3.1 Les études de marché :**

Les études de marché proprement dites, c'est-à-dire celles visant la recherche d'activités nouvelles pouvant être développées dans l'intérêt tant des patients que des structures hospitalières, ne font pas véritablement partie des outils marketing des établissements.

En effet la santé relève d'une préoccupation publique et à ce titre les besoins sont étudiés en amont, tant au niveau international, national ou local, par des structures publiques et universitaires, qui définissent des taux de prévalence (qui appliqués à la population du bassin de population définissent le marché potentiel) et les solutions thérapeutiques à apporter (recherche médicale). Au niveau national, régional et local les besoins sont ensuite déclinés, en concertation entre les établissements de santé et les ARH. C'est tout l'objet des SROS, PMT et Objectifs Quantifiés d'Offre de Soins (OQOS).

Toutefois les établissements de santé restent indépendants dans leur gestion, et la planification établie par les outils précédents s'applique de façon incertaine. C'est en particulier le cas pour la répartition des activités entre établissement sur une même région ou un même territoire. En particulier, la présence d'un secteur privé, non soumis à la tutelle de l'Etat pour la majeure partie de sa gestion, crée une véritable concurrence sur les territoires, qui peut inciter à se préoccuper de l'évolution de la demande de soins et à se positionner en force sur les secteurs les plus « porteurs » en volume ou en rémunération. C'est ce qui s'est passé par exemple sur les activités de chirurgie, de chirurgie ambulatoire ou d'endoscopie.

Dans ce cas, et en particulier pour les « technologies » émergentes, il peut être intéressant pour un établissement d'évaluer la taille potentielle d'un marché, de façon à se positionner ou non sur celui-ci. Cette démarche de concurrence est toutefois contraire à la définition du service public, qui doit certes remplir toute sa mission mais rien que sa mission. Son objectif n'étant pas de maximiser sa rentabilité mais d'apporter une réponse sanitaire à son territoire d'attraction naturelle ou planifiée, il lui est difficile de mettre en place une stratégie offensive de prise de part de marché sur des territoires relevant de la « compétence » d'autres établissements. Il doit toutefois mettre tout en œuvre pour remplir la mission qui lui incombe et à ce titre il se doit de bien connaître son marché.

Dans ces conditions l'étude de marché se justifie. L'étude de la « concurrence » également, puisque le secteur privé est beaucoup plus libre dans son rayon d'action et les autres établissements publics, contraints par la nécessité d'activité peuvent également être amenés à déborder de leur territoire. Par ailleurs la définition administrative du territoire d'attractivité d'un établissement ne correspond pas toujours à la réalité qui elle est déterminée par des facteurs géographiques, logistiques, historiques ou sociologiques. En résumé, l'étude de marché doit être un outil pour les établissements publics hospitaliers, au moment des choix stratégiques que constituent l'élaboration des SROS, PMT, OQOS et projet médical. Ce n'est pas en revanche une démarche opportuniste, visant à détecter et exploiter des créneaux porteurs, car tel n'est pas le rôle d'un établissement public de santé. En revanche, une fois la stratégie de marché définie, une marge de manœuvre existe dans les solutions que l'hôpital peut proposer. Si on prend l'exemple des chimiothérapies, l'hôpital peut décider de les réaliser dans les services d'hospitalisation classique, en hôpital de semaine ou en hôpital de jour. Pour les dialyses rénales, il peut offrir des services d'hémodialyse complète, de dialyse médicalisée ou de dialyse péritonéale ou les trois en même temps en fonction du besoin de la population. Une bonne connaissance des besoins des populations visées mais aussi des choix de prise en charge privilégiés par les prescripteurs est alors nécessaire, pour définir les modalités de prise en charge à mettre en œuvre.

### **3.2 L'analyse des bases de données : quantitatif et historique**

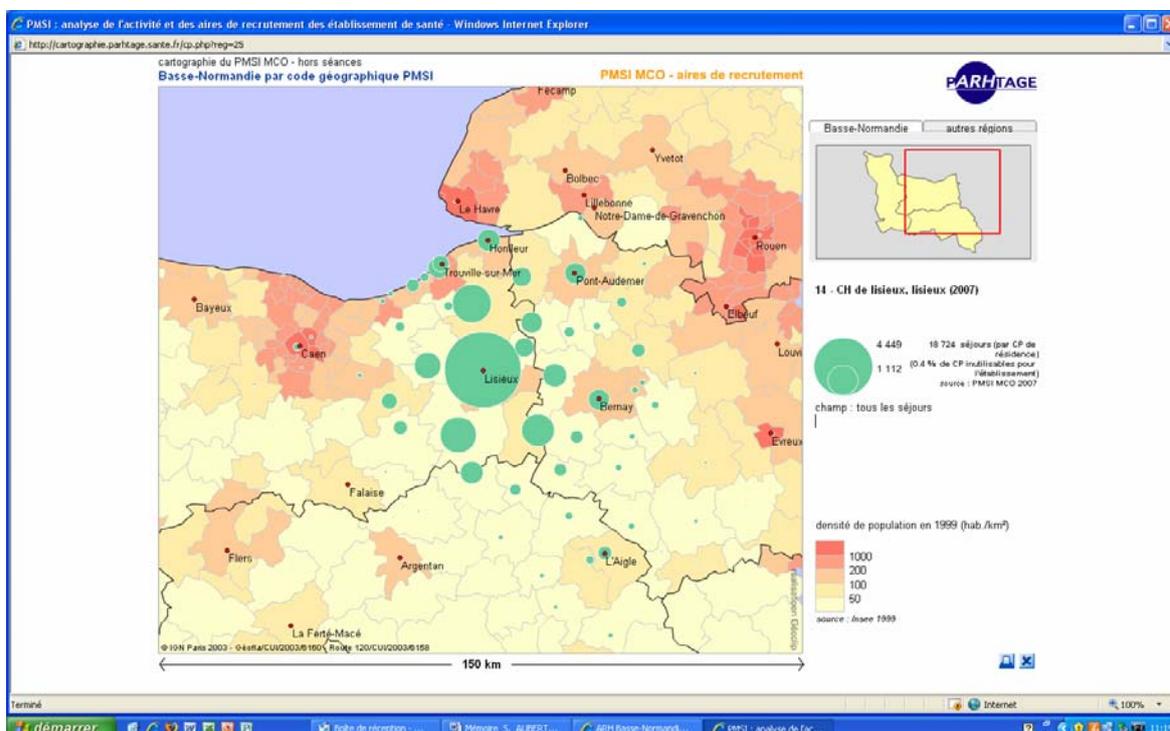
Les bases de données, en particulier celles issues du PMSI, sont une source d'information précieuse pour permettre à l'hôpital d'analyser dans quelles conditions il remplit sa mission qui est d'apporter une solution de prise en charge aux habitants de son territoire d'attraction naturel.

Une première étape consiste donc à identifier le territoire d'attraction « naturel » et donc légitime d'un hôpital, d'en calculer la population et ainsi de définir son « marché » non seulement théorique mais auquel il se doit d'accéder. Ce territoire varie en fonction de l'implantation des autres établissements qui l'entourent, de sa ou ses vocations (hôpital local, hôpital de proximité, centre hospitalier de recours, centre hospitalier régional voire universitaire) mais aussi des axes de communication, de l'organisation des transports en commun et des flux historiques ou sociologiques de population (par exemple en milieu rural l'existence d'un marché majeur dans la ville d'implantation de l'hôpital peut être un facteur d'attraction de la population environnante qui peut parfois la faire venir de loin ; la notion de pays peut également être pertinente ; l'existence de filière de soins préalables peut générer une véritable inertie dans les mouvements de population pour se faire

soigner). Chaque territoire doit donc être analysé à l'aune de ces différents facteurs si l'on veut pouvoir définir quel est le « marché » potentiel et légitime de l'hôpital.

Lorsque l'on analyse les bases du PMSI, il est possible de cartographier très précisément l'origine géographique des patients qui viennent se faire soigner dans un établissement. Généralement, pour un hôpital général, ces patients sont localisés prioritairement dans la commune d'implantation, puis dans les communes limitrophes et ainsi de suite en cercles concentriques autour de l'hôpital. Il arrive toutefois, que pour les raisons évoquées plus haut mais aussi du fait de l'attractivité particulière d'un établissement, que des axes plus atypiques d'attraction se dégagent. Les territoires frontières avec d'autres établissements apparaissent également très clairement. Ce sont des communes ou des communautés de communes dans lesquelles les patients se partagent entre plusieurs hôpitaux. Pour un hôpital public, il apparaîtrait de bonne performance d'être quasiment monopolistique sur ses spécialités uniques sur son territoire légitime. Une définition opératoire possible est de définir ce territoire comme étant celui qui rassemble 80% de ses patients. Au-delà, ce sont des territoires frontières où il est logique de se partager les patients. L'identification de ce territoire se fait avec le DIM et une représentation visuelle est disponible sur le site portail des ARH : PARHTAGE<sup>6</sup>.

Aire de recrutement de l'hôpital de Lisieux (où réalise-t-il son chiffre d'affaires ?) :

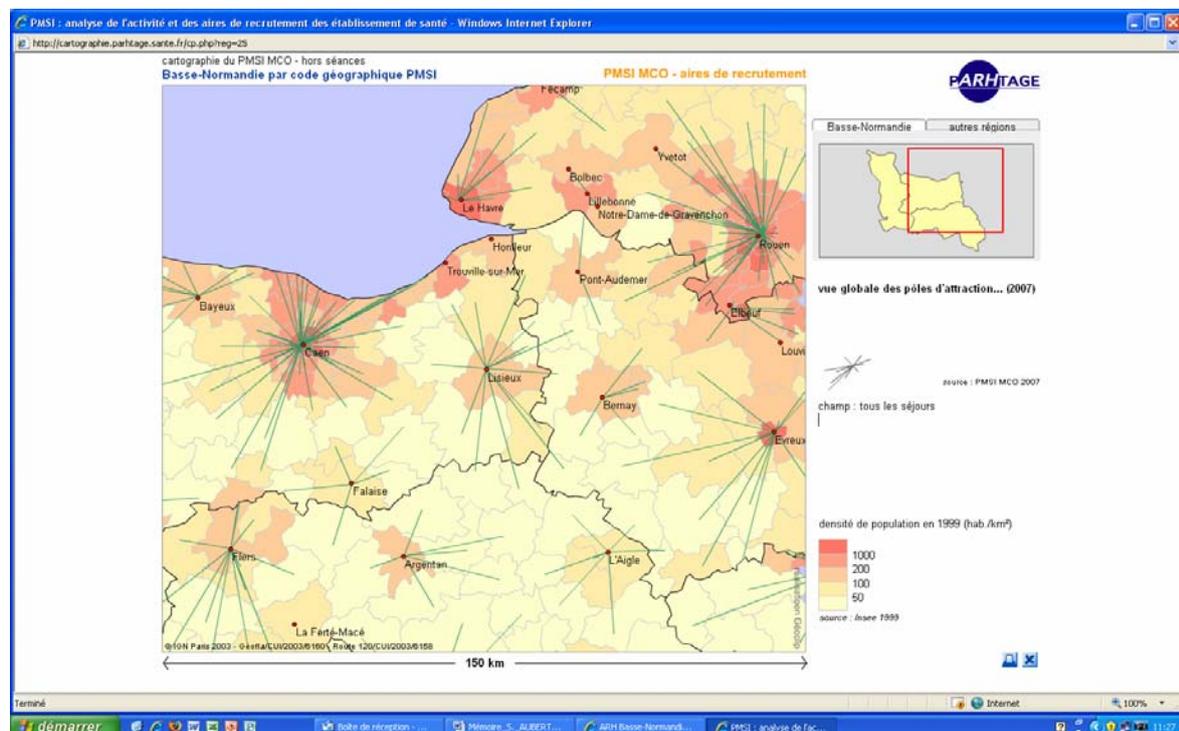


<sup>6</sup> <http://cartographie.parhtage.sante.fr>

A ce stade, il convient de bien distinguer zone de recrutement et zone d'attractivité. La zone de recrutement, telle que représentée sur la carte précédente, correspond aux communes de provenance des patients d'un établissement. Le fait de l'étudier correspond à une préoccupation de gestion qui consiste à savoir d'où vient géographiquement l'activité ou le chiffre d'affaires d'un hôpital. L'étude de la zone d'attractivité, représentée sur la carte suivante, correspond elle à une démarche marketing. Celle-ci consiste à savoir sur quelles communes l'hôpital a une part de marché majoritaire, c'est-à-dire où est-il performant par rapport à ses concurrents ?

Dans les faits, pour les hôpitaux de taille moyenne (Centres Hospitaliers Généraux (CHG)), ces deux zones se superposent<sup>7</sup>, ce qui peut indiquer que le poids du facteur proximité dans l'attractivité est fort, sauf pour les structures extrêmes : Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et hôpitaux locaux (HL).

Aire d'attractivité de l'hôpital de Lisieux (où est-il fort par rapport à ses concurrents ?) :



L'enjeu marketing pour un hôpital public, est de maximiser son attractivité sur son territoire de référence pour les activités qui lui sont dévolues. Sur le territoire représentant 80% de ses patients et pour les spécialités qu'il est le seul à offrir, ses « parts de marché » devraient être de l'ordre de 100%, sauf situations modifiant la logique de la

<sup>7</sup> Etude ADYSTA 2007 – Laurent TARDIF

proximité territoriale, telles que l'hospitalisation sur son lieu de vacances ou le choix de son hospitalisation près de sa famille par exemple. En revanche, pour les activités où l'hôpital public se trouve en concurrence, avec le secteur privé sur son territoire de référence ou avec d'autres établissements privés sur les territoires frontières, il n'y a pas de « part de marché » (PDM) naturelle ou prédéfinie. Ce sont les performances respectives des différents établissements qui définissent les PDM.

Le système est toutefois encadré par le dispositif des OQOS. Chaque établissement contractualise pour trois ans avec son ARH sur une borne basse et une borne haute d'activité, qu'il s'engage à ne pas dépasser. Des pénalités financières devraient même être imposées aux établissements qui les dépasseraient. Ce système qui date de 2007 seulement pose toutefois question. On peut d'une part se demander quelle est la pertinence des objectifs fixés ? En effet les modalités de calcul ont été laissées au libre choix des ARH. Beaucoup d'entre elles se sont contentées de maintenir les situations historiques, en affectant les PDM de chaque établissement d'un taux de croissance annuel uniforme. Or rien ne dit que les situations historiques sont celles qui satisfont le mieux le patient et que des mouvements de population ne perturberont pas cet équilibre ex-ante. D'autre part, comment un établissement peut-il garantir un niveau d'activité sur un marché concurrentiel, où le patient est libre de choisir l'hôpital ou la clinique de son choix, où les prescripteurs sont libres de prescrire les établissements de leurs choix, et où donc c'est la performance relative (par rapport aux concurrents) qui compte et non pas celle absolue ? Certes, il peut s'employer à contrôler l'évolution de son activité, mais le système des bornes hautes et basses, le contraindrait à jouer à la fois de l'accélérateur et du frein selon les situations. Le rôle d'un hôpital est de faire de son mieux pour apporter des solutions de santé à ses patients. Il s'oriente dans cette perspective dynamique et il lui est difficile, voire illégitime, d'y mettre fin sous prétexte que son plafond d'activité autorisé est dépassé. Il est en effet tentant pour les pouvoirs publics de vouloir et les avantages du système concurrentiel : amélioration du service offert et des coûts, et les avantages du système encadré : respect des équilibres entre établissements et d'un budget de santé global. Malheureusement ceux-ci ne sont pas toujours compatibles.

L'hôpital doit donc se préoccuper de deux facteurs clés pour optimiser sa performance marketing : ses taux de fuite et ses parts de marché.

