



HAL
open science

Entre méfiance et image : le marketing au service de la qualité. Le cas d'un EHPAD rattaché à un Hôpital Public

Alexandra Borot

► **To cite this version:**

Alexandra Borot. Entre méfiance et image : le marketing au service de la qualité. Le cas d'un EHPAD rattaché à un Hôpital Public. Gestion et management. 2022. dumas-03871667

HAL Id: dumas-03871667

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03871667>

Submitted on 25 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Année 2021-2022

MÉMOIRE

Entre méfiance et image : le
marketing au service de la qualité.
Le cas d'un EHPAD rattaché à un
Hôpital Public.

Ecrit par
Alexandra BOROT.

Sous le tutorat de
Mme Laura CARMOUZE,
Maître de conférences
en Sciences de Gestion.

REMERCIEMENTS

Ce travail de fin d'études est la concrétisation de cinq années de rigueur et de sérieux. Cependant, je n'aurais pu le faire sans l'aide précieuse et le soutien de nombreuses personnes.

D'une part, je tiens particulièrement à remercier l'IMPGT et ses enseignants. J'ai passé 3 années qui m'ont permis d'acquérir les savoirs nécessaires à ma future prise de poste.

J'ai une pensée pour M. Khaled SABOUNÉ, référent pédagogique du Master MESS qui nous a accompagné tout au long de ce master.

Je tiens aussi à remercier Mme Laura CARMOUZE, tutrice de mon mémoire, pour sa grande disponibilité et qui a su me donner les billes nécessaires à la construction de ce mémoire.

Aussi, je souhaite remercier l'EHPAD public et par conséquent les services hospitaliers auquel il est rattaché de m'avoir accueilli cette année pour mon stage de Master 2. Malgré les difficultés systémiques liées à l'hôpital public, l'ensemble des membres de la direction, des services administratifs, médicaux, paramédicaux, techniques et logistiques, etc, ont pris le temps de me former, m'impliquer dans leurs projets et leur quotidien parfois difficile.

Je remercie l'ensemble des agents avec qui j'ai pu collaborer toute cette année et qui ont tous participé à leur manière à ce travail.

Enfin, je tiens tout particulièrement à remercier Mme Anne-Marie TALLON, directrice et tutrice de stage, qui de par sa grande expérience et sa sagesse a pu me conforter dans mon projet professionnel et me faire appréhender l'ensemble des missions liées à la fonction de directeur au sein de la fonction publique hospitalière.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. ENTRE ILLUSIONS ET RÉALITÉS : LE MARKETING AU SERVICE DE LA QUALITÉ ? REVUE DE LITTÉRATURE	2-20
1. De l'introduction de nouveaux principes à la notion de marketing public : une assimilation du marketing nécessaire à l'aune de l'EHPAD "Bashing" ?	2-7
2. Entre satisfaction client et amélioration continue de la qualité : perceptions et enjeux.	8-13
3. Une approche utilisateur au service de l'amélioration continue de la qualité : quels outils du marketing ?	14-20
II. S'INTERROGER SUR LA PLACE DU MARKETING DANS LA DÉMARCHE QUALITÉ : ENQUÊTES, RÉSULTATS ET PLAN D'ACTIONS	21-44
1. Une analyse plurielle de l'environnement à l'aide de diverses méthodes d'enquêtes	22-30
2. Des résultats qui attestent de la légitimité du marketing au sein d'une démarche qualité	31-36
3. Des actions nécessaires à l'amélioration de la qualité de prise en charge et l'image de l'établissement	36-43
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

"Le marketing aura beau développer tous les produits à valeur ajoutée possibles, ces derniers risqueront toujours de voir leur crédibilité brutalement remise en question par un incident ou une insatisfaction relative aux prestations de base" (SAMMAK, SECK, ELKADERI, 2008). Ainsi, les liens entre le marketing et la qualité semblent naturellement fait dans les différents secteurs tertiaires. Ce lien n'est pourtant pas si évident dans le secteur médico-social et le secteur public.

En effet, la **notion de qualité** est implantée depuis de nombreuses années au sein des établissements médico-sociaux (ESMS) et sa nécessité quant à l'amélioration de la prise en charge des résidents n'est pas remise en question. Elle semble d'autant plus primordiale dans un contexte où la rationalisation des moyens, le manque de personnel et la pandémie amènent à la détérioration de la qualité de prise en charge et des conditions de travail des agents. Afin de pallier ces écueils, les pouvoirs publics invitent les ESMS à innover dans la manière d'évaluer et de construire l'accompagnement du résident à l'aide de nouveaux concepts : **l'approche utilisateur et la notion de satisfaction client/usager.**

Or, ces derniers entraînent certaines **résistances** du secteur *"cette orientation vers les perceptions du citoyen-usager s'est longtemps heurtée à l'idée répandue très longtemps selon laquelle l'intérêt pour les perceptions individuelles du public est une entrave à la recherche de l'intérêt général"* (Chappoz, 2013). Dès lors, comment faire adhérer les agents à ces nouvelles logiques à l'aune où l'utilisation même de ces outils issus de l'approche utilisateur semble être contraire à l'identité et aux valeurs que prônent le secteur.

Cependant, l'image des EHPAD pâtit de la perception de la mauvaise qualité de prise en charge au sein des établissements. Cela se traduit par une baisse de l'activité de ces établissements qui ont du mal à faire entrer de nouveaux résidents depuis la pandémie. Dès lors, les enjeux liés à l'attractivité de l'EHPAD n'ont jamais été aussi importants puisqu'elle conditionne la pérennité économique et sociale de l'établissement.

C'est pourquoi, nous pouvons nous demander : **entre méfiance et nécessité, en quoi la mise en œuvre d'une démarche marketing dans le secteur public conditionne t-elle la qualité de prise en charge des résidents ? L'approche utilisateur au sein de l'EHPAD public X.**

Nous allons dans un premier expliciter les notions de marketing en lien avec la qualité et ses perceptions à l'aide de la littérature (I.), puis étayer les résultats de notre question de recherche grâce à l'analyse du terrain de stage afin de proposer des actions pertinentes (II.).

I. ENTRE ILLUSIONS ET RÉALITÉS : LE MARKETING AU SERVICE DE LA QUALITÉ ? REVUE DE LITTÉRATURE

La notion de satisfaction usager/client est chère aussi bien au domaine du marketing que de la qualité. En effet, replacer au centre de son accompagnement le résident a été une priorité des pouvoirs publics lors des réformes successives de ces dernières années. Pourtant encore aujourd'hui, peu d'organisations publiques tendent à associer ces deux concepts qui pourraient interagir. Nous essayerons d'énoncer d'une part les logiques sous-jacentes menant à l'introduction du marketing et de ses outils au sein du secteur public (1), d'autre part d'analyser la satisfaction usager/client à travers le prisme de la qualité et ses perceptions (2) et enfin d'explicitier comment le marketing peut être au service de l'amélioration de la qualité en lien avec l'articulation de nouveaux référentiels et d'outils (3).

1. De l'introduction de nouveaux principes à la notion de marketing public : une assimilation du marketing nécessaire à l'aune de l'EHPAD "Bashing" ?

Face aux différentes crises successives de l'Etat-providence et une certaine obsolescence des pratiques managériales au sein du secteur public, de **nouveaux principes** visant à insuffler des dynamiques issues du secteur privé apparaissent. Dès lors, cette vision est instaurée aussi bien au niveau des processus stratégiques que opérationnels et provoque un changement plus ou moins accepté par les agents de la fonction publique. Ainsi, les outils issus de ces nouveaux savoirs questionnent : entre acceptation et défiance, dans quelle mesure les notions de marketing des services et de marketing public peuvent-elles réellement provoquer un changement de paradigme dans la perception et l'image que les usagers se font des EHPAD.

1.1. Les courants post-nouveau management public : influence et devenir au sein des établissements publics de santé

Né dans les années 1980, le **New Public Management** peut se définir très simplement comme "*l'application aux organisations publiques ou parapubliques de la philosophie managériale issue du secteur privé*". (Giordano, Le Goff, et Malherbe, 2015). En effet, la philosophie managériale ici citée se réfère à trois grands principes qui concorde avec le triptyque des "*3 E*" : Économie, Efficience et Efficacité (Urio, 1998). D'une part, l'introduction de logiques concurrentielles (Van Haepere, 2012) au sein du secteur public

doit permettre l'amélioration de la qualité de service rendu et une certaine **diminution des coûts** (volet économie). Aussi, au niveau de la gestion des ressources humaines, la logique **d'incitation** (volet efficience) qui va *"mettre l'accent sur la notion de mérite, l'individualisation des rémunérations, l'appréciation du personnel sur la base des entretiens annuels d'évaluation"* (Pesqueux, 2006) exige une augmentation de la performance sociale et économique. Enfin, la notion de **désagrégation** (volet efficacité) qui *"vise l'éclatement des hiérarchies monolithiques caractérisant les grosses administrations publiques en structures autonomes, moins hiérarchisées"* (Van Haeperen, 2012) simplifie les échanges et évitent les mille-feuilles administratifs trop souvent décriés par les usagers et les agents du service public. Ce changement de paradigme est confirmé lors de la promulgation en 2001 de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (**LOLF**). Cela se traduit au sein des organisations publiques par la mise en place de programmation, de définition d'objectifs, de leurs suivis et leurs évaluations à l'aide d'indicateurs de gestion et d'activité. Nous assistons dès lors à un passage de **logique de moyens à une logique de résultats** *"les objectifs énoncent le bénéfice attendu de l'action de l'Etat, [...], énoncent la qualité attendue du service rendu à l'utilisateur, [...], énoncent, pour le contribuable, l'optimisation attendue dans l'utilisation des moyens employés en rapportant les produits ou l'activité obtenus des ressources consommées"* (Pesqueux, 2006).

Ainsi, les établissements médico-sociaux rattachés à aux établissements publics de santé n'échappent pas à ces logiques. Bien que caractérisées par certains comme un *"antagonisme naturel entre les valeurs « sociales et solidaires » et celles du marché"* (Giordano, Le Goff, Malherbe, 2015), les différentes réformes du secteur sanitaire et médico-social ne sont que le reflet de l'influence du NPM lors de ces quarantes dernières années. D'une part, l'organisation de l'offre et la notion de **contractualisation** ont été introduites lors des politiques créant les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et les Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans les années 1990. Les moyens sont alloués à des activités précises et référencées sur un territoire donné en fonction des besoins (ce qui découle de la LOLF). Mais c'est réellement l'instauration d'une **tarification à l'activité** en 2004 au sein des établissements hospitaliers, *"un financement fondé sur un mécanisme de prix fixes (ou prix prospectifs) doit inciter les établissements à accroître leur efficacité productive"* (Burnel, 2017) qui oblige les managers à repenser la stratégie et la gestion de leur établissement. Bien que les EHPAD n'y soient pas soumis, certains étant rattachés à des établissements sanitaires, sont assujettis à un partage de culture organisationnelle et à des budgets communs (c'est

pourquoi, il semble intéressant de prendre en considération ces réformes dans la construction de ce travail de recherche).

Ces nombreux changements sont rapidement accompagnés de critiques envers ce nouveau modèle. D'une part, certains auteurs voient en l'instauration des principes du NPM un *"affaiblissement de l'éthique publique [...] ou montrent un retour de la bureaucratie"* (Van Haeperen, 2012). Ces limites s'expriment sur le terrain par des résistances au changement de la part des agents de la fonction publique et ralentit ainsi ce processus de changement. Aussi, l'introduction de ces méthodes plus **libérales** rend logique la montée de la **notion d'individu** et la logique de **parcours** en parallèle : *"mettre les patients au cœur du système de soin, ce qui s'incarne par [...] l'avènement de la démocratie sanitaire consacrée par la loi HPST (Hôpital patients santé territoires) en 2010. Cette loi accentue encore la logique d'externalisation en supprimant l'idée de service public hospitalier. À sa place, elle instaure 14 « missions de service public » qui peuvent être confiées indifféremment à des organisations publiques ou privées* (Giordano, Le Goff, Malherbe, 2015). Dès lors, le système de santé n'est plus centré sur l'hôpital public mais bien sur une multiplicité d'acteurs, **devenant tous à la fois concurrents et partenaires** et où la performance des équipes conditionne le budget alloué chaque année à leur service. Cette duplication des acteurs ont été dûment influencés par certains courants post NPM, qui apparaissent en réponse aux limites explicitées précédemment. Ainsi, la **Nouvelle Gouvernance Publique** invite les organisations publiques à plus de transparence et à penser les politiques publiques avec l'ensemble des citoyens *"les fondements théoriques de nouvelle gouvernance publique revendiquent le "pluralisme" de l'État de droit, qui conduit notamment à reconnaître et accepter la diversité des opinions et la multiplicité des acteurs de l'action publique."* (Dilhac, 2013 Dans: Carmouze, 2020).