Les taux de fuite sont les pourcentages de patients du territoire de référence (celui qui circonscrit l'établissement et constitue son bassin de population attiré, et qui se confond le plus souvent avec celui qui attire 80% des patients de l'hôpital), qui au lieu d'aller vers les offreurs du territoire, vont vers d'autres offreurs, publics ou privés. Les bases du PMSI permettent d'identifier à la fois le nombre de patients qui « fuient » les hôpitaux et

cliniques vers lequel ils devraient logiquement aller et les actes pour lesquels ils le font. Elles ne donnent pas les causes de ces fuites. On ne peut pas distinguer par exemple les causes occasionnelles : vacances, rapprochement familial, accident à proximité, maladie d'un chirurgien ou d'un médecin..., des causes de fond comme une déficience dans la qualité de la prise en charge ou l'impossibilité de recruter un praticien dans la spécialité concernée. En revanche, elles quantifient ces situations et indiquent si un établissement remplit complètement sa mission pour les spécialités où il est monopolistique sur son territoire par exemple. L'évolution sur plusieurs années lisse les phénomènes conjoncturels et définit la performance de l'établissement, c'est à dire l'amélioration ou la détérioration de sa situation.

A ce propos, il est intéressant de noter que les taux de fuite, tels qu'ils sont mesurés par la Banque de Données Hospitalières de France (BDHF) ou le magazine le Point, ne sont pas en soi forcément pertinents. En effet ce qui est mesuré par la BDHF, ce sont ces fuites non pas par rapport au territoire d'attraction naturel de l'établissement, mais par rapport au territoire administratif défini par les ARH. Il peut y avoir concordance mais également discordance. Dans le cas de l'hôpital de Lisieux, qui fait partie du territoire nord-est du Calvados, l'on constate quelques fuites en dehors de son territoire sanitaire (administratif) vers l'ouest essentiellement (hôpitaux et cliniques de Caen), mais surtout un phénomène d'attraction de patients provenant des territoires situés à l'est, ce qui en conséquence signifie également des fuites théoriques de sens inverse pour ces territoires limitrophes. Si l'on raisonnait à partir des territoires d'attraction réels, les taux de fuite tant positifs que négatifs seraient limités. On voit également le risque qu'il pourrait y avoir à raisonner de façon globale, les différents flux se compensant in fine pour constituer une répartition de l'activité globale satisfaisante. De même, l'hebdomadaire Le Point utilise comme critère d'attractivité, le nombre de patients provenant d'un autre département par rapport à ceux qui proviennent du département de localisation de l'établissement. Les établissements limitrophes de frontières départementales se trouvent dès lors très bien notés sur ce critère. On voit donc bien l'importance de la définition du territoire naturel ou légitime d'un établissement, si l'on veut tenir un raisonnement marketing à son égard.

La notion de part de marché est également prépondérante et ne s'applique, par définition, que sur les spécialités où l'hôpital se trouve en concurrence. Il s'agit pour rappel, et par construction de l'organisation sanitaire, de la concurrence privée sur le territoire de référence de l'hôpital mais aussi hors de ce territoire (il y a dès lors concurrence plus fuite du territoire) et de la concurrence publique, le plus généralement sur les territoires frontières mais parfois également sur le territoire de référence (et dans ce dernier cas, il y a également « fuite » du territoire).

Comme nous l'avons déjà indiqué, la part de marché est le seul critère de performance marketing ou d'activité pertinent, en particulier dans un contexte d'enveloppe financière fixe telle qu'elle est définie par l'ONDAM. En effet, en termes de revenus, il n'est pas suffisant d'augmenter son activité si cette augmentation est inférieure à celle réalisée par les concurrents, sauf si l'ONDAM autorise une croissance en volume de l'activité. En effet l'ONDAM est voté chaque année en légère augmentation, ceci pour prendre en compte l'évolution des coûts mais aussi l'augmentation en volume de l'activité. Toutefois, si l'augmentation des coûts seule, absorbe le total de l'augmentation de l'ONDAM, il n'y a plus de possibilités de financement d'un accroissement en volume de l'activité. Si l'augmentation des coûts absorbe de façon partielle l'augmentation de l'ONDAM, le financement de l'accroissement en volume de l'activité est partiel également. C'est ce que reflète le fait que même avec un ONDAM, ou plus exactement l'Objectif de Dépenses de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (ODMCO), c'est à dire la partie de l'ONDAM consacrée aux dépenses hospitalières MCO, en progression de 2,8 % en 2008, les tarifs diminuent de 3 %. Dans cette situation, un hôpital doit augmenter son activité globale (en chiffre d'affaires et non en volume) d'au moins le taux de la baisse des tarifs pour maintenir son niveau de revenus. Par ailleurs, l'enveloppe étant normalement indépassable, si globalement l'ensemble de l'activité en euros des hôpitaux augmente plus que le taux de baisse des tarifs, les tarifs sont revus à la baisse, et les hôpitaux doivent améliorer leur productivité pour absorber ce différentiel, sous peine de générer un déficit. Et donc pour en venir à la dimension concurrentielle, un hôpital peut augmenter son activité mais diminuer ses revenus soit parce que cette augmentation est inférieure à la baisse des tarifs, soit parce que ses concurrents augmentent davantage que lui leur activité, faisant dépasser le volume global d'activité du plafond global prévu et les tarifs sont à nouveau revus à la baisse. Dans un système non concerté, l'incitation est donc d'augmenter au maximum son activité pour faire mieux que ses concurrents, et cela malgré le garde-fou que souhaiteraient établir les OQOS.

La part de marché est également le meilleur garant de la performance réelle d'un établissement. En effet l'augmentation ou la diminution, en volume de l'activité, n'est pas en soi une performance ou une contre-performance. Cela dépend de l'évolution globale du marché. Si, sur un marché en croissance, l'établissement accroît son activité, mais en moindre proportion que celle du marché, sa performance est relativement moins bonne que celle de ses concurrents pris dans leur ensemble. Et sa rémunération peut donc chuter. A l'inverse si, sur un marché en décroissance, l'activité d'un établissement décroît, mais moins vite que celle du marché, sa performance relative est meilleure que celle de ses concurrents et au global (pas sur le marché précis mais l'ONDAM MCO globalise l'ensemble des marchés MCO) ses revenus peuvent augmenter, car sa performance globale peut être meilleure que celle de ses concurrents.

Toujours est-il qu'un établissement doit non seulement identifier l'évolution des marchés sur lesquels il opère, mais également analyser sa performance en termes de parts de marché. En termes purement marketing, son objectif devrait être d'avoir les plus grosses parts de marché sur les marchés en plus forte croissance. A l'inverse, il pourrait avoir intérêt à se désengager des activités en décroissance et sur lesquelles il n'a pas une PDM suffisante, pour générer les effets d'échelle permettant de dégager de la rentabilité. La question ne se pose bien sûr pas ainsi à l'hôpital public, en revanche cette logique sous-tend toute activité privée qui se doit d'être au minimum équilibrée financièrement. Les cliniques privées peuvent donc être amenées à agir dans ce sens, et l'hôpital public devrait chercher à en anticiper les conséquences éventuelles. L'hôpital public, de par ses missions tant de service public que de garant de l'accès aux soins pour tous, n'a pas cette latitude et peut être amené à conserver des activités non rentables faute d'un marché suffisant. Ce n'est pas forcément un problème dans la mesure où la décision est prise en connaissance de cause, mais cela limite la possibilité de mener jusqu'au bout la logique marketing à l'hôpital.

Nous venons d'indiquer la notion de marchés au pluriel. En effet si l'hôpital opère globalement sur le marché de la santé nécessitant une hospitalisation, celui-ci n'est pas uniforme et fait l'objet de ce que l'on nomme en marketing une segmentation. L'hôpital intervient sur plusieurs segments de marché qui, regroupés, forment son marché total. Ces segments peuvent être des macro-segments comme la médecine, la chirurgie, l'obstétrique ou la psychiatrie mais aussi des micro-segments comme par exemple les angioplasties, elles-mêmes appartenant au segment de l'activité de cardiologie. Chaque segment a sa logique de fonctionnement, et peut faire l'objet comme nous l'avons vu plus haut, d'un marketing mix ad-hoc. Dans une optique de gestion de ses activités, l'hôpital devra définir avec quel degré de précision il analysera son marché et donc la segmentation qu'il se proposera de suivre.

A partir de la même base de données, à savoir le PMSI, plusieurs possibilités s'offrent à lui. Ces possibilités correspondent aux différentes nomenclatures existantes. La plus détaillée est celle qui reprend l'ensemble des Groupes Homogènes de Malades (GHM), soit plus de 800 au total, qui peuvent être regroupés en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique. Elle est difficilement opératoire au niveau de la gestion d'un établissement. Il est en effet difficile de suivre 800 segments d'activité avec régularité et pertinence. Elle l'est en revanche au niveau de la gestion d'un service, qui lui peut se concentrer sur quelques dizaines de GHM.

Deux nomenclatures effectuant des regroupements facilitant l'analyse, sont par de fait disponibles et semble-t-il régulièrement entretenues. Par entretien, nous entendons le fait de s'adapter à l'évolution de la liste de GHM (240 nouveaux GHM ont été créés en 2007).

Il s'agit de la nomenclature OAP (Outil d'Analyse du PMSI) développée par l'AP-HP et celle du Dr RUIZ, médecin DIM au CH d'Albi.

La nomenclature la plus usitée est l'OAP. Elle est détaillée en annexe. Elle regroupe les GHM selon une logique de pôles d'activité. Il en existe 23 au total. Cette première segmentation est toutefois insuffisante, car certains pôles englobent des activités de médecine et de chirurgie. Il faut donc passer à un retraitement, en la divisant entre activités de médecine et chirurgie, pour pouvoir faire des analyses marketing pertinentes (on passe alors à 46 segments de marché). Ainsi, au premier niveau, le pôle de cardiologie englobe la médecine cardiologique, la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque. Ce niveau n'est donc pas opératoire pour définir la politique d'un service d'un hôpital de recours par exemple. Or c'est bien au niveau du service, qu'il est souhaitable et possible d'analyser son marché et de définir une stratégie marketing. Ce sont les segments d'analyse les plus pertinents car ils présentent à la fois une cohérence d'approche médicale et une taille suffisante pour justifier une organisation hospitalière viable économiquement (pouvant par exemple assurer la permanence des soins 24h/24). La stratégie marketing peut ensuite se décliner au niveau des pôles (si ceux-ci ont été constitués dans une logique de marché), puis au niveau de l'établissement pour assurer une cohérence d'ensemble, mais aussi compléter la pertinence de l'offre dans ses aspects non-médicaux : soins infirmiers, paramédicaux, hôtellerie, organisation administrative... Le deuxième niveau de la nomenclature OAP recense environ 250 activités. L'analyse pertinente est dès lors possible mais déjà relativement lourde et technique.

La nomenclature du Dr RUIZ, également présentée en annexe, est de lecture plus directe pour coller à la segmentation marketing souhaitée par les établissements hospitaliers. Constituée d'un premier niveau de 63 segments d'activité, distinguant par des appellations spécifiques les activités de médecine des activités de chirurgie, elle permet de facilement se caler sur l'organisation des hôpitaux en services, eux-mêmes pertinents par rapport à la structuration du marché. Il est possible également d'isoler, dans les tableaux fournis par la BDHF, l'activité ambulatoire (<24h), en ne sachant pas toutefois dans cette base s'il s'agit des activités codées CM24, pouvant inclure une nuit à l'hôpital, ou les activités vraiment ambulatoires avec zéro nuit passée à l'hôpital. Un retraitement peut s'avérer nécessaire. L'activité qui se déroule sous forme de séances (chimiothérapies, dialyses, radiothérapies...) est par ailleurs en lecture directe dans le deuxième niveau de cette nomenclature, qui est constitué de 189 activités. L'avantage de cette nomenclature est donc de permettre une appréhension de la segmentation par des non-médecins tout en étant suffisamment précise pour être interprétable par les médecins. Elle ouvre la possibilité d'une élaboration partagée de la stratégie marketing entre gestionnaires et médecins. Elle permet également soit en lecture directe, soit après

quelques regroupements, de coller à l'activité des services, et donc de prendre des décisions opérationnelles en donnant l'information nécessaire aux centres de décision médicaux. Une lacune apparaît toutefois lorsque l'on souhaite isoler l'activité de pédiatrie, mais là encore, il est possible de faire des retraitements avec les services du DIM.

Des analyses très fines, pouvant intéresser les services et les médecins, peuvent toujours être effectuées au niveau des GHM et même à un niveau plus détaillé. La question est de savoir quel est le niveau d'agrégation pertinent pour comprendre ce qui se passe sur les marchés étudiés ?

En synthèse, l'analyse des bases de données du PMSI permet d'identifier et d'objectiver la performance en termes d'activité d'un établissement, par rapport à sa mission et par rapport à ses concurrents. Elle permet également d'identifier les marchés porteurs et ceux en déclin, ainsi que la performance de chaque établissement sur ces marchés.

Un tableau représentant ces performances comparées peut être établi chaque année au moment où les bases de données sont disponibles. Les délais d'obtention de ces bases nuisent toutefois à la fraîcheur de l'information et donc aux possibilités de réagir rapidement à des situations critiques. En effet les bases sont disponibles, pour une année civile écoulée, en général 10 mois après la fin de celle-ci. Par exemple, en août 2008, seules les données PMSI de 2006 peuvent être exploitées. Un exemple d'analyse sur trois ans : 2004-2006, pour l'hôpital de Lisieux et ses concurrents sur son territoire d'attraction principal (80% de ses patients), est présenté en annexe.

L'analyse des bases de données ne permet pas toutefois d'analyser les causes des performances constatées. Il faut également une connaissance des attentes des patients et des prescripteurs et des politiques menées par les établissements à leur égard, pour expliquer ces performances en termes d'activité. C'est l'objet des autres outils que nous allons détailler dans le paragraphe suivant.

### **3.3 Les enquêtes d'opinions et de satisfaction : qualitatif et prospectif**

Le choix d'un établissement pour se faire hospitaliser appartient au patient. Toutefois celui-ci prend rarement sa décision seul. La nécessité médicale de se faire hospitaliser est déterminée par le corps médical, le médecin généraliste de ville le plus souvent mais aussi les médecins spécialistes soit de ville soit de l'hôpital, dans le cadre de leurs consultations dites externes ou au sein du service des urgences. Il est clair que l'influence du médecin prescripteur est également forte dans le choix d'un établissement. Lorsque la prescription d'hospitalisation est faite par un médecin hospitalier, l'hôpital auquel il appartient est, dans la mesure où il propose la spécialité, quasiment toujours privilégié. Dans le cas d'une hospitalisation d'urgence, le choix du lieu d'hospitalisation s'impose le

plus souvent. L'hospitalisation d'urgence est pour ainsi dire un marché « captif » pour l'hôpital, sur lequel la concurrence ne joue pas. En revanche, le choix du service d'urgences vers lequel va se tourner le patient est dans une certaine mesure, en fonction de la criticité de l'état du patient, soumis à la concurrence.

L'hôpital dispose donc d'au moins 5 vecteurs pour augmenter l'attractivité de ses services d'hospitalisation :

Vecteurs directs	1. L'influence directe sur les patients
	2. L'influence sur l'entourage du patient
	3. L'influence sur les prescripteurs de soins hospitaliers
Vecteurs indirects	4. L'attractivité de ses consultations externes
	5. L'attractivité de son service des urgences pour les urgences différables

Mais pour pouvoir influencer ou attirer les patients, il faut savoir à quoi ceux-ci, leur entourage ou leurs prescripteurs, sont sensibles. A ce moment là, il sera possible d'offrir le marketing mix adéquat : le service adapté tant du point de vue médical que soignant, hôtelier et administratif, au « juste prix », au bon endroit et en le faisant savoir avec l'information ou la communication pertinente.

C'est tout l'objet des enquêtes de besoin, d'attentes, de notoriété ou de satisfaction des patients ou des prescripteurs.

Il est important, pour prioriser les actions marketing, de pondérer l'influence des cinq vecteurs précités. La bonne gestion marketing consiste à privilégier, tant d'un point de vue des actions que des moyens investis, les vecteurs qui auront le plus d'impact sur l'attractivité de l'établissement.

Pour ne pas oublier de vecteurs d'influence sur le choix de l'établissement, même si a priori ceux-ci sont bien répertoriés, il peut être intéressant de faire une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population du territoire en leur demandant d'une part, sur quels critères ils prendraient la décision du choix d'un établissement s'ils devaient être hospitalisés et d'autre part comment ils prendraient cette décision. Par l'outil statistique de l'analyse factorielle, il est ensuite possible de définir ces paramètres.

Par une analyse discriminante, il est ensuite possible de les hiérarchiser en fonction éventuellement des différentes catégories de population présentes sur le territoire. Cela peut toutefois être lourd et coûteux pour un établissement. Dans ce cas, il est possible de se procurer des statistiques nationales ou d'autres régions, qu'il faudra ensuite

éventuellement corriger des déterminants particuliers au territoire : âge moyen, catégories socioprofessionnelles représentées, milieu rural, urbain ou semi-rural, réseaux de transport.

Ce qui ressort des enquêtes déjà menées, c'est que tant le rôle des patients que celui des prescripteurs, sont incontournables dans le choix d'un hôpital. L'hôpital doit donc se doter des moyens de connaître les attentes de ces deux populations.

Pour connaître les attentes de la population du territoire de recrutement de l'hôpital, plusieurs outils sont disponibles. Etant donné la taille de la population potentiellement concernée (plusieurs dizaines de milliers de personnes pour un hôpital de recours), l'enquête statistique à partir d'un questionnaire préétabli, sur un échantillon représentatif, serait le plus pertinent. Le questionnaire serait établi soit à partir de quelques face à face qualitatifs avec des personnes représentatives de la population du territoire soit par un focus group qui consiste à faire débattre ces mêmes personnes au cours d'une réunion, pour extraire les problématiques et les pistes de réponses principales. Nous sommes là dans les techniques du marketing de grande consommation, qui sont coûteuses au niveau d'un établissement et qui devraient être mutualisées au niveau national, voire régional, puis exploitées avec des correctifs éventuels au niveau local.

Les études de satisfaction des patients, ponctuelles ou sous la forme de baromètres afin d'analyser les évolutions dans le temps, sont plus faciles et moins coûteuses à réaliser, car elles portent sur des personnes bien identifiées, plus disponibles et en général concernées par la problématique de l'hôpital. En revanche, elles ne visent pas le même objectif. Elles permettent d'étudier la qualité perçue du service rendu par l'hôpital et donc de mesurer quelle sera la probabilité que les patients traités par l'établissement, influencent positivement ou négativement le choix de leur entourage, si des membres de celui-ci devaient être hospitalisés. En fonction du poids que l'entourage a sur le choix d'un hôpital, mais aussi de celui du bouche à oreille, voire des médias qui relaient souvent les satisfactions individuelles des patients, et plus particulièrement les insatisfactions, il peut être important de privilégier ce type d'outil, à la fois pas trop coûteux et efficace pour l'analyse. L'efficacité sur l'attractivité dépendra elle des suites qui seront données à ces analyses. Ces études peuvent être faites par des enquêtes auprès des patients qui ont été hospitalisés ou à partir des questionnaires de satisfaction remplis par les patients avant de sortir de l'hôpital, si ceux-ci existent et sont remplis en quantité suffisante pour être significatifs. L'analyse des plaintes et réclamations peut aussi compléter les enquêtes précédentes, mais elles présentent forcément le biais propre à ce système : quelle est la représentativité de ces plaintes ? Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas en tenir compte.

Ces outils sont quasiment tous disponibles car ils participent des démarches qualité largement engagées dans beaucoup d'établissements.

Comme nous l'avons déjà évoqué, les attentes et critères de satisfaction privilégiés par les patients englobent l'ensemble de la prestation hospitalière, mais sont finalement plus détaillés sur ses aspects secondaires, c'est-à-dire la prise en charge hôtelière par exemple, car ce sont ceux sur lesquels ils possèdent le plus de compétences pour les analyser. En effet sur la prise en charge médicale, qui est de loin leur préoccupation principale, ils ont souvent peu d'éléments d'évaluation, si ce n'est le résultat ou l'avis d'experts extérieurs. Les enquêtes auprès des patients ou de la population générale permettront donc d'améliorer d'abord la prestation entourant la prestation médicale : organisation, soins, hôtellerie... plutôt que la prestation médicale elle-même.

Un exemple de questionnaire réalisé pour enquêter auprès de la population et des patients du territoire du CH de Lisieux, est joint en annexe.

Les critères de qualité médicale recherchés et l'appréciation de celle-ci (en dehors du résultat final qui est déterminant), sont donc essentiellement définis par les prescripteurs. D'où l'importance de leur rôle et l'importance de connaître leurs attentes et leurs appréciations du service rendu. Les techniques d'enquête vis-à-vis d'eux relèvent de celles du marketing « industriel » ou « professionnel », où les questionnaires sont beaucoup plus axés sur la technique, médicale ou de prise en charge soignante dans ce cas, et nécessitent souvent des entretiens en face à face, relativement longs et réalisés dans un climat de confiance. Le nombre d'enquêtes à réaliser est en revanche nettement plus réduit car l'ensemble de la population concernée ne dépasse pas souvent les quelques centaines de personnes et il n'est pas nécessaire de les interroger toutes. Idéalement ces entretiens devraient être réalisés soit par un médecin neutre, soit par un directeur d'hôpital assisté d'un médecin, soit par un directeur d'hôpital travaillant en concertation avec le corps médical. En fonction de l'enquêteur, l'exploitation sera plus ou moins approfondie techniquement. Cette enquête auprès des prescripteurs est cruciale puisque c'est elle qui permet d'évaluer les attentes en ce qui concerne le premier critère de d'adressage pour un prescripteur ou de choix pour un patient, qui revient dans toutes les enquêtes, à savoir le service médical rendu.

Un exemple de questionnaire réalisé pour enquêter auprès des prescripteurs de soins hospitaliers sur le territoire de recrutement du CH de Lisieux, est également joint en annexe.

Ces enquêtes auprès de la population et des prescripteurs du territoire de recrutement d'un hôpital permettent donc d'identifier les leviers sur lesquels l'hôpital doit s'appuyer pour favoriser son attractivité. La satisfaction recueillie sur ces mêmes critères permet de mesurer un élément de la performance marketing de l'hôpital. C'est donc par le pilotage

de cet élément, qu'il sera possible d'influer sur la performance en termes de revenus de l'Hôpital. Cela passera par une réduction des taux de fuite et une optimisation des parts de marché. C'est tout l'objet des plans d'action marketing.

## 4 Le plan d'actions marketing

L'exploitation des différents outils de compréhension du marché présentés précédemment, doit aboutir à la formalisation d'un plan d'actions marketing décliné en fonction du mix déjà présenté, c'est à dire les 4P, sachant que l'action sur les prix sera limitée essentiellement aux services annexes et de confort (chambres individuelles, télévision, parking...), à la résultante de la gestion interne de l'hôpital qui aboutira à des coûts de revient qui serviront de base à la fixation des tarifs journaliers et de façon marginale à la pratique tarifaire des praticiens qui ont une activité privée à l'hôpital. Le plan d'action marketing de l'hôpital sera donc essentiellement centré sur les produits et services, la distribution et la communication.

Une présentation matricielle répartissant ces actions entre les différents acteurs de l'établissement facilitera la mise en œuvre des plans, tout en montrant la cohérence de l'ensemble :

PLAN D'ACTION MARKETING			
Acteurs \ Actions	Produit/ Service	Localisation	Communication
Services de médecine			
Imagerie			
Services économiques			
Affaires médicales			
Autres...			

### 4.1 Actions sur le ou les produits et services :

#### 4.1.1 Niveau stratégique : le « portefeuille » des produits et services

Le « portefeuille » des services de l'hôpital est constitué en premier lieu des différentes spécialités médicales proposées. Les prestations connexes sont, par ordre d'importance

de la contribution à la prise en charge de ces soins, les soins infirmiers, paramédicaux et de confort, l'hôtellerie, l'assistance sociale et la prise en charge administrative. L'ensemble de ces services ainsi que le plateau technique, constituent l'offre globale de l'hôpital.

La gestion de cette offre se fait au travers du projet d'établissement de l'hôpital, qui est lui même la synthèse du projet médical, du projet soignant, du projet qualité, du plan directeur, du projet hôtelier, du schéma directeur informatique. Le fil rouge est toutefois constitué du projet médical qui est l'attente principale du marché, c'est à dire celle des patients et des prescripteurs.

Le corps médical est donc en première ligne dans la démarche « produit » de l'hôpital. C'est à lui de concevoir la réponse médicale la plus adaptée aux besoins des patients adressés par les médecins de ville. Cela nécessite pour eux, en plus de maîtriser l'état de l'art de leur spécialité, de bien connaître leur marché, les prescripteurs et les concurrents. Le DIM et les services administratifs apportent l'évaluation quantitative du marché par segments. Les enquêtes d'attentes et d'opinion auprès des prescripteurs, de la population, des usagers ainsi que la veille « technologique » apportent l'évaluation qualitative de la demande de ces segments. A partir de là, le corps médical propose des choix de spécialisations et des modalités de prise en charge.

La mise en œuvre de ces choix est ensuite contrainte par des paramètres administratifs, concurrentiels, de disponibilité médicale, techniques et enfin financiers, qui relèvent du niveau opérationnel, mais qui garantissent la faisabilité du niveau stratégique. La pénurie de médecins dans certaines régions et les difficultés financières de certains établissements face à des besoins d'investissements (immobilier, médico-techniques ou mobiliers) importants, peuvent toutefois contraindre la démarche marketing, et tout en partant d'une logique de besoins du patient, ne satisfaire que ceux pour lesquels l'hôpital a des moyens suffisants. On est alors à la croisée d'une logique de l'offre et d'une logique de la demande. L'hôpital répond à la demande pour autant qu'il en ait les moyens, et ses priorités seront tout autant influencées par les priorités de besoins médicaux que par ses contraintes dans l'élaboration du produit correspondant.

Il faut cependant noter qu'avec la tarification à l'activité, et sous réserve des aspects administrés de celle-ci (possibilité de baisse imposée des tarifs en cours de période), l'hôpital est en mesure, en fonction de ses prévisions d'activité justement, de calculer un retour sur investissement. Dans la mesure où il dispose soit d'un fonds de roulement suffisant soit d'une capacité d'emprunt, il peut donc décider de se lancer dans toute activité qui génère un retour financier suffisant pour couvrir ses amortissements, ses coûts de fonctionnement et éventuellement ses frais financiers. La démarche marketing constitue alors un outil indispensable d'aide à la décision pour tous les projets

d'investissements, permettant éventuellement de dépasser les limitations financières fixées a priori.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, un aspect stratégique majeur dans l'élaboration de l'offre de services est l'aspect gamme de celle-ci. Non seulement pour l'hôpital dans son ensemble, il est possible de faire varier l'aspect « largeur » ou « profondeur » de sa gamme d'activités, mais également pour chacun des segments de marché dans lequel il est présent. Ainsi la pertinence d'un hôpital général se trouve dans la « largeur » de sa gamme, c'est-à-dire le fait d'offrir une palette large de spécialités médicales permettant de répondre à tous les besoins de soins secondaires. Les soins secondaires correspondant à l'hospitalisation de premier niveau que ce soit en urgence ou en hospitalisation programmée. Ils se situent entre les soins de ville correspondant aux soins primaires et l'hospitalisation en CHU ou CHR, pour les soins de très fort contenu médical et technique ou tertiaires. Les hôpitaux locaux ont eux une vocation d'aval, c'est-à-dire d'assurer les soins de suite et de rééducation ainsi que les convalescences de longue durée. En revanche, la pertinence d'un hôpital spécialisé se trouve dans la « profondeur » de sa gamme de services, c'est-à-dire dans le fait de prendre en charge un type de pathologie du stade initial au stade ultime. Cela va donc de la prévention à la rémission totale (ou aux soins palliatifs), en passant par le dépistage, le diagnostic et l'élaboration du protocole de soins, les soins eux-mêmes avec l'ensemble des méthodes et techniques possibles, l'accompagnement correspondant en terme d'acceptabilité du traitement (douleur, nutrition, psychologique...), l'éducation thérapeutique, la convalescence et la réinsertion sociale. C'est typiquement l'offre des hôpitaux psychiatriques ou des centres de lutte contre le cancer.

Le positionnement des cliniques est souvent à la croisée de ces deux modèles. Beaucoup se spécialisent sur le segment large de la chirurgie. Elles offrent donc une polyvalence de prise en charge en matière chirurgicale mais avec une « profondeur » variable. Souvent, elles traitent les actes les plus fréquents, permettant de mettre en place des organisations efficaces reposant sur les effets d'échelle. Certaines peuvent toutefois proposer des prises en charge très pointues (chirurgie cardiaque par exemple).

La gamme de produit peut avoir un effet très important sur l'attractivité d'un établissement. En effet la continuité des soins et de la prise en charge par une même équipe médicale et paramédicale, est un confort et une réassurance pour le patient ainsi qu'un gage de qualité dans la mesure où il y a moins de risque de perte d'information et une stabilité de la relation avec le patient. Ainsi le fait de mettre en place un protocole de chimiothérapie et ensuite de le suivre, en hôpital de semaine puis en hôpital de jour dans un même établissement, est une garantie de qualité de prise en charge et de confort pour

le patient. Celui-ci ainsi que son médecin traitant y seront donc sensibles dans leur choix ou préconisation d'un établissement. De la même façon, le fait de disposer de services d'urgences, de réanimation, de soins intensifs et de cardiologie dans un hôpital pratiquant la chirurgie et l'obstétrique, est un gage de sécurité et donc d'attractivité.

A ce stade, il apparaît clairement que seul un hôpital bénéficiant d'une zone d'attraction suffisante peut se permettre d'avoir une offre très large, qui est par définition coûteuse et qui doit traiter un volume de patients suffisant pour être de qualité. C'est toute la problématique de la carte hospitalière qui définit donc les missions des différents établissements hospitaliers. C'est aussi la préoccupation des directions générales d'établissement qui, à partir de leur connaissance des besoins de santé de leur bassin de population, définissent leur projet médical et co-construisent cette carte. Classiquement, un hôpital de recours ou pivot, doit avoir un territoire d'attraction (zone de chalandise en termes marketing) de 250 000 à 300 000 habitants pour pouvoir couvrir les coûts de son offre large. Un hôpital de proximité peut lui fonctionner, s'il ne fait pas de chirurgie, avec un bassin d'attraction de 80 000 habitants.

#### **4.1.2 Niveau opérationnel : valorisation renforcée du processus qualité**

Il est à noter que l'offre médicale relève du marketing des services.

D'un point de vue théorique<sup>8</sup>, le marketing des services présente les sept particularités suivantes :

- La production est un service (on parle de servuction)
- On constate une grande implication des clients dans le processus de production
- Il y a une grande part d'humain dans la production
- De grandes difficultés pour maintenir des standards de contrôle de qualité
- Une absence d'inventaire (pas de stockage)
- L'importance du facteur temps
- Une structure particulière des canaux de distribution

Il ne s'agit pas dans ce mémoire de définir la relation personnelle que le médecin doit créer avec son patient, mais de souligner l'importance de l'intuitu personae et de la confiance qui s'établit dans la relation médecin-patient mais aussi entre médecins. L'offre médicale peut être définie dans un projet médical pour répondre à des besoins de santé, mais elle ne sera complètement pertinente qu'en fonction des relations que créeront les médecins avec leur environnement. Cet élément devra être pris en compte dans le recrutement des praticiens qui constitueront l'offre médicale de l'établissement. Ceux-ci devront s'adapter aux besoins relationnels de leurs patients et de leurs prescripteurs.