Pour répondre à ces nouveaux attendus, le **concept de marketing** (et plus précisément le marketing public et des services) s'est immiscée dans la sphère publique (Van Haeperen, 2012). Permettant d'augmenter l'efficacité et la rentabilité des organisations tout en co-construisant avec les usagers les réponses à leurs besoins, les outils du marketing devraient être un levier de performance pour les managers et l'organisation dans son ensemble. Or, cette notion fait peur *"le terme marketing est encore un mot dédaigné dans de nombreux secteurs de la santé européens fortement réglementés et gérés par l'État"* (Crié, Salerno, et Vincent, 2014). Ces craintes sont en lien direct avec les limites repérées par les acteurs du secteur

public concernant le NPM et poussent, par la suite, à nous questionner sur l'interprétation que se font les acteurs publics de la notion de marketing.

Bien que certains courants post NPM tels que la NGO aient voulu limiter les écueils de ce dernier, **la plupart des organisations publiques continuent de décrier tout ce qui a attiré à la notion de marketing** l'assimilant à cette doctrine. Or, nous allons voir que ce dernier est victime de préjugés et n'est pas incompatible avec l'amélioration de la prise en charge des usagers de par sa définition même.

1.2. Du marketing public à la notion de marketing des services

Ainsi, la notion de marketing est souvent réduite à des logiques mercantiles. Or, les déclinaisons de cette dernière en marketing public et des services poussent à remettre en question ces aprioris.

En effet, le **marketing public** *"est considéré comme devant permettre de développer des stratégies d'adaptation aux besoins du public et de promouvoir la légitimité et la valeur ajoutée des organisations publiques."* (Pesqueux, 2006). Ces deux notions impliquent que **l'utilisateur est au centre** de la démarche marketing et que le marketing public semble indispensable à la pérennité d'une organisation (si elle n'est plus légitime, elle n'a plus de raison d'exister). Dès lors, le marketing public ne renvoie donc pas à la volonté de "vendre" un service mais bien de **rendre transparent** l'action publique en s'adaptant aux besoins d'un territoire. Aussi, la démarche marketing dans le service public est différente de celles appliquées dans le secteur privé. En effet, les organisations publiques délivrent un service, logique qui pousse à développer une démarche unique : le **marketing des services**.

Un service est composé de **quatre spécificités** résumées en *"IHIP [...] l'intangibilité, l'inséparabilité de la production et de la consommation, l'hétérogénéité, et la périssabilité. Ces caractéristiques mêmes expliquent que les services méritent une démarche et des outils marketing spécifiques"* (Gabriel, P., Divard, R., Le Gall-Ely, M. & Prim-Allaz, I. 2014). Ainsi, cela induit que le service et l'utilisateur qui le consomme sont **interdépendants** et l'utilisateur devient lui-même une partie intégrante du processus ou ce que nous pouvons nommer la **servuction**. Cette dernière confirme l'idée d'interdépendance entre les acteurs (le agents en contact avec l'utilisateur lui-même en contact avec le service et le support physique ou guichet) où *"ce système d'interactions joue un rôle important dans la perception du service et celle de*

sa qualité" (Gabriel, P., Divard, R., Le Gall-Ely, M. & Prim-Allaz, I. 2014). Ainsi, l'utilisation de marketing spécifique (celui des services) est essentiel afin de prendre en compte ces logiques et la notion de servuction avancée précédemment.

Dès lors, c'est parce que la perception et la qualité du service sont étroitement liées, que la démarche marketing choisie doit se conduire sur deux pieds. D'une part, elle doit comprendre la notion de **perspective offre** "*dont les phases de la démarche sont plutôt contrôlées par le prestataire*" (Gabriel, P., Divard, R., Le Gall-Ely, M. & Prim-Allaz, I. 2014), c'est à dire que le service proposé est défini en amont au sein de l'organisation, et d'une **perspective usage** qui sous-entend que l'utilisateur/client, en consommant le service, va lui-même le modifier. Cela entraîne donc une véritable **co-création du service**.

Afin de co-créer au mieux cette expérience du service, le marketing s'appuie sur la logique du **parcours client** qui "*représente le point de vue du client, mais est aussi un outil d'amélioration de la promesse de service utilisable par l'entreprise*" (Gabriel, P., Divard, R., Le Gall-Ely, M. & Prim-Allaz, I. 2014). C'est cette logique du parcours client qui nous invite à analyser les différentes expériences client sous plusieurs angles. Or, comment interpréter une mauvaise expérience client seulement sous le spectre d'une démarche marketing dès lors que les notions d'image et de qualité conditionnent elles aussi cette expérience ?

1.3. Une détérioration de l'image des EHPAD : quand l'approche marketing ne suffit plus.

Nul n'est censé ignorer que l'image des EHPAD n'est pas aussi brillante que celle des autres établissements médico-sociaux. En effet, les multiples scandales, et notamment le dernier concernant un groupe privé lucratif, a des impacts notoires, même au sein des établissements publics, sur l'imaginaire collectif. La notion de "**EHPAD Bashing**" a donc des conséquences non négligeables sur l'activité de l'organisation et sa pérennité que le marketing ne peut contrôler dû à la nature même de la logique de réputation.

La **réputation** "*est considérée comme la perception de l'organisation par les principales parties prenantes en particulier et de manière plus générale par l'ensemble d'entre elles*" (Boistel, P. & Laroutis, D. 2019). Cette dernière affirme donc que l'image des EHPAD n'est mauvaise que parce que les ressentis et la perception vis-à-vis de la prise en charge des personnes accompagnées le sont tout autant.

Or, il semblerait que la **perception** dépende de la crédibilité accordée à l'information transmise par des émetteurs *"le consommateur trouvera un émetteur crédible en fonction de sa perception de l'expertise qu'il accorde à son interlocuteur dans le domaine concerné, de la confiance qu'il inspire, de son attractivité et de sa valeur de référence"* (Robertson et al., 1984 Dans : Boistel, P. & Laroutis, D. 2019). C'est donc **parce que la réputation dépend de la crédibilité de la rumeur que l'EHPAD a aussi mauvaise réputation** : souvent la rumeur provient d'un résident, d'une famille voire même du personnel, des sources plus que plausibles. Dès lors, l'établissement aura beau établir une stratégie marketing qui semble adéquate, cette dernière ne pourra agir seulement sur une image qui est négative même auprès des personnels de l'institution.

Ainsi, il semble intéressant de réfléchir aux raisons sous-jacentes qui entraînent une si grande méfiance envers les EHPAD. En effet, les scandales et les effets de contagion ne peuvent pas entièrement expliquer une image aussi négative : souvent, les écueils émanent d'éléments tangibles et observables que nous pouvons lier à des problèmes de qualité de prise en charge. Dès lors, la qualité de l'accompagnement est primordiale à prendre en compte dans l'analyse stratégique de l'organisation. En effet, comment mettre en œuvre une démarche marketing au sein d'un EHPAD basé sur les besoins des résidents si ces derniers ne semblent pas respectés. C'est pourquoi, il sera nécessaire de définir les enjeux de l'amélioration continue de la qualité au regard de la notion de perception et de la satisfaction usagers/clients.

2. Entre satisfaction client et amélioration continue de la qualité : perceptions et enjeux.

Les divers scandales de maltraitance invitent les ESMS à repenser leur démarche qualité afin d'apporter un éclaircissement sur les réalités de l'accompagnement proposé en EHPAD.

Introduite par la loi de 1975 qui organise l'offre sociale et médico-sociale, la notion de qualité est devenue au centre des préoccupations des dirigeants des ESMS. Cependant, la place de la qualité au sein des organisations a évolué à la suite des multiples réformes du secteur et des attentes des parties prenantes toujours plus nombreuses. Ainsi, la définition la plus commune et assimilée par tous de la qualité peut renvoyer à "*l'aptitude d'un produit ou d'un service à répondre à des critères définis ; elle exige par conséquent une méthodologie d'évaluation et d'appréciation*" (Loubat, 2012). Ces critères sont aussi nombreux qu'il y a de parties prenantes (tutelles, résidents, familles et personnel). C'est pourquoi, il semble nécessaire de **centrer notre analyse sur le processus qualité en lien avec la perception amorcée précédemment et la notion de satisfactions plurielles.**

2.1. L'importance grandissante de la notion de qualité en EHPAD : processus, normes et systèmes.

La notion de qualité a été évoquée concrètement au sein de la **loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** comme la démarche principale des ESMS afin d'améliorer en continu leurs services. Cette dernière accorde une importance particulière à la place du résident dans son accompagnement puisqu'elle insiste sur la participation directe et indiscutable de ce dernier dans ses choix de vie. Ainsi, l'ensemble de l'accompagnement doit être élaboré avec le résident (et ses proches) afin de satisfaire au mieux ses besoins. Pour ce faire, la loi prévoit plusieurs outils, dont des **enquêtes de satisfaction** qui doivent être réalisées annuellement afin de s'ajuster en temps réel aux besoins exprimés. Aussi, la loi rend obligatoire le **projet d'établissement** qui s'apparente à une vitrine de la structure. La participation des résidents, des familles et du personnel à son écriture semble donc essentielle afin de représenter l'ensemble des perceptions de l'accompagnement proposé.

Ainsi, la qualité semble apparaître à différents niveaux de la prise en charge des résidents, au sein des fonctions supports et au sein du management même. Cette systémie s'apparente à un **système qualité** qui peut être définir comme "*l'ensemble de l'organisation, des procédures,*

des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité; Car la qualité ne s'évalue pas seulement à un instant t mais s'avère perpétuellement altérée, remise en cause et doit par conséquent faire l'objet d'une attention constante" (Loubat, J. 2015).

Cette logique processus fait écho à la **Roue de Deming**, concept incontournable au sein du management de la qualité où *"le PDCA est la logique d'amélioration des systèmes de management qualité et constitue la base de la norme ISO 9001"* (Gillet-Goinard, F. & Seno, B. 2020). Cette notion intègre 4 étapes primordiales : la planification des objectifs et des actions (**PLAN**) en définissant des délais et des pilotes, la mise en oeuvre (**DO**) où la mobilisation des équipes est nécessaire (aussi bien au niveau des fonctions support que opérationnelles), puis le contrôle (**CHECK**) où les indicateurs définis en amont permettent d'évaluer nos actions et leur cohérence avec les besoins des résidents (c'est à cet instant où il serait intéressant de se demander si la mise en relation de certains concepts liés au marketing est pertinente) et enfin la phase d'ajustement (**ACT**) où des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite du contrôle du terrain.

Ainsi, comme dit précédemment, cette amélioration continue de la qualité est le fondement de la norme **ISO 9001** délivrée par l'AFNOR qui *"repose sur un certain nombre de principes de management de la qualité, notamment une forte orientation client, la motivation et l'engagement de la direction, l'approche processus et l'amélioration continue."* (ISO). Dès lors, cette norme repose particulièrement sur l'adéquation entre l'offre proposée et la perception des utilisateurs (les résidents) vis-à-vis de celle-ci. C'est donc cette forte orientation client qui conditionne l'entièreté du processus qualité des EHPAD et qui invite aussi à prendre en compte dans la démarche les notions de satisfaction produit et satisfaction usagers/clients.