L'offre hospitalière est, pour être pertinente d'un point de vue « marketing » toujours, une co-construction entre l'hôpital, la médecine de ville, les patients ainsi que les établissements périphériques complémentaires, comme nous le verrons dans le prochain paragraphe

L'offre est encore plus complexe, puisqu'elle est l'intégration de différents services (soignant, paramédical, médico-technique, hôtelier, social, administratif...) comme nous l'avons déjà évoqué, mais elle a également une composante matérielle puisqu'elle nécessite souvent un plateau technique et un environnement physique adapté. Le choix des équipements de radiologie, de laboratoire, de dialyse, la modernité du bloc opératoire, l'équipement des chambres, le système informatique, la décoration même... constituent des éléments de l'offre sur lesquels est évaluée l'attractivité de l'hôpital. Aucun de ces éléments ne peut être négligé, mais il convient toutefois de les hiérarchiser comme nous l'avons vu précédemment, de façon à affecter les ressources « rares » ou « comptées » de l'hôpital en fonction de « l'efficacité » relative de ces leviers sur son attractivité.

Il est important de faire ici le lien avec la démarche qualité de l'établissement. Il apparaît clairement dans les interviews tant des patients que des prescripteurs, qu'une fois une spécialité médicale requise, le principal critère discriminant dans le choix entre plusieurs établissements proposant cette spécialité, est la qualité de la prise en charge. La qualité médicale tout d'abord, mais la qualité de l'ensemble des composants de l'offre ensuite. La démarche qualité de l'établissement est donc le vecteur qui permet d'améliorer de façon continue l'offre et l'attractivité de l'hôpital.

Il convient dès lors de bien définir la qualité dans une approche marketing. Il existe en effet un distinguo fondamental entre la qualité du point de vue de l'offreur et celle du point de vue du consommateur. Et celle qui compte, dans une approche marketing, c'est-à-dire pour « vendre » un produit ou un service, c'est la qualité demandée par le consommateur. Dans cette perspective, la qualité ne peut pas être décrétée par l'offreur et cela quelle que soit sa compétence. Cela peut être un dilemme pour l'hôpital qui a priori sait ce qui est « bon » pour un patient. Or en termes d'attractivité, c'est le patient et son prescripteur qui décident. La qualité voulue par le producteur n'est donc pas forcément celle attendue par le consommateur. D'où la nécessité de connaître les attentes des patients et des prescripteurs. En ce qui concerne le consommateur on distingue également la qualité perçue, c'est-à-dire celle imaginée par un non client, en fonction des informations dont il dispose, et la satisfaction du client, qui correspond elle à la qualité expérimentée.

---

<sup>8</sup> D'après Christopher H. LOVELOCK

Par ailleurs, si l'on reprend les dimensions de la qualité des services<sup>9</sup>, et si on les adapte à l'hôpital, cette perception de la qualité s'évalue à 3 niveaux :

1. Du service médical rendu
2. Des éléments qui concourent à la production du service :
  - a. Les supports physiques utilisés : modernité, sophistication, propreté, état de maintenance, facilité d'usage... du matériel médical, des locaux.
  - b. Le personnel en contact : efficacité, qualification, présentation, disponibilité...du personnel médical, soignant et d'accueil
  - c. La similarité des patients c'est-à-dire leur appartenance à un même segment : personnes âgées, enfants, lourdeur des pathologies identique.
  - d. La cohérence de ces éléments entre eux et par rapport aux segments de marché concernés
3. Du processus, c'est-à-dire de l'ensemble des interactions nécessaires à la fabrication du service. La qualité s'exprime par la fluidité et la facilité de ces interactions, leur efficacité, leur séquence. Il s'agit par exemple des temps d'attente dans les différents services, de l'organisation du bloc, du séquençage des examens, de la disponibilité des lits dans les bons services, du respect des horaires de repas, etc.

« Ces trois dimensions de la qualité sont en effet perçues et, pour ainsi dire, achetées par le client ». Il faudra donc être vigilant à répondre à l'ensemble des besoins des patients sur ces trois niveaux.

Ce que met en exergue également la définition marketing de la qualité, c'est que celle-ci est relative. Chaque patient, à service offert équivalent (si cela est possible en matière médicale), aura sa propre perception de la qualité de celui-ci. Sa satisfaction également sera relative. La perception qu'en auront les prescripteurs sera plus standardisée car d'une part ils ont une vision plus statistique de celle-ci du fait qu'ils adressent de nombreux patients et d'autre part, ils ont une culture technique identique à celle des offreurs et donc une approche plus objective du sujet de la qualité de la prise en charge médicale et soignante en hôpital. L'attractivité de l'hôpital dépendra donc également de sa capacité à s'adapter aux différentes attentes des différents patients. Cela va du choix d'une chambre double ou simple, à la variété des menus ou plus médicalement au choix des modes d'anesthésie, d'hospitalisation (jour, semaine, complète, à domicile), de techniques opératoires, de traitements antidouleurs, du souhait ou pas d'une éducation thérapeutique...On se rend compte des difficultés d'organisation que cela peut engendrer et des remises en cause éventuellement

---

<sup>9</sup> Servuction – Pierre EIGLIER et Eric LANGEARD - paragraphe 1.4.4.2 p 26

nécessaires dans les pratiques professionnelles, si l'on se soumet au principe du « client roi ». Le tout est de bien définir les limites, qui sont celles de l'efficacité thérapeutique, dont seul le médecin, aidé par ses confrères et l'état de l'art (souvent consigné dans les référentiels de bonne pratiques ou les recommandations des sociétés savantes), peut décider et les effets d'échelle indispensables à une bonne gestion économique. Du point de vue médical, un problème peut se poser lorsque plusieurs solutions thérapeutiques existent, qu'il y ait ou pas consensus, et que l'hôpital n'est pas en capacité d'offrir celle attendue par le patient. Le patient risque de s'adresser à une autre structure qui lui proposerait la solution qu'il attend.

## **4.2 Actions sur la « distribution »**

Les possibilités de choix de localisation des services hospitaliers semblent a priori limitées, tant du fait des contraintes administratives régissant les implantations hospitalières que de la nécessité fréquente de regrouper l'ensemble de l'offre sur un même lieu ou de la lourdeur des investissements lorsqu'il s'agit d'immobilier hospitalier.

Toutefois de nombreux projets de reconstruction hospitalière ont été réalisés récemment ou sont en cours, en particulier grâce à des programmes de financement tel que « Hôpital 2007 » ou au travers de la réalisation d'une partie du patrimoine d'un établissement revalorisé en certains lieux par l'envolée du prix de l'immobilier. Il peut s'agir parfois également d'opérations de recomposition de l'offre hospitalière. Les possibilités de relocalisation de l'offre se sont donc ouvertes, même si les zones d'implantation géographiques ne se modifient pas drastiquement dans la mesure où les mouvements de population sont des phénomènes relativement lents et les pressions politiques pour maintenir les implantations fortes. En revanche les perspectives de coopérations inter-établissements se sont amplifiées et les prochaines Communautés Hospitalières de Territoire vont accentuer ce phénomène. Dans ce cadre, il ne s'agit pas forcément de construire de nouveaux lieux de prise en charge afin de mieux « coller » aux besoins de la population, mais de répartir de façon plus optimale les activités entre différents établissements existants.

Une réflexion peut donc être menée maintenant, et elle doit l'être d'un point de vue marketing, pour mieux s'adapter justement aux besoins de santé de la population dans une optique d'optimisation globale du rapport proximité/qualité/coût de la prestation de soins. Les hôpitaux se doivent d'apporter leurs services au plus près de la population mais avec un souci permanent de qualité et donc corrélativement de taille critique. Les communautés hospitalières de territoire devraient donc constituer un outil de

recomposition géographique de l'offre hospitalière dans un esprit marketing et de bonne gestion de la santé publique.

Une fois le lieu géographique globalement défini, une réflexion plus contextuelle peut être menée en termes de localisation optimale. En fonction du mode de déplacement des patients, la proximité de grands axes de communication ou de transports en commun doit être étudiée. A l'intérieur même de l'hôpital, l'accessibilité peut être un atout majeur d'attractivité. L'accès ambulances bien sûr, mais aussi l'accès handicapés, personnes âgées, la disponibilité et la proximité des parkings, la signalétique sont tous des éléments qui participent à la bonne « distribution » physique de l'offre de soins.

La distribution doit également être comprise comme l'ensemble des modalités de mise à disposition du consommateur du bien ou service produit. A ce titre deux autres éléments concourent à cette distribution : les délais de mise à disposition et les relais mis en place. Par délais, on entend aussi bien le temps nécessaire pour obtenir un rendez-vous que ce soit pour une consultation ou un examen, que celui pour être hospitalisé ou être opéré. Dans le domaine de la santé, le temps est un facteur critique. Une offre de service de grande qualité d'un point de vue de la prise en charge, n'aura aucune pertinence si elle n'est pas délivrée à temps. C'est évident pour les urgences médicales mais cela est également très important pour les prises en charge pouvant être programmées.

La notion de relais s'exprime au niveau des coopérations établies avec d'autres établissements, au travers de consultations « avancées » ou délocalisées des médecins de l'hôpital, qui peuvent ensuite adresser à l'hôpital les patients nécessitant une hospitalisation ou des examens complémentaires. Elle s'exprime également au travers de réseaux dans lesquels les médecins hospitaliers apportent leurs compétences techniques et diffusent leur savoir-faire auprès de leurs collègues, de façon à apporter la compétence au plus près des patients. Des expériences existent également de participation d'un hôpital à des centres d'informations pluridisciplinaires sur la santé, gérés par des communes, appelés parfois maisons de santé, comme par exemple à Saint-Denis en banlieue parisienne. Des outils en plein développement, comme la télémédecine, peuvent également contribuer à ce processus. Là encore, un « retour » en termes d'activité peut être attendu pour l'hôpital, si une hospitalisation devient nécessaire, suite à ces différentes actions de déport de l'expertise médicale.

Une question un peu iconoclaste mérite également d'être posée dans ce chapitre sur la distribution de services hospitaliers : existe-t-il une force de vente à l'hôpital, est-ce légitime et qui la compose ?

Bien entendu, il n'existe pas de force de vente constituée. Toute démarche de vente active serait d'ailleurs illégale. Par ailleurs l'action de vente implique une transaction

financière. Or l'échange entre l'hôpital et le patient, est en grande partie démonétarisée, puisque la sécurité sociale et les mutuelles assurent plus de 85% des règlements hospitaliers. Il existe toutefois des exemples de vente de capacité ou de volume d'actes, lorsque par exemple des hôpitaux du nord de la France vendent des volumes d'interventions aux Primary Care Trusts (PCT) britanniques.

En revanche un grand nombre d'acteurs intervient dans le processus de « vente » indirect des services d'un hôpital. En effet, toutes les personnes que l'on appelle personnel de contact dans la production de services, sont en mesure d'inciter à la consommation hospitalière de leur propre établissement. Il s'agit en premier lieu du personnel médical, mais aussi des personnels soignants, hôteliers ou administratifs qui sont en contact avec le patient, le public en général et les prescripteurs. Cette prise de conscience est importante pour identifier les responsabilités de chacun dans ce rôle de « vente » des services hospitaliers. Nous verrons dans le paragraphe suivant, de quels vecteurs de communication ils disposent.

La deuxième prise de conscience utile à opérer est que finalement les professionnels de santé de ville, et au premier rang les médecins généralistes, sont le véritable réseau de distribution et de démultiplication de l'action de « vente » de l'hôpital. Certes, ils ne constituent pas un réseau exclusif, puisqu'ils peuvent orienter vers n'importe quel établissement de santé, mais ce sont effectivement les principaux « fournisseurs » d'activité de l'hôpital. A ce titre, l'hôpital se doit d'entretenir une relation privilégiée avec eux.

Comme pour tout réseau de distribution, l'hôpital doit tout d'abord s'assurer que celui-ci est d'une densité suffisante et qu'il dispose de l'information nécessaire sur l'hôpital et son offre de soins. Ainsi la Fédération Hospitalière de France (FHF)<sup>10</sup> met en garde les hôpitaux se situant sur un territoire où la démographie médicale, en particulier celle des médecins généralistes, est menacée (nombreux départs à la retraite ou volontaires, difficultés à vendre les cabinets, pyramide des âges inversée, faible nombre de nouvelles installations). En effet, moins il y a de médecins généralistes sur un territoire, moins il y a de possibilités de prescription de soins à l'hôpital de proximité. Le sort de la médecine de ville et celui de l'hôpital de territoire est donc lié. Certains hôpitaux vont donc favoriser l'implantation de cabinets médicaux en leur sein, en plus des maisons médicales de garde qui leurs sont souvent adossées dans un but de meilleure régulation des urgences. Des mises à disposition de matériel ou du plateau technique, pour des spécialités nécessitant

---

<sup>10</sup> FHF – Guide-Annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière – mars 2007

de gros investissements financiers (chirurgie, radiologie...), en utilisant les solutions juridiques de coopération disponibles entre le secteur public et le secteur privé : Groupement d'Intérêt Economique (GIE), Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), cliniques ouvertes, praticiens attachés..., permettent également de développer l'activité libérale sur un territoire et donc les possibilités d'adressage vers l'hôpital. L'hôpital doit dès lors recenser régulièrement ses prescripteurs potentiels et en particulier les nouveaux arrivés.

Une fois ce réseau identifié, il convient de lui fournir, comme pour toute « force de vente », une information précise et à jour, sur les services offerts par l'hôpital. Puisque l'intuitu personae est important, l'arrivée de nouveaux praticiens à l'hôpital devra être systématiquement signalé aux médecins de ville et un annuaire mis à jour envoyé périodiquement. A l'idéal, ces praticiens devraient se présenter directement à leurs confrères libéraux.

Et puis, comme il s'agit d'un réseau non exclusif, très indépendant et de culture privée (et donc plus naturellement orientés vers les structures privées), pouvant orienter aussi vers les autres offreurs du territoire ou même à l'extérieur de celui-ci, il s'agira d'avoir également une démarche marketing vis-à-vis d'eux. Cela passe par la connaissance de leurs besoins et attentes, aux travers des études déjà évoquées, et par une offre leur apportant les éléments qu'ils attendent, en termes de services et de résultats, pour qu'ils soient incités à prescrire leur hôpital de proximité. Une plaquette d'information reprenant ces éléments pourra récapituler les éléments forts de l'offre hospitalière et ainsi conforter l'argumentaire que les médecins généralistes pourront développer auprès de leur clientèle. Comme toute « force de vente », celle-ci doit également être animée. Au-delà des traditionnels Enseignements Post Universitaires (EPU) qui sont plutôt de la formation « descendante » des médecins hospitaliers vers les médecins de ville, il est possible d'imaginer des « animations » plus conviviales et plus fédératrices encore. A l'exemple de ce qui est mis en place au sein de l'hôpital britannique de Basingstoke, une journée dédiée aux médecins de villes pourrait être instaurée sur un rythme annuel. Elle pourrait prendre la forme d'exposés d'intérêt général (prise en charge de certaines urgences, actualités de l'hôpital...) le matin, suivi d'un déjeuner collectif convivial et d'ateliers sur des thématiques souvent propres à des spécialités médicales l'après-midi. De même, une soirée purement conviviale ou une activité de loisirs un samedi après-midi pourraient être organisées.