2.2. De la satisfaction produit/service à la satisfaction usagers/clients.

Nous avons pu remarquer que la législation a une influence certaine sur la conception de la qualité en ESMS. Ainsi, l'individualisation de l'accompagnement et la prise en charge a été pour la première fois évoquée lors de la Circulaire Rocard du 23 février 1989 à travers la **notion d'utilisateur/client** dans le secteur public. En effet, suite aux différentes réformes explicitées précédemment *"les esms seront alors jugés sur leur capacité à répondre avec précision aux besoins des personnes, sur des séquences de plus en plus courtes, avec une*

*exigence croissante de transférer leurs compétences à des agents multiplicateurs de leurs prestations (les usagers eux-mêmes, leurs proches, leurs aidants, les services de proximité, etc.)" (Grégoire, A., Dos Santos, C. & Sánchez Sánchez, C. 2017). C'est parce que l'individualisation des prestations est nécessaire à cause de forces concurrentielles et la nécessité d'améliorer la qualité que ce concept a muté. C'est pourquoi, l'émergence de la notion du **parcours client** fait sens à l'aune de ces mutations. Ce concept "*permet de faire prendre conscience au prestataire de service de l'ensemble des étapes par lesquelles le client fait émerger une expérience de service. En ce sens, le parcours client représente le point de vue du client, mais est aussi un outil d'amélioration de la promesse de service utilisable par l'entreprise*" (Gabriel, P., Divard, R., Le Gall-Ely, M. & Prim-Allaz, I. 2014).*

Dès lors, l'amélioration de la qualité, qui passait par une amélioration du produit (ou du service proposé), est dorénavant pensée sous le prisme d'une approche utilisateur. Une **approche produit** "*s'appuie sur des standards, des normes, des recommandations, des référentiels édictés le plus souvent par des agences (l'anap, l'anesm pour le médicosocial)*" (Grégoire, A., Dos Santos, C. & Sánchez Sánchez, C. 2017). Cette approche reste encore très ancrée dans la mise en œuvre d'une démarche qualité au sein des ESMS : lors de l'évaluation interne, de la construction du projet d'établissement qui appliquent toujours le référentiel des bonnes pratiques ANESM par exemple. Or, cette approche très normative permet, certes, d'atteindre des objectifs communs et nationaux (ce qui peut éviter les disparités de territoire et permet l'harmonisation des pratiques) mais ne prend pas en compte les attentes personnelles des usagers qui reçoivent et utilisent le service. C'est pourquoi, l'émergence de **l'approche utilisateur**, qui "*privilégie la qualité perçue au regard des attentes qui ont été formulées*" (Grégoire, A., Dos Santos, C. & Sánchez Sánchez, C. 2017), fait sens à l'aune où la recherche de l'individualisation est souhaitée par la plupart des politiques publiques mises en œuvre, sans que celles-ci n'insufflent pas nécessairement cette logique dans les référentiels déployés.

En effet, nous assistons dès lors à **un paradoxe entre ce qui a été identifié par les pouvoirs publics comme bénéfique afin d'améliorer la qualité de service rendu au sein des ESMS (à savoir l'individualisation) et la construction des référentiels et des demandes mêmes des tutelles**. En effet, il semble difficile de se défaire de l'approche produit dans le secteur médico-social puisqu'il doit toujours répondre à des réglementations particulières et qui demande aux managers et aux équipes de mettre en œuvre une politique qualité selon leurs

normes, leurs cadres et leurs évaluations (puisque la Haute Autorité de Santé procède à des évaluations externes et des certifications selon des indicateurs nationaux).

Pourtant, il semble nécessaire de développer une démarche qualité en lien avec l'approche utilisateur puisque la qualité est une notion plurielle qui intègre plusieurs perceptions.

2.3. Entre individualisation de la prise en charge et multiplicité des parties prenantes : comment améliorer la qualité de service ?

En effet, la loi 2002-2 a non seulement introduit des outils permettant le développement d'une démarche qualité au sein des ESMS mais aussi la logique **d'individualisation** des prestations et de la prise en charge. Cette individualisation passe notamment par l'obligation de construire à l'entrée des résidents (et en l'actualisant tout au long de sa prise en charge) un **projet personnalisé d'accompagnement** ou projet de vie avec les équipes soignantes, les résidents et leurs proches.

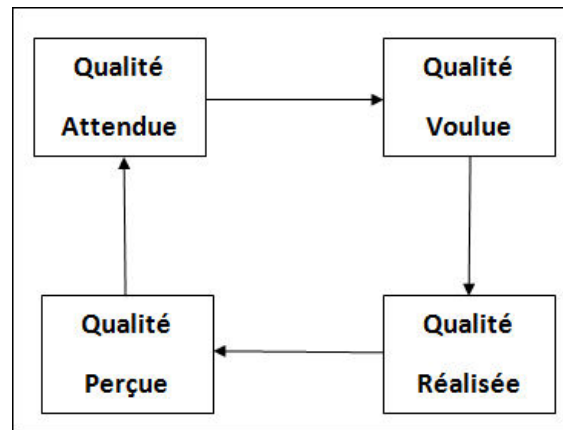
Dès lors, cette logique d'individualisation implique qu'il y a une perception différente de la qualité au sein de l'établissement pour chaque personne intervenant au sein de la prise en charge. Cette notion invite donc à penser la stratégie de l'établissement en prenant en compte les attentes de l'ensemble des parties prenantes.

Le concept de **partie prenante** peut se définir comme étant "*un concept mobilisé en stratégie [...] s'intégrant dans le processus de planification de l'entreprise, et désigne alors les groupes d'individus qui sont indispensables à la survie de l'entreprise*" (Mercier, 2010). Ces dernières peuvent être regroupées en deux catégories : les parties prenantes **internes** qui seraient constituées ici des résidents, des agents et des dirigeants et les parties prenantes **externes** regroupant les proches des résidents, les autorités de tarification, les pouvoirs publics, les médias, les fournisseurs ou encore les autres établissements médico-sociaux et sanitaires. C'est donc parce qu'elles sont multiples et qu'elles ont un impact plus ou moins fort sur la pérennité et l'image d'un établissement, qu'il est non seulement nécessaire de se centrer sur la satisfaction client mais aussi sur celle de toutes les autres parties prenantes.

Aussi, puisqu'une pluralité de parties prenantes évoluent au sein de l'établissement, nous pouvons affirmer que plusieurs perceptions de la qualité coexistent pour une même prestation. En effet, c'est parce que les attentes de chacun diffèrent qu'il est primordial d'identifier les **typologies de qualité** avant de déployer toute démarche qualité au sein de

notre établissement. Dès lors, **quatre types de qualité** peuvent s'observer recoupant les différentes perceptions des résidents, de leur famille ou encore des professionnels : la qualité attendue, la qualité voulue, la qualité réalisée et la qualité perçue (Averous B & D, 2004).

Figure 1 : Le cycle de la qualité (Averous B & D, 2004).



D'une part, la **qualité attendue** se réfère à la qualité que les résidents espèrent recevoir tout au long de leur prise en charge et "*se construit autour de ses attentes mais aussi par son expérience antérieure*" (Averous B & D, 2004). Cette dernière se rapporte aussi à la qualité attendue par les proches des résidents. C'est parce que ces attentes restent subjectives pour chaque personne que l'outil du projet personnalisé fait sens dès lors où l'appréhension des besoins des résidents est primordiale pour atteindre au mieux cette notion de qualité attendue. C'est ainsi que l'établissement souhaite une certaine qualité afin de répondre à ces attentes : la **qualité voulue**. Cette dernière se rapporte non seulement à la stratégie mise en œuvre par le top management mais aussi aux actes et au travail réalisé par les professionnels de terrain. Le but est dès lors de limiter les écarts entre ce qui a été décidé de mettre en place afin d'atteindre cette qualité voulue et la **qualité effectivement réalisée** : cette troisième typologie est la finalité des objectifs et actions mis en œuvre et conditionne la performance d'un établissement (elle est par ailleurs quantifiable et objectivable à l'aide d'indicateurs de gestion). Mais c'est bien à travers la **qualité perçue** par l'ensemble des parties prenantes que l'image et la perception de l'établissement se traduisent. En effet, la notion de perception est de par sa nature subjective. C'est pourquoi, il semble difficile d'avoir un impact sur les ressentis de l'ensemble des résidents, de leurs proches ou encore des professionnels. Or, penser cela serait délétère pour la continuité de l'amélioration de la qualité mais aussi durablement pour l'image de l'établissement. C'est de par cette subjectivité de la qualité qu'il

est essentiel de prendre en compte l'avis de toutes les parties prenantes et de les intégrer au processus de construction de leur accompagnement (à travers les enquêtes de satisfaction par exemple).

Dès lors, ces typologies de la qualité mettent en exergue le lien entre certains concepts du marketing et de la qualité. En effet, la notion de qualité perçue nous invite à penser qu'un des enjeux majeurs de l'amélioration de la qualité au sein d'un EHPAD est de se centrer sur la satisfaction usager/client explicité précédemment mais surtout de la lier avec l'**approche utilisateur**. Nous allons voir que ce concept marketing peut être un réel levier d'amélioration de la qualité mais doit faire face à des résistances inhérentes au secteur tout en étant petit à petit inclus dans les récentes politiques publiques.

3. Une approche utilisateur au service de l'amélioration continue de la qualité : quels outils du marketing ?

Ainsi, les différentes perceptions de la qualité nous poussent à penser la démarche qualité sous le prisme d'une démarche marketing. C'est pourquoi nous essayerons de définir plus amplement la notion d'**approche utilisateur** en lien avec la notion émanant des politiques publiques actuelles de **coproduction** de service (3.1), puis nous tenterons d'expliquer les **résistances** rencontrées lors des tentatives de liaisons entre ces deux concepts (3.2), enfin il sera intéressant d'expliciter le **nouvel outil déployé** par la Haute Autorité de Santé qui semble s'inspirer de quelques outils du marketing existants (3.3) afin de comprendre les enjeux futurs concernant l'image de EHPAD et sa qualité de prise en charge.

3.1. Du marketing à la qualité : quelles complémentarités ?

"L'utilisateur du service public est construit selon un projet politique central. Ceci explique en partie pourquoi l'utilisateur est difficilement cernable, pourquoi il est parfois mal connu ou mal représenté" (Lamarche, T. 2001). Cette phrase décrit parfaitement la difficulté pour les pouvoirs publics et pour les établissements médico-sociaux de construire une démarche qualité qui parle et semble suffisante pour toutes les parties prenantes (les résidents, leurs proches, les agents) puisqu'elle ne peut prendre en compte les particularismes. Conscient de cet écueil, l'approche utilisateur issu du marketing s'intègre dorénavant dans la mise en œuvre de nouveaux référentiels qualité qu'il sera nécessaire d'explicitier par la suite.

Avant de faire cela, il est pertinent de définir plus amplement le concept central de ce travail de recherche. L'**approche utilisateur** peut être considérée comme *"l'ensemble des perceptions, interactions ou ressentis qu'un utilisateur éprouve vis-à-vis d'un produit ou service, avant, pendant et après son utilisation"* (Michel, C. & Trognon, G. 2015). Ainsi, utiliser cette approche dans le cadre d'une démarche qualité permettrait de répondre aux difficultés d'intégrer les différentes perceptions de la qualité ou non qualité. Dès lors, les outils de l'amélioration de la qualité et ceux du marketing sont réellement complémentaires et invitent à répondre non seulement à cette assimilation des perceptions mais aussi à la participation des usagers, notion voulue par les pouvoirs publics comme nous avons pu le voir dans la partie précédente *"on doit comprendre que l'utilisateur devient client parce que les organisations de service public s'adressent à sa capacité à exercer des choix ; cela signifie*

que l'offreur construit ou participe à la construction d'un « client » du service public" (Lamarche, T. 2001).

Cette construction du service est en lien étroit avec la logique de **coproduction** directement insufflée par la Nouvelle Gouvernance Publique mais aussi par le marketing. Ce concept désigne *"le fait d'introduire des connaissances générées par l'utilisateur dans la prestation de service public en faisant intervenir les citoyens et des groupes"* (Vennik, F., van de Bovenkamp, H., Putters, K. & Grit, K. 2016). En effet, bien que les politiques publiques étaient tournées vers cette logique, trop souvent les résidents en EHPAD n'ont pas leurs mots à dire lors du processus de servuction. Cependant, le besoin accru en l'amélioration de la qualité et la détérioration de l'image de ces établissements poussent à repenser les dynamiques existantes et à proposer **un vrai partenariat** avec les utilisateurs du service qui étaient alors *considérés comme des bénéficiaires passifs de soins"* (Vennik, F., van de Bovenkamp, H., Putters, K. & Grit, K. 2016). Ce partenariat passera, alors, par la participation des résidents lors des évaluations internes des établissements, lors des Conseils de la Vie Sociale et la participation aux enquêtes de satisfaction ou encore à différents niveaux des processus de la prise en charge.

L'inclusion de cette logique marketing dans la démarche qualité pousse les personnes évoluant au sein de l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées à redéfinir leurs pratiques. En effet, *"ce rôle plus actif des patients a transformé la production des services publics ; les patients sont invités à participer activement et à agir comme des consommateurs producteurs, à côté et en interaction avec les professionnels des soins de santé"* (Vennik, F., van de Bovenkamp, H., Putters, K. & Grit, K. 2016). Or, cette redéfinition de la place de l'utilisateur dans l'accompagnement et l'utilisation de nouveaux outils (surtout issus du marketing) donne naissance à certaines résistances au sein des agents des services publics hospitaliers qu'il est nécessaire d'analyser.