La communication régulière avec ce « réseau » permettra non seulement de maintenir son intérêt mais aussi d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient. En effet, cette communication passe de plus en plus par l'ouverture du système d'information de l'hôpital sur la ville et sur son territoire de santé. Des liaisons informatiques sécurisées, le partage d'information sur les patients, le raccourcissement des délais d'envoi des

différents comptes-rendus et courriers, des communications plus faciles et moins coûteuses, participent tant à une meilleure prise en charge des patients qu'à un renforcement des liens ville-hôpital. Si par ailleurs ces liens informatisés n'existent qu'avec l'hôpital, celui-ci prend un avantage sur les autres offreurs. S'ils existent déjà avec les autres établissements du territoire, cette ouverture réduit son « handicap concurrentiel ». Dans tous les cas, l'investissement que cela représente est productif et sans doute rentable.

L'importance de cette prescription est telle, que l'hôpital a intérêt à suivre le taux d'adressage de ses différents prescripteurs. En recensant informatiquement les prescripteurs des patients, il est possible à la fois de constituer un palmarès de ceux-ci et de piloter les changements de politique qui pourraient être constatés.

### **4.3 Actions de communication**

La communication est entendue au sens large. Externe bien sûr mais aussi interne, car le personnel de l'hôpital est lui-même un vecteur de communication important vis-à-vis de l'extérieur.

La communication externe est polymorphe. Elle vise effectivement plusieurs cibles :

- Le grand public
- Les patients en cours d'hospitalisation ou ayant été hospitalisés précédemment
- Les prescripteurs
- La presse et plus globalement les médias
- Le monde politique local, départemental et régional
- Les instances de tutelle

Les méthodes utilisées, les messages véhiculés vont varier en fonction de chacune de ces cibles, de leurs attentes et de leur « culture ».

Par ailleurs, comme le souligne l'expression consacrée, « tout parle dans une entreprise de service »<sup>11</sup> : les mots utilisés dans les actions de communication, le graphisme des différents documents produits (plaquette, site internet, factures...), l'esthétique architecturale et décorative. Il faut donc y prêter toute l'attention nécessaire.

La palette des outils de communication utilisés est contrainte et vaste à la fois. Contrainte par la réglementation en matière de publicité dans le secteur médical par exemple, par le besoin de s'adapter aux différentes populations visées, mais vaste par l'ensemble des moyens à disposition pour « faire savoir » l'offre et les points forts d'un établissement. En

---

<sup>11</sup> Servuction p. 99

effet, comme le souligne Laurent HOUDART, avocat spécialiste en santé<sup>12</sup>, la publicité informative est libre alors que la publicité commerciale qui vise à promouvoir un bien ou un service est réglementée. « La frontière est ténue, mais il faut veiller à rester dans l'information et ne pas basculer dans la publicité ». Denis BURGARELLA<sup>13</sup>, directeur de la communication à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), confirme que la fonction communication ne connaît plus de crise de légitimité au sein de l'institution hospitalière. Sa « valeur » consiste à valoriser l'activité qui se pratique à l'hôpital. Il insiste sur le fait que celle-ci doit s'inscrire dans le temps, pour créer les relations de confiance tant avec le public qu'avec les médecins de ville, nécessaires à l'attractivité de l'hôpital. En effet, la communication a comme objectif ultime de conforter l'image de l'hôpital, c'est-à-dire son attractivité subjective. Or ce concept d'image est difficile à cerner. Parle-t-on de notoriété, c'est à dire du fait de connaître ou non l'hôpital ? Ou bien d'opinion soit le fait d'apprécier ou non l'établissement ? Ou encore de comportement, c'est à dire le fait de choisir ou non cette structure ? Probablement des trois à la fois. On sait en tout cas que cette image se construit dans le temps et que de ce fait, elle manifeste une forte inertie. Une mauvaise image est très difficile à améliorer. Une bonne image peut classiquement être détériorée plus rapidement, même si elle bénéficie d'une assez grande inertie également, sauf dysfonctionnement majeur qui serait mis sur la place publique.

Il y a donc nécessité de définir une **stratégie de communication** sur les différentes cibles identifiées. Celle-ci devrait suivre selon B. BROCHAND et J. LENDREVIE<sup>14</sup>, les huit principes suivants découlant, entre autres, de ce que nous avons dit précédemment mais aussi du bon sens :

1. **Existence** : « une stratégie de communication doit être écrite, diffusée et acceptée par tous ceux qui sont directement concernés »
2. **Continuité** : « conçue pour durer »
3. **Différenciation** : « affirmer son identité »
4. **Clarté** : « idées fortes et simples »
5. **Réalisme** : « communication adaptée aux objectifs et aux moyens »
6. **Déclinaison** : « adaptée aux différentes formes de communication et aux différents médias »

---

<sup>12</sup> HOUDART Laurent, « Quelle frontière entre communication et publicité ? », *Deuxièmes rencontres de la communication hospitalière*, Paris les 25 et 26 mars 2008.

<sup>13</sup> BURGARELLA Denis, Directeur de la communication à l'AP-HM, « La communication hospitalière : pour quoi faire ? » dans : « La communication pour valoriser l'hôpital » - *Hôpital Expo*, 26 au 30 mai 2008.

<sup>14</sup> Le Publicitor, Dalloz, 1983 et Servuction p.107 et 108

7. **Cohérence** : « messages non contradictoires »

8. **Acceptabilité interne** : « puisqu'une partie de la communication, et non des moindres, va être effectuée par le personnel »

Dès lors, la stratégie de communication répertorie les moyens de communication pouvant être utilisés à l'hôpital, en les calant sur les éléments qui concourent à la production de services vus précédemment. Ces moyens peuvent être présentés selon la logique suivante<sup>15</sup> :

	Communication média	Communication interpersonnelle
Communication interne	<ul style="list-style-type: none"><li>• Signalétique</li><li>• Livret d'accueil</li><li>• Intranet</li><li>• ...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personnel en contact</li><li>• Les patients : le bouche à oreille</li><li>• ...</li></ul>
Communication externe	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enseigne</li><li>• Panneaux de signalisation</li><li>• Pages jaunes</li><li>• Annuaire des professionnels</li><li>• Site internet</li><li>• Communiqués vers les médias</li><li>• Publications professionnelles</li><li>• ...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relations publiques</li><li>• Formations (EPU...)</li><li>• Animation dans les réseaux</li><li>• ...</li></ul>

Dans une optique d'optimisation des moyens financiers et selon le principe de réalité, une hiérarchie des actions sera établie entre les moyens devant obligatoirement être mis en oeuvre (enseigne, signalisation, livret d'accueil, communiqués de presse en cas d'urgence médiatique), puis ceux répondant à des objectifs de communication prioritaires (ce qui est demandé en priorité par le public, les patients, les prescripteurs, le personnel) et enfin, ceux secondaires (les autres demandes de ces mêmes cibles).

## **5 Le pilotage du marketing à l'hôpital**

### **5.1 Une dimension stratégique relevant de la direction générale**

La gestion de l'activité au sens large, c'est-à-dire prenant en compte ses aspects volume, qualité et prix, est maintenant au cœur de la stratégie de l'hôpital. Or le marketing vise justement à piloter cette activité. Il relève donc, dans son volet stratégique, de la direction générale de l'établissement. Par direction générale, on entend Conseil Exécutif, c'est-à-dire le directeur de l'établissement, le président de la CME, les directeurs adjoints et les chefs de pôles médicaux. En effet, l'imbrication des problématiques médicales et de l'organisation générale de l'hôpital pour répondre aux attentes du marché et faire face à la concurrence, nécessite une approche médico-économique gérée dans le cadre de la nouvelle gouvernance.

Un hôpital peut également, à l'instar du CHU de Toulouse, créer « une délégation à la clientèle, à la coordination et au développement des activités, dont les missions s'apparentent ni plus ni moins à la stratégie et au marketing »<sup>16</sup>. Sa mission officielle étant en effet d'assurer le pilotage éclairé du développement des activités hospitalières.

### **5.2 Un pilotage médico-économique dans le cadre de la nouvelle gouvernance**

La déclinaison opérationnelle se fait ensuite au niveau des services voire des pôles si ceux-ci ont été construits dans une logique de marché. Un pôle qui regrouperait par exemple tous les services pour la mère et l'enfant, serait tout à fait construit dans une logique de marché puisqu'il est défini par le type de patients qu'il est amené à prendre en charge. Une stratégie marketing spécifique peut dès lors être déclinée sur ce segment de marché. De même, un pôle chirurgie, bien que défini à partir de l'offre, c'est-à-dire la prise en charge chirurgicale, fait implicitement référence à un marché, celui des patients devant subir une opération de chirurgie. Le marché, avec son type de patients, l'offre complémentaire ou concurrente, sont dès lors bien identifiés et une stratégie peut être mise en place au niveau du pôle, en complément de celle des services. En effet, la chirurgie peut et doit faire l'objet d'une stratégie globale de valorisation, en plus de la valorisation de chaque spécialité chirurgicale.

---

<sup>15</sup> Servuction p.103

<sup>16</sup> *Hospimedia*, CHU de Toulouse, « le marketing s'invite à l'hôpital », 30 janvier 2007

On touche là du doigt, avec l'exemple de la chirurgie, l'imbrication des stratégies marketing devant coexister au sein de l'hôpital :

Niveau	Stratégie marketing pour la chirurgie
Etablissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de l'image globale et de l'attractivité de l'établissement et par conséquence de sa chirurgie : politique de lutte contre les infections, gestion des risques, politique de recrutement des personnels, hôtellerie...</li> <li>• Choix des spécialités proposées</li> <li>• Communication institutionnelle</li> </ul>
Pôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de l'image et de l'attractivité de la chirurgie : organisation du bloc, relations interservices, relations avec les services supports (réanimation, radiologie, laboratoire)</li> <li>• Choix des modes de prise en charge : hospitalisation complète, ambulatoire, organisation de l'anesthésie...</li> <li>• Communication auprès de la communauté médicale dans son ensemble</li> </ul>
Service	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de l'image et de l'attractivité de la spécialité : techniques utilisées, compétence et formation des praticiens, ambiance du service...</li> <li>• Communication auprès des prescripteurs de la spécialité</li> </ul>

Ainsi, au sein de la délégation à la clientèle du CHU de Toulouse déjà évoquée, existe une cellule d'appui et de veille d'activité des pôles qui « intervient dans tous ceux de l'établissement, afin d'optimiser leur positionnement au sein de leur environnement sanitaire et financier. Sur la base de rencontres hebdomadaires, elle réunit deux médecins DIM, un contrôleur de gestion, des représentants du secteur soignant (un directeur des soins, deux cadres supérieurs de santé), la directrice de la qualité et deux médecins épidémiologistes»<sup>17</sup>.

Les axes de travail réguliers de cette équipe sont :

- **L'activité de consultation** en relation avec la médecine de ville

---

<sup>17</sup> *Hospimedia*, CHU de Toulouse, « le marketing s'invite à l'hôpital », 30 janvier 2007

- **L'optimisation de l'utilisation des capacités d'hospitalisation** du CHU : lits d'hospitalisation classiques post urgences, hospitalisation de semaine, de jour, de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance médicale, la rotation des malades, la programmation des entrées et sorties, les alternatives à l'hospitalisation (HAD, chirurgie ambulatoire)
- **La qualité et l'exhaustivité du codage** ainsi que la saisie des co-morbidités associées
- **L'étude des DMS et du bornage des séjours** par rapport aux références et à l'impact tarifaire

L'appui qu'apporte cette cellule est bien accueilli par les pôles qui doivent atteindre leurs objectifs d'activité dans le cadre d'une contractualisation avec la direction générale. Un séminaire est organisé avec les médecins des pôles afin de leur présenter les états des lieux et les pistes d'amélioration, pour ensuite travailler sur les organisations.

### 5.3 Tableaux de bord « marketing »

Dans la mesure où l'on souhaite piloter son attractivité, il est pertinent de se doter d'un tableau de bord marketing. Celui-ci pourra, en fonction de la stratégie suivie et des plans d'action mis en œuvre, contenir :

- **Des indicateurs de performance globale** : PDM, résorption des taux de fuite, baromètres de satisfaction patients et prescripteurs, classement dans les palmarès nationaux (Le Point, L'Express) ou indicateurs repris dans des bases de données publiques (Platines) et publiés sur internet
- **Des indicateurs de performance de la distribution** : nombre de praticiens de ville, évolution de leur taux d'adressage, nombre de partenariats, nombre de participation à des réseaux, délais d'obtention des RDV pour des consultations externes ou pour une hospitalisation
- **Des indicateurs de performance des actions de communication** : taux de retour des communiqués de presse, taux de fréquentation des journées porte-ouvertes, nombre d'articles positifs par rapport à ceux négatifs, nombre de publications ou d'articles sur des innovations ou des performances de l'hôpital ou de ses services...
- **Des indicateurs de processus** : indicateurs qualité essentiellement : taux de retour des questionnaires de satisfaction, analyse des plaintes et réclamations,...
- **Des indicateurs de prix** : tarifs journaliers (tant qu'ils ne sont pas alignés sur les GHS), tarifs des prestations connexes (télévision, cafétéria, parking,...) par rapport aux établissements potentiellement concurrents

- **Une veille technologique structurée**, mentionnant les avancées technologiques dont il faudrait éventuellement se doter.

L'organisation et la taille de l'hôpital impliquent de distinguer trois niveaux dans les tableaux de bord :

1. Stratégique pour la direction générale
2. Stratégique et opérationnel pour les pôles
3. Opérationnel pour les services

Ces trois niveaux s'emboîtent et créent la cohérence d'ensemble.

## **6 Les avantages d'une démarche marketing pour un hôpital**

### **6.1 La priorité est donnée à la satisfaction des patients**

Pour conquérir des marchés, il faut satisfaire les patients. En termes d'action, de processus, le marketing instaure donc comme axe prioritaire de l'action hospitalière, la satisfaction du client.

On est donc loin du jugement négatif parfois porté sur le marketing et évoqué en introduction, où on l'assimile à « l'imposition » d'une offre à une population, dans des buts de rentabilité financière. L'offre administrée, imposée « d'en haut », présuppose les besoins des patients, et leur propose ce qu'elle pense être le mieux pour eux. Le marketing inverse ce paradigme.

Il est vrai que dans le cadre privé et commercial, l'objectif est bien de maximiser la rentabilité de l'organisation de l'offreur. Dans le secteur public, cet objectif n'a généralement pas de sens. Le seul objectif financier est d'utiliser au mieux les moyens financés par la collectivité, avec pour résultante, la recherche d'un résultat financier équilibré ou excédentaire, sachant que les excédents ne peuvent qu'être réinvestis dans l'activité. La dérive possible pouvant être, nous l'avons déjà indiqué, de manipuler le patient en lui « créant » des besoins artificiels, afin d'augmenter l'activité de l'établissement offreur de soin. Mais il s'agit d'une dérive et celle-ci n'est possible à l'hôpital public que si un sous-financement structurel oblige les directions d'établissement à accroître de façon artificielle leur activité pour remplir l'obligation qui leur est faite d'atteindre l'équilibre financier. Dans le secteur privé, tout comme dans le secteur public, cette dérive est fortement limitée en premier lieu par l'éthique médicale mais aussi par le poids des prescripteurs au sens large : médecins adresseurs, organisations de patients, presse... et par la justice dans les cas extrêmes.

L'utilisation du marketing dans les établissements hospitaliers se fait donc en premier lieu à l'avantage des patients, par le développement d'une offre adaptée et de qualité.