3.2. Résistances à logique utilisateur dans les EHPAD publics : tentative d'explications

Toute organisation est confrontée à un certain degré de **résistances** lorsque des changements surviennent. Qu'ils soient structurels, culturels ou encore matériels, ces changements ont un impact notable sur la performance de l'organisation. C'est pourquoi le management de ces derniers est un enjeu primordial et doit faire l'objet d'une attention spécifique.

Dès lors, l'introduction de l'approche utilisateur au sein d'une démarche qualité et plus globalement d'outils du marketing au sein du secteur public et médico-social provoque plusieurs réactions des agents des EHPAD comme des résistances. Ainsi, la **résistance au changement** peut se résumer en *"la capacité des individus d'entraver les projets de réforme dans lesquels s'engage l'entreprise. Elle renvoie à une variété de comportements comme le déni, l'indifférence, le rejet, la rumeur, l'obéissance aveugle, le refus, l'argumentation, la contestation, l'opposition, la répression, la grève, le sabotage"* (Soparnot, 2013). Dès lors, la résistance au changement se traduit de façon plus ou moins démonstrative (allant de l'indifférence à de grands mouvements sociaux par exemple) mais qui peuvent être tout aussi délétères l'un que l'autre. En effet, l'individualisation de la prise en charge et l'amélioration de la qualité reste des enjeux majeurs en EHPAD au vu de l'image négative des établissements et des cas de soupçons de maltraitance qui restent nombreux. C'est pourquoi, il est nécessaire d'expliquer les raisons de ces résistances au lieu d'adopter un positionnement managérial (rigidité ou encore autoritarisme) qui ne ferait que les empirer.

Ainsi, six facteurs de résistances sont donnés au sein de la littérature. Il semble opportun de se concentrer sur l'explication des **trois facteurs principaux** pouvant intervenir dans le processus de résistances au sein du secteur médico-social public. En effet, le premier facteur qui semble survenir dans les dynamiques de changement est celui de la résistance **identitaire**. Elle peut se définir comme *"la relation que l'individu entretient avec l'entreprise [...] l'organisation nourrit l'individu en termes de représentation de lui-même. Et ce dernier construit son identité et existe socialement à travers son travail, son appartenance à un monde (un service, un métier) et à une entreprise. Le changement peut donc provoquer une remise en cause profonde de l'identité de la personne en modifiant la nature de la relation qui la lie à l'organisation"* (Soparnot, 2013). Ici, les agents appartiennent à un corps de métier régi par le **sentiment d'appartenance**, leur métier semble être une véritable vocation qui répond à des valeurs bien précises. L'utilisation d'outils marketing au sein de leur pratique pourrait dès lors déroger à leurs principes intrinsèques à la profession d'infirmiers, de médecins ou de secrétaires médicales par exemple. Ce point rejoint un autre facteur de résistance au changement qui est celui de la résistance **culturelle**. Cette dernière *"tend donc à conditionner et homogénéiser les attitudes et les comportements des acteurs en forgeant leurs représentations, c'est-à-dire la manière dont ils signifient les situations et les actions. Et c'est en fonction de ces significations qu'ils vont agir. Or, le changement véhicule parfois des valeurs qui divergent avec celles de*

l'organisation. Les individus peuvent alors combattre ce qui met en danger ce en quoi ils croient profondément" (Soparnot, 2013). Ce facteur de résistance est **d'autant plus prégnant au sein du secteur public** qui porte des valeurs fortes d'universalisme, d'intégrité et d'équité, là où l'utilisation du marketing est perçu comme le début de la mercantilisation du secteur et *in fine* de sa privatisation. Enfin, le dernier facteur concerne la résistance **cognitive** qui porte sur "*les connaissances et compétences des individus [...] Le changement impose en effet de faire un apprentissage de techniques et de méthodes nouvelles*" (Soparnot, 2013). Cette résistance n'est pas la plus évidente contrairement aux deux précédemment citées. Cependant, elle peut constituer un frein non négligeable puisqu'il est difficile de faire adhérer des équipes à une nouvelle vision de la démarche qualité sans proposer un accompagnement et des formations. Or, ce point est à interroger dès lors où aussi bien les dirigeants des établissements concernés par ce nouveau paradigme mais aussi les tutelles et les agences qui les imposent, ne semblent pas plus formées et acculturées à l'approche utilisateur que les équipes sur le terrain.

Cet écueil relève directement de résistances plus anciennes qui ne tournent pas autour de l'approche utilisateur spécifiquement. En effet, "*le marketing reste encore relativement inexploré dans le champ sanitaire et médico social (hôpitaux, EHPAD, etc.) où les pratiques sont assez confidentielles. Des freins existent encore, et notre discipline a longtemps été écartée de l'univers de la santé dans une confrontation idéologique entre le mercantile et l'altruisme, la vente et le service public, le marketing restant l'apanage des industries pharmaceutiques et d'équipements médicaux ou des cliniques dites privées lucratives*" (Crié, D. & Gallopel-Morvan, K. 2019). De ce fait, il sera intéressant de vérifier sur le terrain si ces logiques sont encore bien ancrées dans l'inconscient des agents des EHPAD ou si l'incorporation de certains outils du marketing ces dernières années ont permis une certaine acculturation. En effet, "*il est alors problématique de procéder à une dissociation stricte entre supporteurs et opposants au changement car « une majorité d'acteurs évoquent à la fois des représentations favorables et des représentations défavorables par rapport au changement*" (Soparnot, R. 2013). C'est parce que les résistances ne sont pas aussi binaires que nous pouvons assister ces dernières années à l'avènement d'un nouveau référentiel construit par les professionnels du secteur médico-social qui devrait inclure la logique d'approche utilisateur qui rappelle fortement de nombreux outils du marketing des services.

3.3. Une timide inclusion de la logique utilisateur : s'appropriier la notion du résident traceur



Malgré ces résistances, les pouvoirs publics essaient d'inclure cette approche utilisateur dans le déploiement des politiques publiques. En effet, un **nouveau référentiel d'évaluation des établissements médico-sociaux** de la Haute Autorité de Santé a vu le jour en mars 2022. Il est composé de 3 volets : la personne, les professionnels, l'établissement. Cette segmentation des volets démontre que les attentes et la perception de la qualité dépendent des parties prenantes (comme évoqué précédemment). Mais c'est bien l'utilisation d'un nouvel outil émanant du sanitaire qui montre la mutation de la stratégie d'évaluation de la qualité de prise en charge : **l'accompagné traceur ou le résident-traceur.**

Ainsi, cette méthode *"prend en compte l'expérience du patient et de ses proches et permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des*

Source : Infographie HAS, 2021

actions d'amélioration" (Site de la HAS). L'approche utilisateur se retrouve au niveau de la phase 2 lors de la rencontre avec l'utilisateur défini au préalable (cf. Infographie) où l'expérience de ce dernier permettront une analyse plus profonde de tous les processus intervenants lors de

la prise en charge des résidents au sein de l'EHPAD. Cet outil répond dès lors aux enjeux évoqués dans la partie précédente où **l'amélioration de la qualité de prise en charge ne semble passer que par l'expertise des résidents.**

Si cet outil est un premier pas vers la mutation profonde de la prise en compte de l'avis des usagers au sein du secteur médico-social, il ressemble à si méprendre à un des outils du marketing des services : le **blueprint**. Ce dernier permet de représenter visuellement le parcours client que nous avons théorisé précédemment. En effet, il se présente comme *"un outil opérationnel visuel décrivant la servuction sous forme de processus. Il permet de décomposer les étapes de la servuction, en distinguant les opérations de relation avec les clients (en front office), des activités de soutien à ces relations, non visibles de la part des clients (en back office)"* (Gabriel, P., Divard, R., Le Gall-Ely, M. & Prim-Allaz, I. 2014). Ainsi, il semble paradoxal qu'un secteur aussi frileux que le secteur médico-social et public adhère à un outil issu du marketing.

Pourtant, l'assimilation de l'expérience utilisateur dans la construction d'une démarche d'amélioration continue de la qualité à l'aide d'autres outils seraient tout aussi pertinents. Plus que le blueprint, le **marketing mix** serait un formidable levier stratégique d'individualisation de la prise en charge. En effet, *"la segmentation des publics engendre des différenciations de produits et de services et pousse à une déconstruction de la logique organisationnelle"* (Larmarche, 2001). C'est pourquoi le marketing mix, qui peut être définie comme *"l'ensemble cohérent de décisions relatives aux politiques de produit, de prix, de distribution et de communication d'un produit ou d'une marque"* (Demeure, C. & Berteloot, S. 2015), recoupe dans ses quatre composantes non seulement une notion de qualité mais aussi la possibilité de s'adapter au plus proche des besoins des personnes accompagnées en mettant en lumière les logiques d'interconnexions entre les différents processus.

D'une part, la politique liée au **produit** (ou en l'occurrence au service) s'apparente à l'intégralité du parcours patient et de l'ensemble de la qualité des processus de prise en charge. Aussi, la politique par rapport au **prix** ne peut être pensée ici puisque le secteur (d'autant plus au sein d'un établissement public) est extrêmement encadré et les marges de manœuvre sont inexistantes (puisque les autorités tarifaires fixent notre prix de journée). De plus, la politique déclinée en lien avec la **distribution** (ou place) se rapporte aux stratégies de coordination et de parcours et la propension de l'établissement à s'inscrire dans des logiques de territoire afin de répondre aux besoins locaux de la population. Enfin, la politique liée à la **communication**

(ou promotion) est un élément sur lequel l'établissement peut le plus agir mais qui est souvent délaissé au sein du secteur public (pour les causes énoncées précédemment). Il est dès lors essentiel de penser à l'ensemble de ces items afin de construire une démarche marketing performante et de couvrir l'ensemble des besoins des résidents mais aussi de l'établissement. Afin de construire un marketing mix cohérent avec ces derniers, le dernier point portant sur les plans de communication peut être facilité grâce à la notion de branding.

Il est vrai que l'outil du branding dans le marketing des services pourrait être intéressant pour intégrer les usagers dans la construction de la démarche qualité et ainsi l'améliorer. Issu du marketing territorial, le **branding** désigne *"le développement de marques pour des sites géographiques, comme des régions, des villes ou des communautés, dans le but généralement de déclencher des associations positives et de distinguer l'endroit des autres"* (Eshuis, J., Klijn, E. & Braun, E. 2014). Ainsi, développer un sentiment d'appartenance à l'établissement pour sa qualité de prise en charge pourrait être un levier d'amélioration de l'image des EHPAD et permettrait l'implication et la prise en compte de la perception de toutes les parties prenantes. L'ensemble de ces outils marketing pourraient dès lors répondre aux nouvelles logiques d'une démarche qualité globale mais qui prend en compte l'individualité de chacun. Le déploiement de ces derniers est cependant conditionné par l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes .

Ainsi, bien que les autorités commencent à intégrer plus amplement certaines logiques du marketing des services au sein des processus qualité, nous pouvons nous demander ce qu'en pensent les professionnels en EHPAD ? Ces outils peuvent-ils vraiment améliorer la qualité de prise en charge et donc à terme la perception de la qualité des futurs résidents, des résidents et leurs proches et même des professionnels de ces institutions et ainsi améliorer l'image de ces établissements ? Il sera dès lors intéressant d'aller vérifier sur les terrains ces hypothèses de recherche afin de construire un plan d'actions cohérent et en lien avec les besoins de notre établissement.

II. S'INTERROGER SUR LA PLACE DU MARKETING DANS LA DÉMARCHE QUALITÉ : ENQUÊTES, RÉSULTATS ET PLAN D' ACTIONS

L'établissement où j'évolue à la direction est un EHPAD public situé au sein du département du Rhône dans une ville fragilisée par le déclin industriel (ce qui explique l'habilitation à 100% à l'aide sociale hébergement par exemple). Il est rattaché à un hôpital public et une deuxième EHPAD (direction commune) et fait partie d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) depuis 2016.

Au cœur de la ville et non loin de l'hôpital, l'établissement est composé de 200 lits d'hébergement permanent pour répondre aux besoins des habitants du territoire et d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) et d'une unité protégée accueillant des personnes ayant des troubles cognitifs. Les missions de notre établissement s'inscrivent pleinement dans les plans régionaux et schémas départementaux en proposant d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne tout en maintenant et favorisant le lien social. Les services support dont le service qualité et le service communication sont mutualisés avec l'hôpital et les diverses politiques relatives à ces sujets font partie d'une stratégie et d'une vision commune.

Au niveau de la gestion des ressources humaines, l'établissement emploie une pluralité de professionnels (144 ETP) au sein de différents services. L'équipe médicale est composée de 3 médecins, de 3 cadres de santé, 8 infirmiers (jour et nuit) et 41 aide-soignants (jour et nuit) et accompagnants éducatifs et sociaux (d'autres agents paramédicaux tels que des kinésithérapeutes, une psychologue, une psychomotricienne, une diététicienne sont présents sur la structure et l'hôpital). L'équipe vie sociale est composée de 2 animateurs et 2 agents qui assurent la tenue de la boutique interne à l'établissement. L'hébergement et la restauration sont externalisés (marché public) pour la plupart des tâches : une lingère et la gouvernante s'assurent cependant de la coordination du linge et de l'entretien. L'équipe administrative et les services généraux sont assurés par une secrétaire médicale, un agent d'accueil et la directrice qui, elle, se partage entre ce site et l'autre EHPAD. La stabilité des équipes est similaire à la situation des autres établissements médico-sociaux : le turn-over et l'absentéisme sont importants mais néanmoins moins marqués de par le système de titularisation dans la fonction publique hospitalière.

1. Une analyse plurielle de l'environnement à l'aide de diverses méthodes d'enquêtes

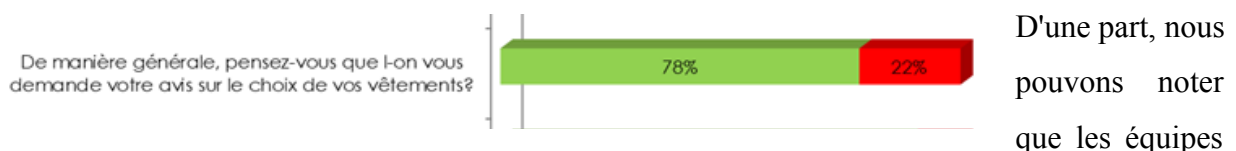
Ainsi, les enjeux semblent se centrer autour de la question de l'individualisation de l'accompagnement alors que l'établissement n'est pas à taille humaine et que les équipes ne sont pas pérennes. Aussi, le secteur public a toujours eu du mal à intégrer des logiques marketing en son sein, il sera donc intéressant de questionner ces problématiques lors de l'analyse des documents internes, des entretiens avec les professionnels et les résidents et lors de l'observation de réunions stratégiques du Comité de Direction (CODIR).

1.1 Entre perception et participation : l'analyse de l'enquête de satisfaction

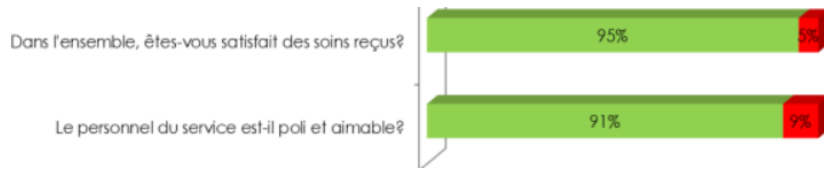
Ainsi, comme évoqué précédemment, l'outil des enquêtes de satisfaction a été introduit par la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale au sein des établissements médico-sociaux.

Dès lors, notre établissement conduit ces dernières annuellement auprès de non seulement les résidents, leurs proches mais aussi des agents. Cette spécificités invitent donc à confronter les perceptions de chacun en lien avec la qualité de prise en charge au sein de l'EHPAD. Le questionnaire comprend plusieurs questions portant sur la qualité des repas, de l'entretien, la personnalisation de l'accompagnement, la bienveillance, les soins, les services administratifs, etc. Les questions sont différenciées en fonction des répondants. 36 résidents, 65 proches et 34 professionnels ont pu s'exprimer (le taux de retour est en baisse dû à la pandémie).

Il n'est pas nécessaire d'analyser l'entièreté des réponses rapportées par les résidents et leurs familles, cependant certains points concernant l'individualisation de la prise en charge en lien avec la perception de la qualité poussent à nous interroger sur la réelle personnalisation de l'accompagnement.

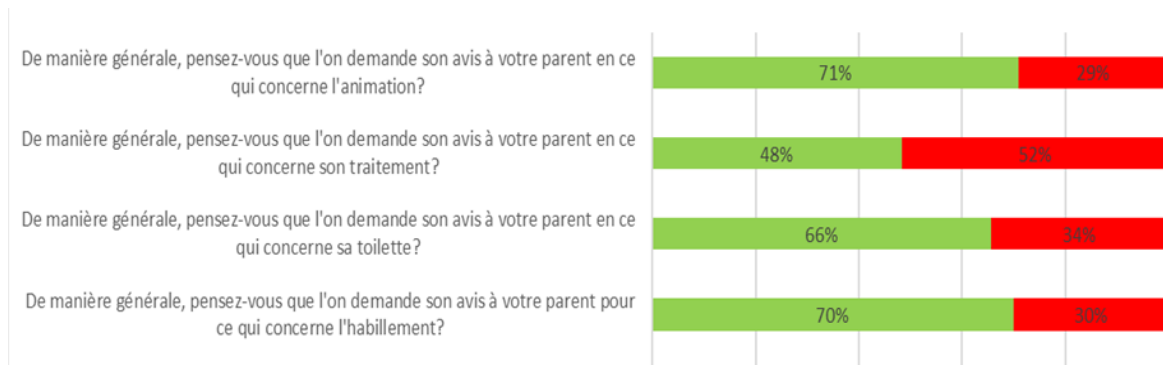


semblent répondre globalement à la demande prise en compte des avis individuels des résidents comme le démontre cette question ci-dessous où 78% des répondants résidents se sentent associés à leur prise en charge.



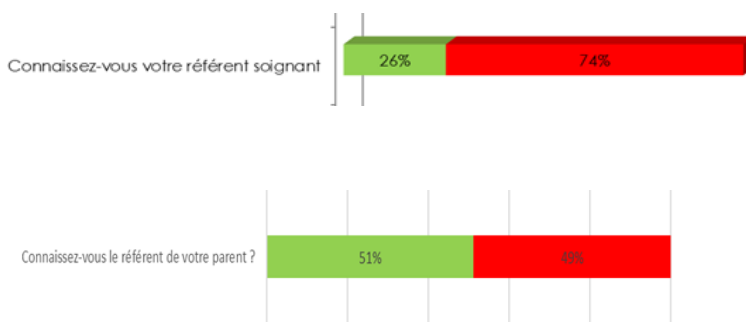
Il en est de même pour la satisfaction globale de prise en soins et de l'appréciation des équipes.

Pourtant, ces résultats mettent en exergue un paradoxe. En effet, les réponses des résidents diffèrent avec la perception de la qualité de leurs proches. En effet, lorsque nous mettons en parallèle les réponses énoncées précédemment avec celles ci-dessous, nous pouvons nous rendre compte que les familles ont une plus grande propension à considérer que l'individualisation de la prise en charge au sein de l'établissement n'est pas bonne contrairement aux principaux concernés, les résidents eux-mêmes.



Sources : Documents internes, Enquêtes de Satisfaction 2021.

Ainsi, notre thèse concernant l'importance de considérer les différentes perceptions de la qualité lors du déploiement d'une stratégie marketing et qualité peut être partiellement confirmée à travers cette enquête quantitative. En effet, il sera intéressant de s'attarder sur ce point-ci lors de la tenue des entretiens pour l'enquête qualitative afin de déceler ces écarts de perception et de pouvoir les analyser de façon pertinente lors de la restitution de tous les résultats.

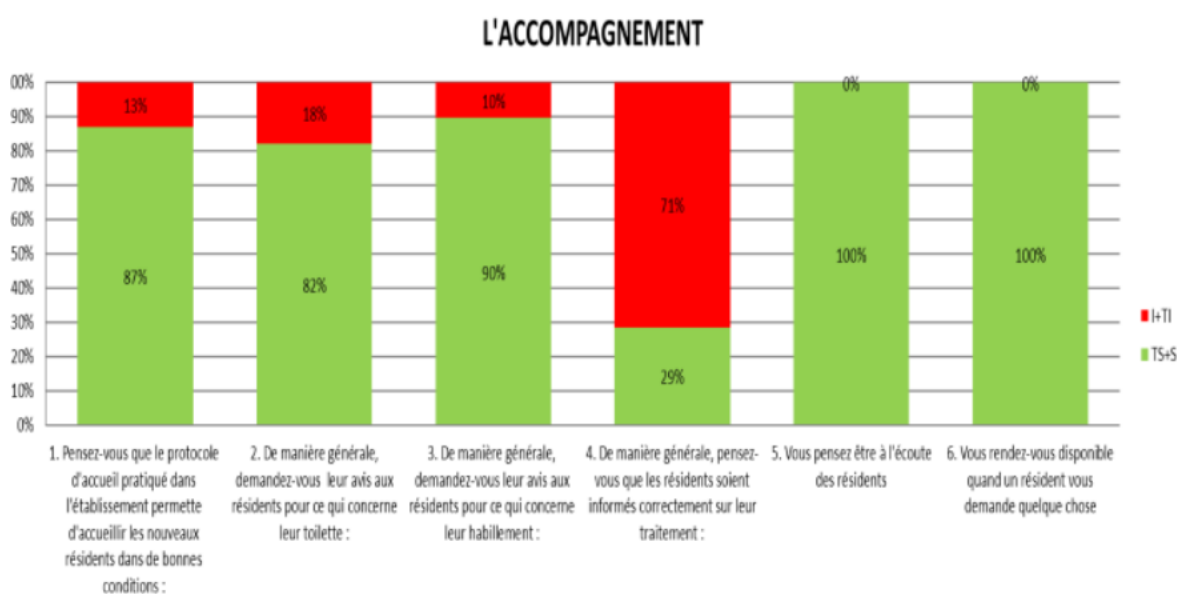


Concernant l'accompagnement personnalisé en tant que tel, nous avons déjà affirmé que les résidents se sentent entendus dans leurs envies et choix de vie au quotidien. Cependant, un point est à relever concernant la

connaissance des équipes qui sont chargées de leur prise en charge. En effet, 74% des résidents ayant répondu à l'enquête attestent ne pas connaître leur référent soignant tout comme leurs proches (49%).

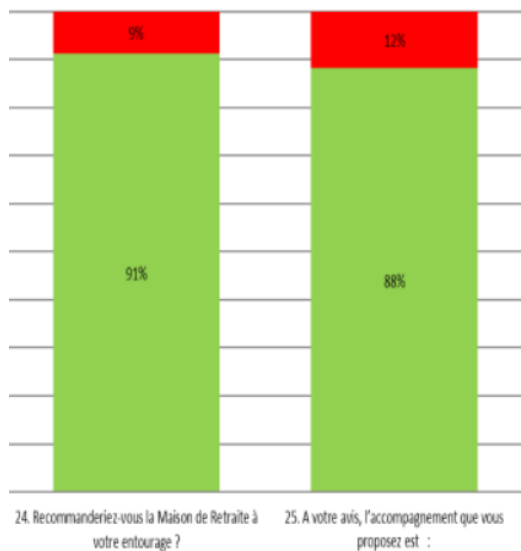
Cet écueil nous invite à nous questionner sur la **limite de l'individualisation des prestations dans un environnement collectif où le turn-over des équipes est fort**. En effet, il semble difficile d'atteindre le niveau d'individualisation (à savoir avoir un référent soignant attribué) voulu par les pouvoirs publics et les résidents de l'établissement lorsque cette même individualisation est conditionnée par une seule personne qui peut être absente ou partir. Dès lors, il sera intéressant de confirmer ces réponses lors des autres méthodes de recherche et ainsi interroger la pertinence de ce niveau d'individualisation afin d'améliorer la qualité de prise en charge.

Enfin, l'enquête quantitative a aussi été menée auprès des professionnels et nous a permis de mettre en corrélation la qualité perçue par les résidents et les familles et la qualité rendue par les agents. Ces derniers estiment largement (sauf concernant l'adhésion du résident à son traitement que nous pourrions interroger par la suite) que le résident est associé et participe activement à sa prise en charge.



Sources : Documents internes, Enquêtes de Satisfaction 2021.

Ainsi, contrairement à ce que nous aurions pu penser, les agents sont satisfaits de la qualité de l'accompagnement qu'ils proposent et estiment individualiser suffisamment les différentes prises en charge. Ce sens au travail se traduit aussi lorsque 91% des professionnels



répondants recommandent l'établissement à leur entourage. Ce sentiment d'appartenance, s'il se confirme lors des entretiens qualitatifs, pourraient être dès lors un levier marketing non négligeable à l'aune où la défiance vis-à-vis des EHPAD est très forte.