## 6.2 Une approche prospective et dynamique plutôt que défensive

La démarche marketing est en soi proactive. Dans « La gestion proactive »<sup>18</sup>, Alain MARTIN définit un modèle de gestion fondé sur la liberté de choix et axé sur quatre familles d'options génériques : **options attentistes** ou de laissez faire, **options conformistes** (minimum pour ne pas s'attirer d'ennuis), **options actives** (jouer le jeu et faire ce qui est pratique courante ou normale, telle la norme ISO9000), et **options proactives**, c'est-à-dire convertir une menace en opportunité favorable, prévenir un risque (un conflit ou une crise), créer des occasions sans égal ou maximiser les bénéfiques et l'avantage compétitif, quelle que soit la situation. Si possible, faire bien mieux avec moins de ressources, voire même changer les règles du jeu. Il précise toutefois qu'être proactif dans toute circonstance, ou avec tous les interlocuteurs, n'est non seulement pas nécessaire, mais souvent une manifestation d'incompétence coûteuse, voire totalement inefficace.

Face à une modification des besoins médicaux de la population (vieillesse, nouvelles pathologies...), de leurs comportements vis-à-vis de la santé (meilleure information, consumérisme), de leurs possibilités de choix et de déplacement mais aussi face à une évolution des technologies et pratiques médicales, à une concurrence active (groupes financiers investissant dans la santé, concurrence européenne voire internationale), l'hôpital doit s'adapter. Cette adaptation peut se faire relativement lentement car ce sont des évolutions de fonds de la société, les technologies développées nécessitant beaucoup de recherche et d'investissement, faisant l'objet de publications régulières et les formations médicales étant longues. Toutefois certaines modifications sont inexorables (désertification de certaines régions, consumérisme médical, modifications des comportements professionnels dans toute la société, médecins compris...), et si pendant trop longtemps elles ne sont pas prises en compte, l'inadéquation entre l'offre d'un établissement et la demande de son territoire, peut être dramatique. La lenteur du changement dont l'importance finale n'a pas été appréhendée, fait ensuite place à la lourdeur des solutions à mettre en place. Il faut dès lors procéder dans l'urgence à des restructurations douloureuses, d'autant plus qu'elles n'ont pas été anticipées.

La démarche marketing, basée sur l'étude et la surveillance des marchés, puis sur des actions d'adaptation de l'offre et de l'organisation, permet d'anticiper ces changements qui un jour ou l'autre s'imposent.

### **6.3 Globalement une démarche fédératrice**

Les deux avantages précédents sont de nature à rassembler le personnel des établissements de santé.

Instaurer en objectif principal la satisfaction du patient, résonne favorablement aux oreilles de l'ensemble des personnels hospitaliers. C'est le sens de leur engagement et donc leur motivation première.

La « proactivité » est également fédératrice puisqu'elle garantit la pérennité de l'établissement hospitalier, par l'adaptation dans le temps aux besoins du patient. C'est le gage du maintien du sens, mais aussi des emplois.

Un autre élément participe à cet effet fédérateur. Nous avons souligné que l'offre marketing d'un hôpital intègre toutes ses composantes : médicale, para-médicale, médico-technique, hôtelière, sociale ou administrative. Tout le monde est donc impliqué dans cette démarche qui consiste à offrir la meilleure prestation (au sens marketing et donc du patient-client) au patient. Chaque élément est important, même si le patient hiérarchisera l'importance des différentes composantes de l'offre dans son choix d'un établissement. La décomposition marketing de l'offre est donc en elle-même fédératrice : chacun contribue clairement à son élaboration et mérite d'être valorisé.

## **7 Les obstacles à une démarche marketing à l'hôpital public**

### **7.1 Les résistances au changement**

La démarche marketing qui consiste à s'adapter aux évolutions de la demande et de l'offre de soin, engendre le changement. Changement dans les pathologies prises en charges tout d'abord. Ainsi les hôpitaux doivent prendre en charge de plus en plus de patients âgés souvent polyopathologiques. Certaines zones géographiques se dépeuplent, le taux de natalité baisse et les besoins en termes de maternité dans la zone baissent également. La concurrence du secteur privé dans le domaine de la chirurgie vide parfois les services de chirurgie de certains hôpitaux de leur substance. Les techniques médicales comme la chirurgie sous coelioscopie ou la cardiographie interventionnelle, oblige les praticiens à évoluer dans leurs pratiques. La demande des patients pour la chirurgie ambulatoire oblige les organisations à s'adapter.

---

<sup>18</sup> Alain MARTIN : « La gestion proactive » 1983, cité dans Wikipedia

Or tout le monde n'a pas la même prédisposition à changer. Le personnel ayant choisi le service public et donc, entre autres, une sécurité de l'emploi, a peut être moins que les autres cette prédisposition. La non sanction par le marché de l'inertie ne favorise pas non plus la prise de conscience du besoin de changement. La non stimulation par l'espoir d'un gain financier supérieur non plus.

La culture du changement comme source de motivation et de satisfaction doit donc être entretenue à l'hôpital public, car même si la motivation professionnelle est forte, elle ne va pas de soi.

## **7.2 Les « lourdeurs » du système public**

Les changements de caps brutaux sont quasiment impossibles dans le système public, or parfois ils sont nécessaires lorsque l'on a trop attendu pour s'adapter. Le statut de la fonction publique, le système des marchés publics, le contrôle de la tutelle pour les investissements importants, sont autant de contraintes empêchant les réactions rapides. L'hôpital public doit donc être en permanence dans une démarche d'anticipation pour ne pas être pris au dépourvu et pouvoir manœuvrer à temps. Cela demande beaucoup de rigueur, car par ailleurs la non sanction régulière du marché qui rappelle à l'ordre les hôpitaux privés qui ne s'adaptent pas et deviennent de ce fait déficitaires, n'existe que de façon ultime dans le secteur public.

## **7.3 La démographie et la disponibilité médicale**

Les possibilités d'action sur l'offre sont très limitées en matière de recrutement médical. Beaucoup d'hôpitaux ont du mal à recruter des praticiens dans les spécialités « porteuses », car ceux-ci sont soit en nombre insuffisant soit ne sont pas intéressés par les conditions de travail à l'hôpital. Les établissements publics en sont à devoir développer une politique marketing spécifique pour attirer ces praticiens. Cela va jusqu'au « sourcing » dans certains pays étrangers ou l'offre de conditions de travail particulièrement avantageuses.

## **7.4 Le pilotage de l'activité médicale**

Les médecins sont tout d'abord formés, chacun dans leur spécialité, pour soigner les patients. Leur métier les amène donc à maîtriser constamment l'état de l'art de leur discipline. En ce sens, ils mettent naturellement en œuvre une démarche marketing d'adaptation aux besoins de santé de leurs patients. En revanche, ils ne raisonnent pas spontanément (sauf dans le secteur lucratif) en taille de marché ou de captation de celui-

ci. Leurs objectifs ne sont pas par essence économiques (ils raisonnent toutefois en terme de sécurité du patient et donc en nombre d'actes minimum à effectuer pour garantir cette sécurité). Or eux seuls sont à même d'évaluer les besoins médicaux de la population. La difficulté réside donc en milieu hospitalier public à définir une stratégie médicale qui soit compatible avec les équilibres économiques de l'hôpital. Les médecins seuls, sauf exceptions et à moins qu'un médecin en ait le goût, les compétences et le temps et s'en charge pour les autres, ne peuvent donc définir cette stratégie marketing médicale. L'instance de pilotage des médecins qu'est la CME joue difficilement ce rôle. Il faudrait donc, à l'instar de ce qui se pratique au CHU de Toulouse, une structure de pilotage adéquat de cette stratégie marketing médicale.

## Conclusion

Ce mémoire souhaite répondre à la question de l'opportunité d'une démarche marketing à l'hôpital. Pour ce faire, le développement suivi a été tout d'abord de définir le marketing hospitalier et ses objectifs, puis d'indiquer quelles actions il permet d'entreprendre, avec quels outils, et enfin de souligner l'importance du management pour le piloter, en tirer tous les avantages et surmonter les obstacles qui se dressent devant lui.

Au vu de ces développements, il est clairement apparu que la démarche marketing à l'hôpital est, par de nombreux aspects, tout à fait pertinente. Ses avantages l'emportent sur ses inconvénients et les difficultés apparaissent davantage dans sa mise en œuvre au sein d'un système administré qui n'est pas son environnement naturel, mais qui constitue son garde-fou légitime.

Le premier avantage de cette démarche est qu'au-delà des déclarations d'intentions, elle met véritablement le patient au cœur des préoccupations de l'hôpital, pour le meilleur, plus que pour le pire, comme nous l'avons analysé. Si l'on veut attirer le patient, il faut véritablement s'intéresser à lui. Par ailleurs, la préoccupation économique qui sous-tend le marketing, recherche les segments de marché sur lesquels l'hôpital a suffisamment de demande pour proposer une offre qui satisfasse les patients. Il en découle des effets d'échelle permettant d'attirer les compétences nécessaires et de développer un volume d'activité garant de la sécurité des patients et de la mise à niveau permanente de l'offre.

Le deuxième avantage majeur d'une démarche marketing, est sa contribution à l'élaboration de la stratégie de l'établissement. En partant de la demande de soins du territoire, que ce soit celui de son recrutement, de ses possibilités d'attraction ou celui qui lui a été affecté administrativement, l'hôpital va pouvoir élaborer une offre tant en volume qu'en qualité, qui lui permettra de maximiser son attractivité. Il pourra définir son portefeuille d'activités global mais aussi les caractéristiques de chaque activité qui le compose.

Le troisième avantage est que cette stratégie est déclinable au niveau opérationnel, avec la possibilité d'opérer des choix d'affectation de moyens en fonction de leur degré d'impact sur la population cible. Nous avons cerné, grâce à la décomposition de la démarche marketing, que l'hôpital vise plusieurs cibles dans son action. Ses patients bien sûr, mais aussi la population en général, les prescripteurs au sens large, au premier rang desquels se trouvent les médecins généralistes de ville, les établissements partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les établissements concurrents et puis les praticiens et personnels soignants qu'il s'agit d'attirer et qui constituent l'offre de l'hôpital. La conséquence est que l'hôpital doit résolument s'ouvrir sur l'extérieur pour survivre ou

se développer, et en tout cas pour remplir sa mission. Il doit également s'ouvrir sur l'intérieur en prenant conscience du rôle de l'ensemble du personnel sur son image et sur la qualité de son offre, principal vecteur d'attractivité.

Le dernier avantage majeur de cette démarche est l'optimisation des moyens de l'hôpital puisqu'ils ne sont utilisés qu'à bon escient, priorisés et que les effets d'échelle et d'amélioration de la qualité sont systématiquement recherchés. Dans un contexte de tarification à l'activité, l'équilibre économique des établissements passe certes par le contrôle des dépenses, mais aussi par leur rationalisation, dans une optique d'impact maximum sur l'accroissement de l'activité.

Les inconvénients que nous avons mentionnés relèveraient d'un détournement de la mission des établissements de santé. En effet, la recherche de la rentabilité maximale ne peut pas s'appliquer au secteur de la santé, même dans sa composante privée. Des raisons déontologiques et de bonne gestion des fonds de la collectivité s'y opposent. C'est pour cela que les prix et les implantations d'établissements sont administrés.

Une certaine latitude existe toutefois qui fait que des établissements peuvent se trouver en concurrence. Le marketing n'a alors pas qu'un rôle d'optimisation de l'offre pour satisfaire quantitativement et qualitativement les patients et les prescripteurs. Il est également un outil de différenciation par rapport aux concurrents et à ce titre un vecteur d'émulation qui peut in fine profiter au patient, si cette différenciation se traduit par des améliorations qualitatives. La tentation peut toutefois être grande de n'apporter que des améliorations cosmétiques, mais en matière de santé, du fait entre autres du rôle des prescripteurs ou des associations d'usagers, cela est difficilement possible.

En revanche, cette concurrence est exacerbée par le fait que les prix sont administrés à l'intérieur d'une enveloppe fermée. Puisqu'il ne peut quasiment pas y avoir de différenciation par les prix (offre d'un rapport qualité /prix différent), la tentation est de se spécialiser sur les activités les plus rentables, de façonner son offre en fonction des modalités de calcul de la T2A ou bien de faire une course en avant de l'activité dans l'espoir de faire mieux que ses concurrents. Les règles du jeu ne sont pas par ailleurs celle de la concurrence libre et parfaite, puisque les établissements hospitaliers appartiennent à des secteurs différents, publics, privés ou PSPH, cohabitant mais n'ayant pas les mêmes règles de fonctionnement ni les mêmes contraintes. Cela peut donc mettre en difficulté financière certains établissements. C'est donc le développement d'une démarche marketing à l'intérieur d'un système administré (à juste titre, comme nous l'avons montré), qui peut créer des difficultés pour certains établissements, et non pas la démarche marketing en elle-même. L'Etat qui administre ce système devra prendre conscience, qu'en l'absence d'une planification parfaite, le marketing aide par sa dynamique les patients, les établissements et la collectivité, mais crée également des

déséquilibres qu'il faudra, sans doute, in fine prendre en charge. Le résultat global sera toutefois optimisé.

« Le marketing est si fondamental qu'on ne saurait le regarder comme une fonction séparée... Il s'identifie à l'ensemble de l'entreprise considérée du point de vue de son aboutissement final, c'est-à-dire le client »

Peter DRUCKER

« L'information donnée n'a pas de valeur. Seule l'information construite en commun en a »

Laurent TARDIF

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- ✓ FHF, mars 2007, *Guide-Annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière*, 13 p.
- ✓ DUBOIS Bernard, avril 1987, *Le marketing management hospitalier*, Berger-Levrault, 376 p.
- ✓ LENDREVIE, LEVY, LINDON, 2006, 8<sup>ème</sup> édition, *MERCATOR Théorie et pratique du Marketing*, Dunod, 1152 p.
- ✓ KOTLER, DUBOIS, 1984, 5<sup>ème</sup> édition, *Marketing Management*, Publi-union, 673 p.
- ✓ PORTER Michael, 2003 (première édition en 1986), *L'avantage concurrentiel*, Dunod, 647 p.
- ✓ EIGLIER Pierre, LANGEARD Eric, 1988, *Servuction : le marketing des services*, McGraw-Hill, 205 p.

### Articles de presse ou extraits de revues :

- ✓ BUREL Paul, 20 mai 2008, « Les mutuelles indiqueront les « bons » hôpitaux », *Ouest France*
- ✓ N.C., 5 mai 2008, « Clinique du Millénaire à Montpellier - Un annuaire pour faciliter les rapports entre spécialistes et généralistes », *Hospimedia*
- ✓ ROBILLARD Laetitia, Juillet/Août 2007, « Marketing hospitalier : Un oxymore qui prend sens », *Revue hospitalière de France*
- ✓ LANGLOIS Géraldine, 30 janvier 2007, « CHU de Toulouse – Le marketing s'invite à l'hôpital », *Hospimedia*
- ✓ Août 2008, Enquête *Le Point* sur les hôpitaux français
- ✓ LE BEUX Christelle, novembre 2003, « Une communication externe adaptée au marketing hospitalier », *Gestions hospitalières*, pp. 693-701
- ✓ TRIBAULT Géraldine, 23 janvier 2008, « Le marketing en établissements de santé – L'hôpital, une entreprise comme les autres », *Hospimedia*

### Communications dans des colloques :

- ✓ EMO Géraldine, CH de Béziers, « Le Réseau de santé Béziers Méditerranée, un outil de «marketing relationnel» pour le CH de Béziers, en interaction entre le marketing stratégique & opérationnel », *Deuxièmes rencontres de la communication hospitalière*, Paris les 25 et 26 mars 2008.

- ✓ BARRETEAU Andrée, FHF, « La recomposition de l'offre sanitaire et médico-sociale », *Deuxièmes rencontres de la communication hospitalière*, Paris les 25 et 26 mars 2008.
- ✓ CHATRON Jocelyne, « Maison de la santé à Saint-Denis - un dispositif de marketing territorial », *Deuxièmes rencontres de la communication hospitalière*, Paris les 25 et 26 mars 2008.
- ✓ TERISSE Laurent, TBWA\CORPORATE\NON PROFIT, « Communiquer non profit », *Deuxièmes rencontres de la communication hospitalière*, Paris les 25 et 26 mars 2008.
- ✓ DEFOUCHECOUR Marc, « Internet et santé : tous communicants ? Comment l'usage des nouvelles technologies change les relations entre les patients et les acteurs de santé », *Deuxièmes rencontres de la communication hospitalière*, Paris les 25 et 26 mars 2008.
- ✓ LE JEUNE Patrick, Président du Groupe Montaigne, « Marketing territorial de l'Hôpital », *Deuxièmes rencontres de la communication hospitalière*, Paris les 25 et 26 mars 2008.
- ✓ EXPERT Patrick, LASCOLS Sidonie, « La communication hospitalière », *Deuxièmes rencontres de la communication hospitalière*, Paris les 25 et 26 mars 2008.
- ✓ HOUDART Laurent, « Quelle frontière entre communication et publicité ? », *Deuxièmes rencontres de la communication hospitalière*, Paris les 25 et 26 mars 2008.
- ✓ BURGARELLA Denis, « La communication hospitalière : pour quoi faire ? » dans : « La communication pour valoriser l'hôpital » - *Hôpital Expo*, 26 au 30 mai 2008.

#### Enquête :

- ✓ Dr LECOQ, Dr BATAILLON, Dr SAMZUN, URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Bretagne, 2006, « Enquête concernant les informations sur les établissements de santé »

#### Sites internet :

- ✓ PARHTAGE : [www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr)
- ✓ PMSI Pilot : [www.pmsipilot.com](http://www.pmsipilot.com)
- ✓ BDHF : [bdhf.fhf.fr](http://bdhf.fhf.fr)
- ✓ PLATINES : [www.platines.sante.gouv.fr](http://www.platines.sante.gouv.fr)
- ✓ HOPITAL.FR : [www.hopital.fr](http://www.hopital.fr)

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : Tableaux d'analyse de l'évolution de la position concurrentielle du CH de Lisieux, au regard de la croissance de certains segments de marché, entre 2004 et 2006
- Annexe 2 : Questionnaire construit pour l'étude de la satisfaction des patients
- Annexe 3 : Questionnaire d'enquête auprès des prescripteurs de soins hospitaliers
- Annexe 4 : Plan d'actions marketing de l'hôpital de Lisieux suite à une enquête menée auprès des prescripteurs au cours de l'été 2008
- Annexe 5 : Présentation de la nomenclature OAP
- Annexe 6 : Présentation de la nomenclature RUIZ
- Annexe 7 : Tableau de synthèse de la pertinence d'une démarche marketing à l'hôpital

## ANNEXE 1

### EVOLUTION DES PARTS DE MARCHE MCO

Evolution des Parts de "Marché" (PDM) sur le territoire de recrutement principal du CH de Lisieux (16 communes représentant 81,2% des GHM du CHRB)

Activité (nombre de GHM)	CH LISIEUX	BACLESSE	CL. LISIEUX	CHU CAEN	CL. DEAUVILLE	CH HONFLEUR	ST MARTIN	CL. PARC	CH ARGENTAN	AP-HP	CH FALAISE	CH TROUVILLE	CH HAVRE	CHU ROUEN	CL. ORMEAUX	CH BERNAY	TOTAL
<b>Total MCO 2004</b>	15723	6509	5108	4326	3911	3730	1809	1527	249	383	290	422	179	175	24	74	44439
PDM 2004	35,4%	14,6%	11,5%	9,7%	8,8%	8,4%	4,1%	3,4%	0,6%	0,9%	0,7%	0,9%	0,4%	0,4%	0,1%	0,2%	100,0%
<b>Total MCO 2005</b>	15890	6839	5107	4654	4340	3493	1508	1664	290	355	329	409	260	278	74	96	45586
PDM 2005	34,9%	15,0%	11,2%	10,2%	9,5%	7,7%	3,3%	3,7%	0,6%	0,8%	0,7%	0,9%	0,6%	0,6%	0,2%	0,2%	100,0%
<b>Total MCO 2006</b>	16459	7238	4938	4740	4705	3363	2069	1855	427	390	382	351	310	234	151	86	47698
PDM 2006	34,5%	15,2%	10,4%	9,9%	9,9%	7,1%	4,3%	3,9%	0,9%	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	0,3%	0,2%	100,0%
<b>Ecart PDM 2006/2004</b>	-0,9%	0,5%	-1,1%	0,2%	1,1%	-1,3%	0,3%	0,5%	0,3%	0,0%	0,1%	-0,2%	0,2%	0,1%	0,3%	0,0%	7,3%
<b>Médecine 2004</b>	10848	6270	1843	2994	1578	2199	961	1129	144	305	190	420	125	140	14	32	29192
PDM Médecine 2004	37,2%	21,5%	6,3%	10,3%	5,4%	7,5%	3,3%	3,9%	0,5%	1,0%	0,7%	1,4%	0,4%	0,5%	0,0%	0,1%	100,0%
<b>Médecine 2005</b>	11087	6573	1960	3240	2031	1945	770	1319	168	291	216	409	179	222	57	40	30507
PDM Médecine 2005	36,3%	21,5%	6,4%	10,6%	6,7%	6,4%	2,5%	4,3%	0,6%	1,0%	0,7%	1,3%	0,6%	0,7%	0,2%	0,1%	100,0%
<b>Médecine 2006</b>	11830	6991	1860	3327	2296	1812	1124	1501	264	322	236	351	229	187	131	33	32494
PDM Médecine 2006	36,4%	21,5%	5,7%	10,2%	7,1%	5,6%	3,5%	4,6%	0,8%	1,0%	0,7%	1,1%	0,7%	0,6%	0,4%	0,1%	100,0%
<b>Ecart PDM 2006/2004</b>	-0,8%	0,0%	-0,6%	0,0%	1,7%	-2,0%	0,2%	0,8%	0,3%	-0,1%	0,1%	-0,4%	0,3%	0,1%	0,4%	0,0%	11,3%
<b>Chirurgie 2004</b>	2114	233	3201	1041	1878	193	786	295	63	66	50	2	31	30	8	19	10010
PDM Chirurgie 2004	21,1%	2,3%	32,0%	10,4%	18,8%	1,9%	7,9%	2,9%	0,6%	0,7%	0,5%	0,0%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	100,0%
<b>Chirurgie 2005</b>	2198	256	3087	1078	1863	203	694	299	76	56	64	0	52	44	15	31	10016
PDM Chirurgie 2005	21,9%	2,6%	30,8%	10,8%	18,6%	2,0%	6,9%	3,0%	0,8%	0,6%	0,6%	0,0%	0,5%	0,4%	0,1%	0,3%	100,0%
<b>Chirurgie 2006</b>	2063	242	3018	1079	2004	134	870	306	110	62	94	0	45	45	20	23	10115
PDM Chirurgie 2006	20,4%	2,4%	29,8%	10,7%	19,8%	1,3%	8,6%	3,0%	1,1%	0,6%	0,9%	0,0%	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%	100,0%
<b>Ecart PDM 2006/2004</b>	-0,7%	0,1%	-2,1%	0,3%	1,1%	-0,6%	0,7%	0,1%	0,5%	0,0%	0,4%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	1,0%
<b>Obstétrique 2004</b>	2761	6	64	291	455	1338	62	103	42	12	50	0	23	5	2	23	5237
PDM Obstétrique 2004	52,7%	0,1%	1,2%	5,6%	8,7%	25,5%	1,2%	2,0%	0,8%	0,2%	1,0%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,4%	100,0%
<b>Obstétrique 2005</b>	2605	10	60	336	446	1345	44	46	46	8	49	0	29	12	2	25	5063
PDM obstétrique 2005	51,5%	0,2%	1,2%	6,6%	8,8%	26,6%	0,9%	0,9%	0,9%	0,2%	1,0%	0,0%	0,6%	0,2%	0,0%	0,5%	100,0%
<b>Obstétrique 2006</b>	2566	5	60	334	405	1417	75	48	53	6	52	0	36	2	0	30	5089
PDM Obstétrique 2006	50,4%	0,1%	1,2%	6,6%	8,0%	27,8%	1,5%	0,9%	1,0%	0,1%	1,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,6%	100,0%
<b>Ecart PDM 2006/2004</b>	-2,3%	0,0%	0,0%	1,0%	-0,7%	2,3%	0,3%	-1,0%	0,2%	-0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	-0,1%	0,0%	0,2%	-2,8%

## EVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉ DE QUELQUES ACTIVITÉS DE MÉDECINE

Evolution des Parts de "Marché" sur le territoire de recrutement principal du CH de Lisieux (16 communes et 81,2% des GHM du CHRB)																	
Activité (nombre de GHM)	CH LISIEUX	BACLESSE	CL. LISIEUX	CHU CAEN	CL. DEAUVILLE	CH HONFLEUR	ST MARTIN	CL. PARC	CH ARGENTAN	AP-HP	CH FALAISE	CH TROUVILLE	CH HAVRE	CHU ROUEN	CL. ORMEAUX	CH BERNAY	TOTAL
<b>Cardiologie 2004</b>	1269	37	6	157	13	347	113	4	15	10	15	303	7	4		1	2301
	55,1%	1,6%	0,3%	6,8%	0,6%	15,1%	4,9%	0,2%	13,2%	0,4%	0,7%	0,7%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>Cardiologie 2005</b>	1253	31	17	177	31	304	57	6	28	13	24	282	1	3		8	2235
	56,1%	1,4%	0,8%	7,9%	1,4%	13,6%	2,6%	0,3%	1,3%	0,6%	1,1%	12,6%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	100,0%
<b>Cardiologie 2006</b>	1366	33	10	146	40	271	52	1	43	16	17	269	3	5	1	4	2277
	60,0%	1,4%	0,4%	6,4%	1,8%	11,9%	2,3%	0,0%	1,9%	0,7%	0,7%	11,8%	0,1%	0,2%	0,0%	0,2%	100,0%
Ecart PDM 2006/2004	4,8%	-0,2%	0,2%	-0,4%	1,2%	-3,2%	-2,6%	-0,1%	-11,3%	0,3%	0,1%	11,2%	-0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	-1,0%
<b>Pneumologie 2004</b>	1097	36	2	170	2	451	1	1	15	15	16	15	9	3		3	1836
	59,7%	2,0%	0,1%	9,3%	0,1%	24,6%	0,1%	0,1%	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,5%	0,2%	0,0%	0,2%	100,0%
<b>Pneumologie 2005</b>	1297	35	1	246	14	313	3	3	18	12	30	10	17	8		1	2008
	64,6%	1,7%	0,0%	12,3%	0,7%	15,6%	0,1%	0,1%	0,9%	0,6%	1,5%	0,5%	0,8%	0,4%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>Pneumologie 2006</b>	1169	32		177	17	246	5	1	9	17	20	9	13	8		4	1727
	67,7%	1,9%	0,0%	10,2%	1,0%	14,2%	0,3%	0,1%	0,5%	1,0%	1,2%	0,5%	0,8%	0,5%	0,0%	0,2%	100,0%
Ecart PDM 2006/2004	7,9%	-0,1%	-0,1%	1,0%	0,9%	-10,3%	0,2%	0,0%	-0,3%	0,2%	0,3%	-0,3%	0,3%	0,3%	0,0%	0,1%	-5,9%
<b>Endoscopies, sans ACO, avec ou sous anesthésie, séjours &lt; 2 jours, 2004</b>	460	25	577	71	482	57	49	55		3	11	8	5	7	1	1	1812
	25,4%	1,4%	31,8%	3,9%	26,6%	3,1%	2,7%	3,0%	0,0%	0,2%	0,6%	0,4%	0,3%	0,4%	0,1%	0,1%	100,0%
<b>Endoscopies...2005</b>	326	26	696	66	657	43	53	87		8	12	14	11	6	9		2014
	16,2%	1,3%	34,6%	3,3%	32,6%	2,1%	2,6%	4,3%	0,0%	0,4%	0,6%	0,7%	0,5%	0,3%	0,4%	0,0%	100,0%
<b>Endoscopies...2006</b>	533	28	622	76	856	26	86	97		8	8	12		6	2	9	2369
	22,5%	1,2%	26,3%	3,2%	36,1%	1,1%	3,6%	4,1%	0,3%	0,3%	0,5%	0,0%	0,3%	0,1%	0,4%	0,0%	100,0%
Ecart PDM 2006/2004	-2,9%	-0,2%	-5,6%	-0,7%	9,5%	-2,0%	0,9%	1,1%	0,3%	0,2%	-0,1%	-0,4%	0,0%	-0,3%	0,3%	-0,1%	30,7%
<b>Hépatogastro-entérologie 2004</b>	1190	56	125	285	229	158	21	15	5	18	22	17	19	6	1	4	2171
	54,8%	2,6%	5,8%	13,1%	10,5%	7,3%	1,0%	0,7%	0,2%	0,8%	1,0%	0,8%	0,9%	0,3%	0,0%	0,2%	100,0%
<b>Hépatogastro-entérologie 2005</b>	1171	71	130	343	312	145	21	17	2	17	22	19	29	8		4	2311
	50,7%	3,1%	5,6%	14,8%	13,5%	6,3%	0,9%	0,7%	0,1%	0,7%	1,0%	0,8%	1,3%	0,3%	0,0%	0,2%	100,0%
<b>Hépatogastro-entérologie 2006</b>	1272	38	100	283	363	114	26	17		1	12	25	19	40	11	1	2323
	54,8%	1,6%	4,3%	12,2%	15,6%	4,9%	1,1%	0,7%	0,0%	0,5%	1,1%	0,8%	1,7%	0,5%	0,0%	0,0%	100,0%
Ecart PDM 2006/2004	-0,1%	-0,9%	-1,5%	-0,9%	5,1%	-2,4%	0,2%	0,0%	-0,2%	-0,3%	0,1%	0,0%	0,8%	0,2%	0,0%	-0,1%	7,0%

## ANNEXE 2

## Questionnaire usagers (critères de choix et évaluation de la satisfaction)

	Importance (1 à 4) 1 = très important 4 = pas important	Appréciations concernant le CH de Lisieux
<b>1) Accueil général :</b>		
a) Parking		
b) Locaux collectifs : Hall d'entrée, ascenseurs, couloirs...		
c) Accueil		
d) Formalités administratives		
e) Signalétique		
f) Information : orale, écrite, affichée, bornes interactives...		
g) Bureau des admissions		
<b>2) Qualité des soins</b>		
a) Accueil dans le service		
b) Identification du personnel		
c) Respect de l'intimité par le personnel		
d) Information médicale (transmission et compréhension)		
e) Comportement des médecins		
f) Comportement du personnel soignant		
g) Politesse et amabilité du personnel		
h) Disponibilité du personnel		
i) Délai de réponse aux appels urgents		
j) Prise en charge de la douleur		
k) Prise en charge des symptômes		
l) Délai d'attente aux examens		
m) Information sur l'anesthésie		
n) Information sur les actes opératoires (compréhension)		
o) Satisfaction vis à vis des soins		
<b>3) Confort</b>		
a) Qualité des repas		
b) Variété des plats		
c) Confort de la chambre		
d) Propreté de la chambre		
e) Température de la chambre		
f) Bruit dans la chambre		
g) Appréciation du téléphone		
h) Appréciation de la télévision		
i) Appréciation des informations pratiques reçues (livret d'accueil,...)		
j) Appréciation des services collectifs aux patients et aux visiteurs (cafétéria, distributeur, salons d'accueil...)		