Ainsi, cette première analyse des documents internes nous pousse à questionner les différentes perceptions de la qualité au sein des établissements en fonction des diverses parties prenantes. Aussi, la personnalisation de la prise en charge semble

être un levier qui conditionne la qualité de cette dernière, notamment pour les résidents mais aussi les professionnels. Cependant, les écueils intrinsèques au secteur poussent à remettre en question certaines façons d'individualiser l'accompagnement. Enfin, l'image de l'établissement ne semble être entachée qu'à l'extérieur puisqu'en interne, aussi bien du côté des résidents mais surtout des agents, le sentiment d'appartenance reste fort. De ce fait, il sera primordial de confronter ces résultats à ceux de nos entretiens et de l'observation afin de proposer des actions cohérentes et pertinentes par la suite.

1.2. Les entretiens semi-directifs : garant d'une analyse pertinente et multi aspects

Aussi, il semble nécessaire d'analyser notre problématique de terrain à l'aide d'enquêtes qualitatives. En effet, *"le choix de la technique de l'entretien est déterminé en fonction du but et des objectifs poursuivis et du type de recherche dans lequel elle s'inscrit"* (Imbert, 2010). C'est pourquoi, afin de compléter notre analyse, il est nécessaire de définir une méthodologie particulière pour confirmer ou non les résultats précédemment explicités.

Dès lors, au vu de la littérature avancée sur cette thématique, il sera opportun d'utiliser l'outil des **entretiens semi-directifs**. Ce choix peut être justifié de plusieurs manières. D'une part, les thématiques abordées et le secteur dans lequel nous évoluons nous invitent à laisser les interviewés s'exprimer librement sur des sujets qui peuvent parfois être sensibles. Cependant, pour garantir le bon traitement des informations recueillies, il semble aussi nécessaire de cadrer les entretiens à l'aide de questions préalablement définies. C'est pourquoi, les entretiens

semi-directifs installent *"une relation de confiance avec son informateur qui va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire"* (Imbert, 2010). C'est ce guide d'entretien qui permettra d'instaurer un certain cadre : ici, il est pertinent de créer deux grilles d'entretien en fonction des personnes interrogées. En effet, nous souhaitons ici **déterminer si les différentes perceptions de la qualité de prise en charge au sein de l'établissement peuvent être mieux appréhendées sous le prisme de certains concepts marketing**. Dès lors, il est nécessaire de recenser la parole de non seulement la **direction** qui est amenée à mettre en place une stratégie particulière, des **agents de terrain** qui participent à la qualité de service rendu et des **résidents** et leurs **proches** qui sont les utilisateurs premiers du service.

Tableau 1 : Grille de la population interrogée

Entretien	Profil interrogé	Fonction	Diplômes et expériences	Ancienneté au sein de l'établissement	Durée de l'entretien
E1	F-61 ans	Directrice de l'établissement	Diplôme d'État d'Infirmier obtenu en 1982. Directrice de l'établissement depuis 2020.	2 ans	30 min
E2	F-36 ans	Cadre de Santé	Diplôme d'État d'Infirmier obtenu en 2008. Cadre de santé depuis 2019.	1 an	20 min
E3	F-52 ans	AS	Diplôme d'État d'Aide-Soignant obtenu en 2009.	11 ans	15 min
E4	F-50 ans	Secrétaire médicale	BTS obtenu en 1996. Chargée des visites de pré-admission.	9 ans	18 min
E5	F-93 ans	Résidente (Présidente du CVS)		6 ans	15 min
E6	H-72 ans	Résident		4 mois	30 min
E7	F-61 ans	Fille d'une résidente			15 min

Après la définition des parties prenantes à interroger dans le cadre de notre travail de recherche, la construction des deux grilles d'entretiens semble évidente. Une grille sera utilisée dans le cadre des entretiens avec les résidents et leurs proches (Annexe 1), l'autre avec la direction et les agents (Annexe 2). Puisque *"l'entretien n'est pas l'application d'un*

questionnaire ou un interrogatoire au cours duquel on pose une série de questions sans laisser la personne libre de s'exprimer et de développer ses propres arguments" (Imbert, 2010), les deux grilles seront composées de trois thématiques comprenant des questions qui constituent des questions de relance. Ces dernières seront des questions ouvertes, ce qui facilitera les échanges avec les personnes. Afin que les entretiens soient traitables, les questions donneront le ton de l'entretien sans ordre prédéfini et permettront de balayer les thématiques de ce travail de recherche. Ainsi, les trois thématiques portent sur la **perception de la qualité et image de l'établissement**, la **notion de co-production et participation** et sur le **marketing et ses représentations**. Aussi, une première thématique portera sur la présentation et le parcours de la personne interviewée. L'ensemble des verbatims des entretiens seront retranscrits en annexes afin de mieux traiter les données lors de l'analyse de ces derniers.

Enfin, il est primordial de s'assurer du consentement de chaque personne interrogée avant chaque entretien. Pour ce faire, nous insisterons particulièrement sur le caractère universitaire de ce travail : en effet, occupant une fonction à la direction, il peut être difficile d'instaurer un climat de confiance entre les agents et moi-même. Au contraire, les résidents et les proches interrogés pourraient se saisir de ces entretiens pour élaborer sur un sujet qui leur est propre, occultant le réel but de ces entretiens. La clarification devra se faire au moment de la fixation de la date d'entretien et du lieu (dans les petits salons des étages pour les résidents et proches et la salle de réunion pour les agents) et juste avant le lancement de ce dernier. Cette clarification intègre aussi le principe d'anonymat : nous devons le garantir à nos interrogés et tout au long de ce mémoire.

Ainsi, les données recueillies lors des ces entretiens viendront compléter l'analyse des documents internes précédemment réalisée. Ces informations pourront être mises en parallèle avec l'observation que nous pouvons faire d'une réunion stratégique afin d'avoir une multiplicité de points de vue sur la question de la qualité de prise en charge en lien avec le marketing.

1.3 Analyser des dynamiques contradictoires : l'observation comme méthode de recherche

Enfin, il semble pertinent de comprendre l'importance accordée au marketing des services au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux au cours de réunions stratégiques autour de cette thématique.

Cette réunion avait pour thème la construction de l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD).

Tableau 2 : Observation d'une réunion

Date	Thème	Participants
21 Mars 2022	Comité de Direction (CODIR) Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD)	Directrice déléguée sanitaire (Hôpital) Directrice déléguée médico-sociale (EHPAD) Responsable Financier Responsable Technique Responsable Logistique Responsable Qualité Responsable Communication Secrétaire de Direction Stagiaire de Direction

La thématique initiale de la réunion du Comité de Direction portait sur le quotidien des établissements mais aussi concernant le rendu de l'ERRD au 30 avril 2022. Cependant, le sujet de la conversation a dévié rapidement sur le taux d'activité des services de médecine, SSR et des Urgences ainsi que du taux d'occupation des EHPAD. En effet, l'ERRD est un outil financier qui permet de projeter les dépenses et recettes des établissements sur 5 ans. Les recettes principales des établissements de santé se font grâce à l'activité (depuis l'instauration de la tarification à l'acte ou T2A qui va être remis en cause dans l'application des prochaines réformes). Pour les EHPAD, le **taux d'occupation** ou TO (étant le nombre de personnes pris en charge par rapport au nombre de places autorisées par les tutelles) est à interroger dans le cadre des futures signatures du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui conditionne l'entièreté des modes de financement des structures. Ces derniers points sont donc des préoccupations majeures pour les gestionnaires de ces établissements puisque **sont la condition même de la pérennité des structures et de leur devenir.**

Dès lors, j'ai pu observer les échanges entre les différentes parties prenantes plus particulièrement concernant le taux d'occupation des EHPAD. En effet, les deux EHPAD ne

font pas l'objet d'exception et ont été touchés durement par la pandémie. Aussi, le taux d'occupation a drastiquement baissé et n'a pas réellement augmenté depuis 2020 (de 98% à 87%), ce qui est préoccupant pour les établissements mais aussi pour les autorités de tutelle qui donnent une dotation financière globale sur la base d'un TO imposé (avec un objectif de 95%). Ainsi, nous pouvons remarquer que les enjeux concernant l'activité sont compris de tous les acteurs présents autour de la table. Cependant, le degré d'importance accordée à cette question diffère en fonction du poste occupé. En effet, pour la directrice déléguée aux EHPAD *"le taux d'occupation doit absolument remonté avant la signature des deux CPOM au risque que cela nous porte préjudice"*. Cela semble difficile à faire dans ce contexte pour le responsable logistique *"on a pas vraiment bonne presse en ce moment avec les fossoyeurs"*. Pourtant, le réel point de discorde se trouve dans les moyens mis en place afin d'augmenter ce taux d'occupation. D'une part, les deux directrices pensent qu'il faut mettre en place une *"campagne de séduction"* auprès de tous les partenaires de la filière gérontologique et proposer un vrai lien domicile et institutions. Cela passe par une rencontre avec les partenaires mais surtout par la mise en place d'une démarche marketing. La responsable communication est du même avis et propose d'impliquer les agents dans la démarche. Or, la responsable qualité pense que cela ne sera pas accepté par ces derniers *"ils ne veulent pas participer à ça eux ce qu'ils veulent c'est une amélioration de leurs conditions de travail et une meilleure prise en charge des patients"*. La directrice d'EHPAD entend que l'on peut faire les deux de façon associée *"c'est en montrant nos atouts et notre proximité avec les patients [...] cela permet aux personnes de se projeter dans un lieu de vie rassurant où le travail des agents reflète la qualité de l'établissement"*. La responsable qualité finit par dire qu'elle ne pense pas que les agents adhèrent à cette logique et qu'elle trouve qu'il y a d'autres choses à considérer avant de mettre en place une démarche marketing.

Ainsi, cet échange succinct concernant l'implémentation d'une potentielle démarche marketing et de communication afin de redynamiser les demandes d'entrées dans les EHPAD démontre deux visions. D'une part, le top management veut **intégrer totalement le marketing dans leurs pratiques** et veut développer une dynamique managériale à l'aide des outils marketing (bien que cela démontre aussi qu'aucune démarche marketing n'a été faite jusque-là). Contrairement à ce que la littérature peut dire, les managers publics, dans ce cas ci, pensent que le marketing peut être un réel levier afin de promouvoir l'offre de service des EHPAD et peut aider à créer une attractivité à des EHPAD qui subissent une mauvaise presse. L'autre vision défendue ici par la responsable qualité implique que les agents de terrain ne sont pas

prêts à intégrer cette logique. Le marketing **serait loin des préoccupations et des réalités qu'ils peuvent rencontrer et ne peut répondre à leurs besoins**. En affirmant cela, la responsable qualité ne semble pas faire de lien entre la qualité et le marketing comme peut le faire la directrice d'EHPAD. Ainsi, il sera intéressant de constater si les ressentis de la responsable qualité se retrouvent dans les entretiens avec les agents et si le lien entre marketing et qualité est réellement impossible.

1.4 Des limites et biais aux méthodologies avancées

Avant de passer à l'analyse des résultats récoltés lors des entretiens tout en les liant avec l'analyse des documents internes et de l'observation, plusieurs biais et limites peuvent être évoqués.

D'une part, notre **positionnement** constitue un biais flagrant. En effet, le fait que nous interviewons nous-même des agents que nous côtoyons dans le cadre d'une relation de travail peut fausser certaines réponses données. Cet effet est d'autant plus renforcé puisque la nature de notre stage (auprès de la direction de l'EHPAD) implique un potentiel rapport de force et peut renforcer le manque de confiance lors des entretiens. Aussi, les thématiques abordées notamment sur l'image de la structure et sur la qualité de la prise en charge constituent des sujets sensibles dans ce contexte de début d'année 2022. Aborder ces thèmes avec des agents peut laisser penser que les entretiens peuvent donner lieu à des revendications, ce qui a conduit la direction auquel j'ai fait valider la grille d'entretien à enlever certaines questions. Cependant, ce dernier point ne semble pas avoir altéré l'analyse des résultats et les réponses données restent exploitables.

Aussi, la **pandémie** a continué de toucher les établissements médico-sociaux tout comme les problématiques liées à la pénurie de soignants. En effet, il a été compliqué de pouvoir interroger un grand nombre de personnes sur leur temps de travail ce qui explique la durée des entretiens et les réponses succinctes.

Enfin, des **biais de confirmation** sont envisageables puisque les questions (bien que) ouvertes étaient, avec du recul, plutôt orientées. En effet, le guide d'entretien aurait pu être plus développé afin d'éviter de poser des questions comprenant des idées préconçues. Ce biais pourra être atténué lors de l'analyse en accordant plus de poids aux avis divergents afin d'analyser de façon systémique notre problématique.

2. Des résultats qui attestent de la légitimité du marketing au sein d'une démarche qualité

Ainsi, les entretiens ont permis de mettre en lumière plusieurs dynamiques intervenant auprès des professionnels, des résidents et de leurs proches concernant leur perception de la qualité de prise en charge et son influence sur l'image de l'établissement. C'est pourquoi, il sera intéressant d'analyser les résultats de ces entretiens, de l'enquête de satisfaction et de l'observation de réunion sous le prisme de **plusieurs thématiques**. La première suppose que la notion du **marketing reste toujours difficile à intégrer** dans les pratiques des agents bien qu'ils arrivent à déceler le lien profond entre les concepts de qualité et de marketing. La deuxième thématique porte sur le **paradoxe et les différences de perception** de la personnalisation de la qualité en EHPAD (notamment entre l'enquête de satisfaction et ce qui est ressorti des entretiens). Enfin, la troisième thématique s'attarde sur **l'image de l'établissement** qui découle directement de la perception évoquée précédemment qui peut être aussi bien un levier marketing qu'un frein.

2.1 Une vision incomplète de la notion de marketing

Les entretiens ont mis en exergue **une certaine frilosité à l'égard du marketing** qui est toujours prégnant auprès des professionnels de santé bien que les managers stratégiques reconnaissent l'utilité de ces outils. En effet, la direction intègre la démarche marketing au sein du pilotage de leur établissement et la considère comme un réel levier *"la démarche marketing, même pour un EHPAD public est une démarche nécessaire pour assurer un recrutement des résidents ET des professionnels. Malgré un prix de journée qui peut être plus attractif, l'environnement est concurrentiel"* (E1_Directrice). Ce sentiment a été remarqué aussi lors de **l'observation** de la réunion où les deux directrices de l'hôpital et des EHPAD pensent que l'utilisation du marketing pourrait permettre d'augmenter l'activité des deux établissements. Ce point ci peut être mis en lien avec les notions de NPM et de NGP développées en amont : il est dorénavant invraisemblable pour les managers publics de ne pas **décliner un pilotage de l'activité sans inclure des outils liés au marketing** comme le branding ou le mix marketing (sans les nommer comme tels) *"le bouche à oreille reste un circuit d'information du public qu'il ne faut pas négliger, mais l'établissement connu déjà par son lien avec l'hôpital et sa situation géographique, très visible au cœur de la ville. Le nombre important de places implique que beaucoup de personnes du territoire ont eu ou ont encore quelqu'un de leur entourage qui y réside [...] le recrutement se faisant presque*

exclusivement parmi la population du canton renforce la connaissance de l'établissement" (E1_Directrice). **Cependant, ces derniers n'évoquent pas le marketing comme un outil pouvant permettre des leviers pour améliorer la prise en charge mais comme un outil d'attractivité.**

C'est peut être pour cela qu'une certaine frilosité à l'égard du marketing se retrouve dans les entretiens des autres agents. En effet, ces entretiens nous confrontent à deux perceptions de l'inclusion du marketing dans leurs pratiques : **l'une étant plus une méconnaissance qu'une non utilisation de ce dernier au quotidien, l'autre étant une méfiance totale sur le concept.** D'une part, l'utilisation du marketing est faite au quotidien par certains agents sans qu'ils puissent le nommer *"j'en ai jamais entendu parlé, pas au sein d'un établissement comme le nôtre"* (E4 Secrétaire médicale). Cet agent présente aux futurs résidents l'établissement dans lequel ils peuvent évoluer. Son rôle est donc essentiel dans l'image perçue par ces derniers, c'est d'ailleurs ici qu'elle évoque la notion de marketing *"lors des VPA je présente l'établissement et nos meilleurs atouts mais je n'ai jamais pensé que je faisais du marketing [...] on est transparent avec les gens qui viennent visiter l'EHPAD et nous montrons juste la réalité de ce qu'on peut proposer"* (E4 Secrétaire médicale). Ces paroles reflètent deux choses : d'une part, le marketing n'est à ses yeux que pour répondre à des logiques d'attractivité (nous vendons une place d'EHPAD en "enjolvant" les choses). D'autre part, **le marketing ne peut intervenir qu'à ce moment ci et non dans l'ensemble de la prise en charge et en soins du résident** (afin d'aider à la personnalisation du service par exemple). Cette méfiance vis-à-vis de l'entière discipline se retrouve dans l'entretien avec la cadre de santé, manager de proximité, qui émet des doutes quant à l'utilité de cette notion au sein de leurs pratiques *"ce n'est pas quelque chose dont on m'a fait part et pour tout vous dire je ne vois pas l'intérêt"* [Relance Q12] *Je ne connais pas d'outils particuliers mais je pense que l'avis des agents et des résidents doivent être pris en compte par la direction lors des retours que nous lui faisons."* (E2_CDS).

Pourtant, **des liens entre qualité de prise en charge et l'image de l'établissement** ressortent de cet entretien *"je ne sais pas si ça aiderait, je pense que les proches et les futurs personnes qui veulent entrer en EHPAD préfèrent s'assurer que la qualité de la prise en charge est bonne, ce n'est que comme ça que l'image d'un établissement peut rester positive"* (E2_CDS). Dès lors, nous pouvons affirmer que les agents **comprennent l'enjeu derrière l'image d'un établissement sans appréhender ce que peut être le marketing public et des services.** Le

marketing au sein des établissements publics ne se décline qu'à travers la communication et non au niveau de tous les processus de prise en charge comme il peut l'être. Cette méconnaissance des outils porte préjudice à l'instauration d'une approche utilisateur et à la personnalisation de l'accompagnement.

Ainsi, plus qu'une méfiance du marketing, c'est réellement une méconnaissance des outils et de la discipline qui est un frein à son utilisation dans le quotidien des agents. En corrélation avec cette analyse, nous allons voir que la volonté de personnalisation de l'accompagnement par les pouvoirs publics a aussi ces limites.

2.2. Entre perception et vécu : les limites de la personnalisation "réglementaire"

Aussi, tous les professionnels s'accordent à dire qu'il est primordial de répondre aux attentes personnelles des résidents afin que la prise en charge soit de qualité *"un accompagnement qui correspond aux besoins et surtout aux attentes de la personne, dans le domaine de l'accompagnement des actes de la vie quotidienne et du maintien du lien social"* (E1_Directrice) ou encore *"de prendre le temps, de passer du temps avec chaque résident et satisfaire leurs demandes"* (E3_AS). Or, **cette personnalisation semble répondre à des exigences réglementaires** comme peut le nommer la directrice lorsque la question de l'individualité surgit *"par l'exigence du respect des procédures élaborées et tout d'abord celle d'accueil et notamment la tenue de la visite de préadmission, en donnant les moyens aux résidents et proches de connaître les objectifs et moyens mis en œuvre pour cet accompagnement (livret d'accueil, contrat séjour, règlement intérieur)"* (E1_Directrice). Cette vision plutôt normée de l'individualisation des prestations n'est pas problématique dès lors que les résidents, leurs proches, les agents perçoivent cela comme une réelle prise en compte de leurs avis et comme une vraie réponse à leurs besoins.

Or, les entretiens ont permis de mettre en lumière un **écart notable** : la satisfaction avancée dans l'enquête de satisfaction précédemment analysée ne se recoupe pas avec les entretiens menés avec les résidents. Là où l'individualisation des prestations et de la prise en charge est plutôt positive au sein de l'enquête, les résidents interrogés avancent qu'il est difficile pour les équipes de répondre à l'ensemble de leurs besoins au sein d'une collectivité et avec un turn-over du personnel *"j'ai du mal à m'habituer à une vie à plusieurs [...] chez moi je pouvais faire ce que je voulais quand je le voulais maintenant je dépend de personnes qui changent"*

tout le temps" (E6_Résident). Ainsi, malgré tous les outils mis à disposition pour la personnalisation de l'accompagnement, les résidents ont encore l'impression **d'être passif et de subir leur prise en charge plutôt que de la coproduire** *"elles n'ont le temps de rien on ne peut pas demander ce qu'on veut on doit suivre le rythme et advienne que pourra !"* (E6_Résident). Cela est aussi perçu et ressenti auprès des proches des résidents *"personne ne prend le temps de savoir ce que ma mère veut et elle finit par faire ce que les équipes décident de faire en groupe sur le moment"* (E7_Fille d'une résidente). Dès lors, bien que les outils de la Loi de 2002-2 soient rigoureusement mis en œuvre tout au long de la prise en charge du résident, cela n'est plus suffisant. Les attentes en matière d'individualisation de l'accompagnement des résidents ont évolué, les parties prenantes demandent une personnalisation qui peut être en décalage avec celle que les pouvoirs publics, les établissements, les équipes peuvent percevoir comme telle. Ainsi, cette sensation se retranscrit bien dans l'entretien mené auprès de la présidente du CVS (elle-même une résidente de l'établissement) *"j'attends des équipes qu'elles soient disponibles, à l'écoute et bienveillantes mais elles font aussi ce qu'elles peuvent [...] avec le temps qu'elles ont elles feraient mieux de nous demander ce qu'on aimerait à l'instant T que ce qu'on a dit aimer dans notre dossier en arrivant"* (E5_Présidente du CVS). Ce **manque de sens dans le déploiement des outils** censés individualiser la prise en charge est aussi perçue par les équipes *"on nous demande de participer à des groupes de travail pour l'évaluation interne ou d'autres projets mais selon ce que demande la direction [...] ce n'est pas de notre bon vouloir"* (E3_AS). Ainsi, il sera intéressant de questionner l'utilisation de ces outils et de leur obsolescence dans un contexte post pandémie où les attentes en matière de besoins individuels des résidents ne font que grandir.

De ce fait, le manque de personnalisation de la prise en charge est vécu par les résidents, leurs proches et même des équipes. Cela entache la perception de la qualité de service et a un impact sur l'image de l'établissement. Nous allons voir que cette image peut être grandement améliorée en incorporant de nouvelles logiques d'individualisation et en impliquant les acteurs même du soins dans la démarche.

2.3 Entre mauvaise image et fierté : un sentiment d'appartenance sur lequel s'appuyer

Enfin, les entretiens ont confirmé **le lien étroit qu'entretiennent la qualité et la notion d'image**. En effet, le témoignage d'un résident démontre que son avis a évolué en fonction de

la qualité qu'il a vécue (en lien avec celle qu'il attendait) *"on m'avait dit du bien de La Clairière [...] ça pourra être pire mais ça pourrait être mieux aussi"* (E6_Résident). **L'image d'un établissement est donc tributaire de la qualité perçue et attendue de l'ensemble des parties prenantes.** Cela est prouvé par les retours que nous pouvons avoir de certains résidents *"je connais tout le monde à [Nom de la ville] donc je connaissais déjà des personnes qui étaient à La Clairière [Nom de l'EHPAD] et on m'en avait dit beaucoup de bien. Aujourd'hui nos établissements sont dévalorisés alors que les médias ne savent pas ce qui se passe à l'intérieur."* (E5_Présidente du CVS) ou encore des professionnels *"on a aussi une bonne réputation au sein de [Nom de la ville], on y est implanté depuis de nombreuses années et tout le monde se connaît."* (E2_CDS).

Dès lors, la réputation d'un établissement semble être influencée par les dires des acteurs de ce dernier. Malgré des difficultés structurelles, nous avons pu remarquer tout au long des entretiens avec les professionnels que la qualité de leur travail est primordial dans leurs pratiques et que **leurs actions ont une influence directe sur la perception de l'établissement** *"on fait du bon travail avec le peu que l'on a [Rires] j'aimerais pouvoir m'investir plus mais je n'ai pas le temps, on travaille toutes depuis plus de 10 ans ici donc on est forcément attaché à nos résidents, à La Clairière"* (E3_AS). Nous pouvons même noter de la fierté à évoluer au sein de cet établissement et constater un **véritable sentiment d'appartenance** lié au sentiment de la production d'un travail en adéquation avec les envies des résidents *"je trouve que nous parvenons toujours à répondre aux besoins des résidents et de leurs familles, je suis fière de travailler ici et j'essaye de le montrer lors des VPA"* (E4_Secrétaire médicale). **Ce sens trouvé dans le travail bien fait rentre en contradiction au consensus actuel donnée par les médias** et cet attachement peut être un vrai levier d'attractivité pour la directrice *"en rendant plus visibles les prestations pour les résidents, la vie à l'intérieur de l'EHPAD, la qualité de l'accompagnement, les conditions de travail pour les professionnels et les possibilités d'évolution de carrière"* (E1_Directrice).