<b>4) Organisation de la sortie</b>		
a) Information sur les médicaments à prendre après la sortie		
b) Information sur les activités possibles après la sortie		
c) Information sur l'aide à domicile après la sortie		
d) Planification de la sortie		

### ANNEXE 3

Guide d'entretien enquête prescripteurs (autres qu'usagers):
--

Nom :

Fonction :

Adresse :

Tél.

E-mail :

Vous arrive-t-il de prescrire des prises en charge hospitalières à l'hôpital de Lisieux ?

Pour quels motifs ?

	oui	non
Avis spécialisé (consultation externe)		
Intervention chirurgicale		
Urgence		
Plateau technique		
Placement personne âgée		
Autre :		

A qui adressez-vous les personnes ?

A l'établissement (dans quel cas ?)	
A un service (le ou lesquels ?)	
A un praticien identifié (le ou lesquels ?)	

Quels sont, par ordre d'importance, vos critères d'adressage vers un établissement de soins ?

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Prenez-vous en compte un ou plusieurs des critères suivants (s'ils ne les ont pas cités précédemment) ?

	Pas important	Peu important	Important	Très important
1. Accessibilité :				
<b>a. Identification des médecins</b>				
<b>b. Accessibilité des médecins</b>				
<b>c. Délai pour obtenir un RDV en consultation</b>				
2. Continuité des soins :				
<b>a. Qualité de la tenue du dossier patient (1)</b>				
<b>b. Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (2)</b>				
<b>c. Fourniture des comptes-rendus de radiologie (IRM et scanner)</b>				

3. Pertinence des soins :				
a. Prise en charge de la douleur (3)				
b. Dépistage des troubles nutritionnels (4)				
c. Qualité du plateau technique				
d. Qualité de prise en charge aux urgences				
e. Informations en cours de soins				
f. Hôpital de jour de médecine				
g. Hôpital de jour de chirurgie				
4. Fluidité de la prise en charge :				
a. Durée de passage aux urgences				
b. Délai de RDV en radiologie				
c. Délai de RDV au laboratoire				
5. Sécurité du patient :				
a. Survenance d'infections nosocomiales (indicateurs ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB) (5)				
b. Hémovigilance				
6. Résultats médicaux :				
a. Satisfaction des patients				
b. Evolution de la dépendance				

**Les indicateurs notés (1) (2) (3) (4) (5) appartiennent aux indicateurs qualité nationaux que la Haute Autorité de Santé, en lien avec le Ministère de la Santé, met en œuvre dans l'ensemble des établissements de santé au dernier trimestre 2008. Dans ce cadre, la direction qualité du CH de Lisieux s'organise pour les produire et travailler à l'amélioration continue de ces résultats.**

Spontanément et globalement, quels sont pour vous, les points forts de l'Hôpital de Lisieux ?

Ses points faibles ?

Quelles spécialités médicales ou chirurgicales, qui n'existent pas actuellement, souhaiteriez-vous que l'hôpital propose ?

Quels types de traitement, qui n'existent pas actuellement, souhaiteriez-vous que l'hôpital propose ?

Que pensez-vous de vos relations avec l'**administration de l'hôpital** ?

Quels axes d'amélioration souhaiteriez-vous que nous mettions en place ?

Avez-vous des attentes particulières vis à vis de celle-ci ?

Souhaiteriez-vous des informations particulières de sa part ?  
Sur quels supports ?

Que pensez-vous de vos relations avec **le corps médical de l'hôpital** ?

Quels axes d'amélioration souhaiteriez-vous voir mis en place ?

Avez-vous des attentes particulières vis à vis de celui-ci ?

De quels outils de communication avec le corps médical souhaiteriez-vous disposer ?

Quelle serait la fréquence de leur mise en œuvre ?

Que pensez-vous de vos relations avec **le corps soignant de l'hôpital** ?

Quels axes d'amélioration souhaiteriez-vous voir mis en place ?

Avez-vous des attentes particulières vis à vis de celui-ci ?

Si vous orientez vers **les cliniques du territoire**, lesquelles privilégiez-vous et quelles en sont les raisons ?

Quels services de leur part appréciez-vous plus particulièrement ?

Si vous orientez vers **d'autres hôpitaux du territoire**, lesquels privilégiez-vous et quelles en sont les raisons ?

Quels services de leur part appréciez-vous plus particulièrement ?

Je vais vous lister les relations instaurées entre l'hôpital et son environnement. Lesquelles connaissez-vous ? Lesquelles appréciez-vous ? Lesquelles doivent être améliorées et comment ? Lesquelles manquent ?

Relations	Connaît ? oui/non	Participe ? oui/non	Commentaires
EPU			
Réseau			
GCS			
Point Garde			
Autres ?			

A l'intérieur de cette liste de demandes établie par des médecins libéraux d'une autre région vis à vis de leur hôpital de recours, auriez-vous des attentes particulières ?

	Attente particulière
Annuaire téléphonique pour des contacts directs et personnalisés	
Annuaire identifiant les spécialistes, leurs compétences	
Organisation de la prise en charge des urgences (horaires, tableau de garde, nuit, we)	
Délai d'attente aux urgences	
Délai des RDV et planning des CS	
Organisation et suivi du retour de l'information	
Tarif et usage du tiers payant	
Qualité des soins, des compétences	
Equipement en réanimation	
Disponibilité des lits	
% de complications par GHS	

Efficienc (coût/efficacité)	
-----------------------------	--

Nous constatons des taux de fuite en dehors du territoire pour les spécialités suivantes. Y-voyez-vous des explications ?

	Commentaires
<b>1. Séjours &gt; 24h :</b>	
a. Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	
b. Vasculaire interventionnel	
c. Hématologie	
d. Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chirurgie de l'ob�sitt�)	
e. Endocrinologie	
f. Orthopédie, Rhumatologie	
<b>2. Séjours &lt; 24h :</b>	
a. Vasculaire interventionnel	
b. Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	
c. Gynécologie	
d. Orthopédie, Rhumatologie	
e. Vasculaire périphérique	
f. Cardiologie (hors vasculaire interventionnel)	
g. Hématologie	
h. Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	

Verriez-vous d'autres fuites significatives ?

Nous constatons également que notre activité relative diminue sur les spécialités suivantes. Y-voyez-vous des explications ?

	Commentaires
Uro-néphrologie	
Vasculaire-périphérique	
ORL-Stomatologie	
Ophtalmologie	
Gynécologie	
Obstétrique	
Chimiothérapie	
Tissu cutané et sous-cutané	
Chirurgie	

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez consacré !

## ANNEXE 4

Plan d'actions envisagé, suite à l'enquête auprès des prescripteurs et à l'analyse des bases du PMSI de 2004 à 2006, pour améliorer l'attractivité de l'hôpital de Lisieux:

1. Stratégie :
  - renforcer les partenariats avec les établissements limitrophes
  - utiliser la démarche qualité comme outil marketing
  - étudier plus précisément les fuites constatées et corroborées par l'analyse des bases de données du PMSI :
    - maternité vers CH Honfleur
    - chimiothérapies vers le CHU
    - chirurgie vers cliniques de Lisieux et Deauvilleet définir des plans d'action en conséquence
2. Affaires médicales :
  - recrutement chirurgiens et promotion chirurgie
  - développer les relations médicales personnelles entre médecins hospitaliers et médecins de ville
  - analyser les demandes de nouvelles activités médicales ou types de prise en charge
3. Organisation générale :
  - secrétariats
  - délais comptes-rendus
  - délais RDV de consultations
4. Communication :
  - annuaire
  - site internet
  - informations générales médecine de ville et partenaires: adressage, horaires consultations, dossiers médicaux, examens, HAD, relations avec Point Garde...
5. Mise en place et développement des chimiothérapies en HDJ
6. Radiologie : cf. éléments contenus dans la synthèse
7. Urgences : cf. éléments contenus dans la synthèse
8. Direction des soins
  - « protocoliser » les transmissions soignante vis à vis de l'extérieur
9. Relations avec les usagers :
  - corroborer les attentes exprimées par la représentante des usagers : nourriture, isolation chambres, contacts représentants des usagers, informations médecin traitants, pratiques libérales à l'hôpital... à partir des informations disponibles (traitement des plaintes entre autres) afin de définir ou non des actions
10. Services économiques :
  - vérifier l'impact des règles de prise en charge du transport sanitaire sur l'adressage
11. Médico-social :
  - Benchmarking des établissements concurrents pour rivaliser en attractivité si nécessaire

## ANNEXE 5

### **Classification Outil d'Analyse PMSI (OAP)**

La classification OAP utilisée est la version 5.2 compatible avec les versions 10 et 10b des [GHM](#)

### **Construction de l'Outil d'Analyse PMSI (OAP) à partir de la classification en Groupes Homogènes de Malades**

Chaque GHM a été classé selon son type (médical, chirurgical ou obstétrique) et la lourdeur des prises en charge qui le caractérise. Les GHM ont ensuite été regroupés en lignes de produits. Les lignes de produits ont enfin été classées dans des pôles d'activité correspondant pour la plupart à des spécialités d'organe.

Pour plus de détail sur la méthodologie d'élaboration de la classification OAP, se référer au manuel d'utilisation qui accompagne la classification OAP (téléchargeable sur le site « <http://dime.aphp.fr> »).

### **Détermination des pôles d'activité**

Les lignes de produits ont été regroupées en 23 pôles d'activité.

### **Pôles d'activité**

AA - Digestif  
AB - Orthopédie, Rhumatologie  
AC - Uro-néphrologie  
AD - Système nerveux  
AE - Cardiologie  
AF - Vasculaire périphérique  
AG - Pneumologie  
AH - ORL, Stomatologie  
AI - Ophtalmologie  
AJ - Gynécologie  
AK - Obstétrique  
AL - Nouveau-nés  
AM - Hématologie  
AN - Chimiothérapie, Radiothérapie, Transfusion  
AO - Endocrinologie  
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané  
AQ - Brûlures  
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)  
AS - Maladie VIH  
AU - Traumatismes multiples ou complexes graves  
AV - Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool  
AX - Autres prises en charge  
AZ - Vasculaire interventionnel

**Suivi et maintenance :** La maintenance de cette classification est assurée par Docteur Buronfosse (DIME de l'AP-HP): <http://dime.aphp.fr> > PMSI MCO > Nomenclature - classifications > outils d'analyse du PMSI (OAP)

## ANNEXE 6

### Nomenclature du Dr Ruiz : Libellés de Niveau 1

1. Accouchements par voie basse
2. Affections de la bouche, des dents, Traumatismes du Nez, Epistaxis... Sans ACO
3. Affections de l'anté-partum
4. Affections du post-partum ou du post abortum
5. Appareil génital masculin
6. Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires, Ablation de matériel
7. Brulures avec ou sans ACO
8. Cardiologie
9. Césariennes
10. Chir. cardio-thoracique (hors transplant. d'organe), Pontages aorto-coronariens
11. Chir. digestive majeure : oesophage, estomac, colon, rectum...
12. Chir. hépato-biliaire et pancréatique
13. Chir. pour Aff. des Org. Hématopoiétiques, Lymphomes, Leucémies, Tumeurs SID..
14. Chir. viscérale autre : grêle, colon, hernies, occlusions..., avec ou sans ACO
15. Chirurgie de la Thyroïde, Parathyroïde, du Tractus Thyroïdologique
16. Chirurgie de l'appareil génital masculin
17. Chirurgie des nerfs crâniens ou périphériques, du canal carpien...
18. Chirurgie du rachis, Neuro-chirurgie
19. Chirurgie du sein
20. Chirurgie gynécologique
21. Chirurgie majeure de l'app. locomoteur, Chir. du bassin, hanche, fémur, épaule
22. Chirurgie Ophtalmologique
23. Chirurgie ORL, Stomato
24. Chirurgie Urologique
25. Chirurgie vasculaire
26. Chirurgies autres de l'appareil locomoteur
27. Chirurgies autres du système nerveux, Neurostimulateurs
28. Chirurgies diverses & actes : Traumatologie, VIH, Amputations, Accès vasculaires
29. Commotions cérébrales, Traumatismes crâniens sans ACO (Acte Classant Opératoire)
30. Coronarographie, Endoprothèse coronaire, Cathétérisme, Embolisation, Acte par voie vascul.
31. Décès et Transferts immédiats (hors Infarctus, Nouveaux-nés, Brûlures)
32. Diabète, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications)
33. Divers sans acte : Traumatismes, Symptômes, Intoxications, Allergies...
34. Endoscopies, sans ACO, avec ou sous anesthésie, séjours < 2 jours
35. Explorations, sans ACO, avec anesthésie, séjours < 2 jours
36. Fièvre, Infection, Septicémie
37. Greffe d'organes (Moelle), Auto et Allogreffes de cellules souches
38. Grossesses ectopiques
39. Gynécologie-Obstétrique, Sénologie
40. Hépato-Gastro-Entérologie
41. Hors séances : Curiethérapie, Autres irradiations, Chimiothérapies
42. Interruptions de grossesses, hors IVG
43. IVG
44. Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoiétiques, Tumeurs SID
45. Neurologie, Rachis. Actes par voie transcutanée, vasculaire, tractions, hors ACO
46. Nouveau-nés, prématurés, affections de la période périnatale (<121jours)

47. Ophtalmologie
48. ORL et Stomato
49. Parages de plaie, Greffes de peau, Chir. Esthétique, de Confort, des Tissus S/C
50. Pneumologie
51. Psychiatrie, Toxicologie, Alcool
52. Reclassement des séjours avec ACO
53. Rhumato., Traumato., Infections, Aff. malignes de l'app. locomoteur, sans ACO
54. Séances : Chimiothérapie, CurieTh., Radioth., Dialyse, Transfusion, Hyperbarie
55. séjours < 2 jours, avec ACO, ou sans ACO mais avec anesthésie
56. Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques
57. Suivi therap., d'affections connues, Rééducation, S. Palliatifs, Douleurs chron.
58. Transplant. d'organes (hors greffes de moelle & cornée : GADMT M15KZ, & C23C)
59. Traumatismes multiples graves avec ou sans ACO (Acte Classant Opératoire)
60. Traumatismes thoraciques sans ACO
61. Traumatismes, Fractures, Entorses, Luxations, Arthrites...sans ACO
62. Uro-Néphrologie (hors Séances)
63. V.I.H. sans ACO

## **De l'opportunité d'une démarche marketing à l'hôpital**

### **Ce qui est pertinent :**

- Met le patient au cœur des préoccupations de l'hôpital
- Elargit cette préoccupation à la prescription et en particulier à la médecine de ville
- Constitue un outil au service de la stratégie et de l'attractivité de l'établissement
- Permet de définir l'offre hospitalière de façon globale
- Identifie les couples produit/marché sur lesquels l'hôpital doit se positionner
- Permet la déclinaison du mix marketing sur chacun des segments de marché:
  - o Produit ou service offert
  - o Mise à disposition
  - o Communication
  - o Prix (dans la limite de la liberté d'action existante)
- Hiérarchise l'importance des éléments qui composent l'offre au regard de la demande
- S'intéresse à l'action des autres offreurs sur le territoire de l'hôpital, voire au-delà, en terme de concurrence et de benchmark
- Ouvre l'hôpital sur l'extérieur et le fédère à l'intérieur
- Contribue à la performance économique de l'hôpital
- Définit les effets d'échelle et les compétences nécessaires tant pour la qualité des soins que pour l'équilibre économique

### **Ce qui n'est pas pertinent :**

- La recherche de la rentabilité maximale
- L'action sur les prix
- Le jeu de la concurrence
- Une T2A qui instaure l'établissement en unité de gestion, alors que l'ODMCO instaure lui l'ensemble des établissements, publics et privés.

### **Conclusion :**

- Les patients, les hôpitaux et la collectivité ont fortement à gagner d'une démarche marketing à l'hôpital
- Les dérives éventuelles sont suffisamment encadrées, mais cet encadrement peut mettre en difficultés certains établissements