Cette bonne image des pratiques se reflète aussi dans le discours de certains résidents *"j'ai déjà fait la promotion de l'établissement auprès de mes connaissances [Rires] Il y a de nombreuses personnes à mon étage que je connaissais de mes cours de yoga à l'amicale ou du voisinage. Je ne sais pas si je suis la bonne personne pour améliorer l'image des EHPAD mais je me trouve plus légitime que des personnes qui ne vivent pas à la Clairière quotidiennement"* (E5_Présidente du CVS). De ce fait, si la qualité de service est jugée bonne,

les personnes évoluant au sein de l'établissement, professionnels comme résidents, n'ont aucun mal à promouvoir ce dernier auprès de personnes externes. Cette logique **d'ambassadeurs** n'est pas censée rappeler un des outils phare du marketing des services qui pourrait faciliter l'expression des personnes dans ce cadre ci.

Ainsi, les résultats ont permis de confirmer plusieurs thèses énoncées dans la littérature précédente et de mettre en lumière certaines problématiques insoupçonnées. D'une part, les outils de personnalisation en EHPAD semblent avoir atteints leur limite et il est dorénavant nécessaire de faire des propositions innovantes et de **repenser en grande partie notre manière de prendre en compte l'individu au sein d'un établissement collectif** (les résidents-traceurs mis en place récemment par les pouvoirs publics n'ont, par exemple, pas été listé dans les outils utilisés par les équipes). D'autre part, la difficulté d'utiliser le marketing vient plus d'un manque de connaissances et de formations sur la notion qu'une réelle aversion pour ce dernier. Enfin, le contexte d'*EHPAD Bashing* ne doit pas occulter le ressenti des personnes qui travaillent au quotidien au sein des EHPAD : ici les agents sont fiers de ce qu'ils peuvent proposer en termes d'accompagnement tout comme les résidents qui peuvent être satisfaits de ce qui s'y fait. Dès lors, l'enjeu sera d'améliorer la qualité en trouvant de nouvelles façons de personnaliser l'accompagnement (en lien avec l'approche utilisateur) afin de pouvoir mettre la qualité de prise en charge comme porte étendard de l'attractivité de l'établissement (avec les agents et les résidents en ambassadeurs).

3. Des actions nécessaires à l'amélioration de la qualité de prise en charge et l'image de l'établissement

Ainsi, les résultats nous ont permis de nous rendre compte plus que de la méfiance, les outils du marketing liés à la qualité de prise en charge ne sont pas connus et pas ancrés dans les pratiques des agents de l'EHPAD. Aussi, contrairement à ce que nous aurions pu penser, les agents et les résidents sont attachés à leur EHPAD et doivent constituer un levier marketing auprès des personnes externes à l'établissement. Enfin, la personnalisation de l'accompagnement doit être affinée grâce à la mise en place sur le terrain de l'approche utilisateur, que ce soit à travers des outils réglementaires (puisque notre établissement ne peut y échapper) mais surtout à travers des innovations. C'est pourquoi il sera intéressant de développer des actions stratégiques et opérationnelles qui visent à augmenter la qualité de prise en charge (3.1) et (3.2) afin de pouvoir développer une démarche marketing cohérente sur l'extérieur (3.3) et (3.4).

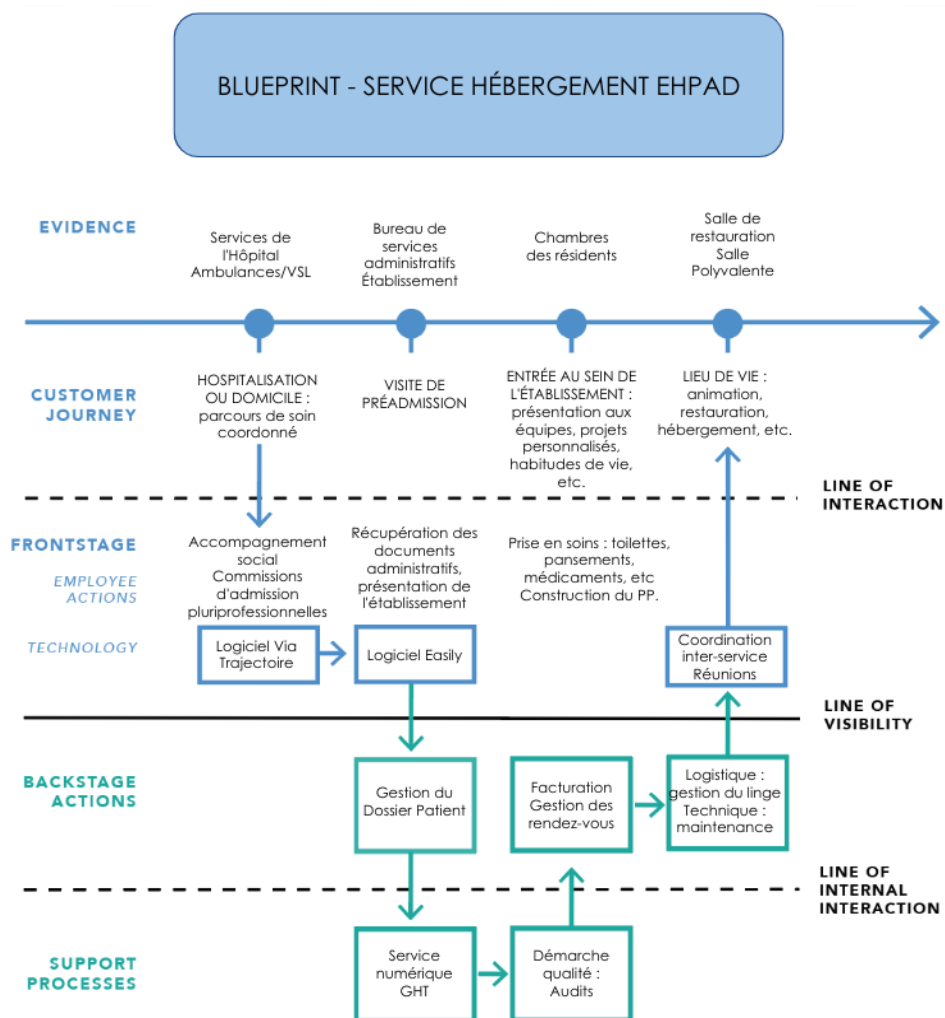
3.1. Comprendre les dynamiques systémiques de la prise en charge : le blueprint

Afin de savoir où l'établissement se dirige, il est nécessaire de définir et communiquer sur notre stratégie et notre vision de la qualité idéale à atteindre. Pour ce faire, la construction d'un **blueprint** recoupant le parcours d'un résident en hébergement permanent (étant la prise en charge la plus commune au sein de l'établissement) permettra d'analyser par la suite les processus clés sur lequel nous pourrions améliorer notre prise en charge et ainsi développer une démarche marketing adaptée à nos segments de résidents.

AXE N°1 : S'ACCULTURER À DE NOUVELLES MÉTHODES INNOVANTES D'INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE	
ACTION N°1 : S'ADAPTER AUX BESOINS DU PUBLIC ACCUEILLI AFIN D'AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS : UNE GESTION A PRIORI DE LA QUALITÉ	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Répondre aux spécificités de prise en charge des personnes âgées en EHPAD. ➤ Améliorer la qualité de prise en charge. ➤ Avoir une vision systémique de la prise en charge afin de pouvoir agir sur l'ensemble des processus que le résident rencontre au cours de son séjour en EHPAD.
MOYENS DE MISE EN OEUVRE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cartographier le service hébergement d'un point de vue du résident à travers la réalisation d'un blueprint.

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifier les possibilités d'interactions et de relations à tous les niveaux de processus afin de valoriser le parcours usager et proposer des solutions adaptées. <input type="checkbox"/> Retracer l'expérience utilisateur des résidents et les décliner en objectifs qualité avec un suivi fait par les équipes opérationnelles : actualiser le Plan d'Action Qualité (PAQ)
PILOTE	<p>Direction Médecins Cadre de Santé</p>
INDICATEURS	<p>Nombre d'actions mises en place Nombre de Résident-traceurs réalisés Taux de participation des agents</p>
ECHÉANCE	<p>Court terme ▾ Déc-2022</p>

Figure 2 : Blueprint du service hébergement de l'EHPAD



Par la suite, il sera intéressant de faire un blueprint par services (Unité de Vie Fermée, PASA et Hébergement Temporaire) afin de pouvoir appréhender les spécificités de chaque prise en charge et continuer cette démarche d'individualisation.

3.2. Augmenter la qualité de prise en charge grâce l'approche utilisateur : la mise en oeuvre du nouveau référentiel d'évaluation de la HAS

Une fois que le séjour et la qualité attendue en hébergement permanent en EHPAD aient été cartographiés à l'aide du blueprint et que des objectifs qualité précis ont été définis, il est nécessaire de mesurer l'atteinte de ces derniers à l'aide de l'outil du **résident-traceur**. Cet outil nous permettra de confronter les données du blueprint construit en amont tout en répondant à la nouvelle obligation réglementaire de la réforme de l'évaluation des ESMS de la Haute Autorité de Santé (auquel nous ne pouvons nous soustraire).

AXE N°1 : S'ACCULTURER À DE NOUVELLES MÉTHODES INNOVANTES D'INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE	
ACTION N°2 : S'ADAPTER AUX BESOINS DU PUBLIC ACCUEILLI AFIN D'AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS : UNE GESTION A POSTERIORI DE LA QUALITÉ	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Évaluer la qualité de l'accompagnement et du parcours des résidents en EHPAD. ➤ Fluidifier le parcours de soins du résident et répondre à ses besoins individuels. ➤ Développer une culture de la qualité et de l'approche utilisateur auprès des équipes.
MOYENS DE MISE EN OEUVRE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réaliser des <i>Résident-traceurs</i> au sein de chaque service de l'EHPAD (3 étages et 11 services). <input type="checkbox"/> Définir des groupes de travail sur les thématiques repérées (chutes et contentions, vie sociale, parcours hôpital/EHPAD, etc) et y intégrer des résidents.
PILOTE	Cadre de Santé Responsable Qualité
INDICATEURS	Nombre de Résident-traceurs réalisés Taux de participation des agents à la démarche Enquêtes de satisfaction
ECHÉANCE	Moyen terme ▾ Juin-2023

Les actions correctives d'amélioration de nos pratiques et de la qualité permettront de restaurer la confiance avec les résidents, leurs proches et de mieux appréhender leurs besoins. Ce travail doit se faire au niveau de tous les services et doit être régulièrement analysé. La prise en compte des besoins individuels doit aussi se faire à l'aide des enquêtes de satisfaction, des rendez-vous individuels avec les proches et résidents et la tenue des Conseils de la Vie Sociale.

3.3. Développer l'attractivité de l'établissement : le branding à travers les yeux des résidents

Une fois que l'amélioration continue de la qualité de prise en charge ait fait l'objet d'un réel déploiement d'une stratégie globale et que l'individualisation de l'accompagnement soit au cœur du quotidien des équipes, il est possible de développer une **démarche marketing** cohérente avec cette dernière. En effet, la personnalisation et la satisfaction des résidents doivent être utilisés comme un **vrai argument de communication pour améliorer l'image de l'établissement et mettre en lumière les valeurs que nous défendons au quotidien**. La construction de ce plan marketing doit passer par la mise en place d'un **marketing mix** regroupant les politiques essentielles sur lesquelles nous pouvons nous concentrer avant de développer une stratégie de **branding** autour de notre établissement avec le soutien des résidents.

AXE N°2 : DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE MARKETING	
ACTION N°3 : DÉFINIR UNE OFFRE DE SERVICE COHÉRENTE SUR LE TERRITOIRE	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Répertorier les politiques de service, prix, de distribution et de communication de l'établissement. ➤ S'ouvrir vers l'extérieur et inscrire notre établissement au sein du territoire. ➤ Co-construire le plan marketing de l'établissement avec l'ensemble des parties prenantes
MOYENS DE MISE EN OEUVRE	<input type="checkbox"/> Construire un Marketing Mix cohérent avec les enjeux liés à la démarche qualité de l'établissement et le développement d'une image de marque (Annexe 3)
PILOTE	Direction
INDICATEURS	//
ECHÉANCE	Réalisé ▾

Ainsi, le marketing mix nous permet de mettre en lumière les avantages concurrentiels et les points d'amélioration sur lesquels nous pouvons nous appuyer afin de développer notre plan de communication vers l'extérieur. Ici, l'établissement ne dispose pas d'image de marque propre à l'EHPAD et l'ensemble de la politique de communication est commune avec l'hôpital. Or, l'EHPAD a ses propres enjeux et la prise en charge est bien distincte de celle que nous pouvons retrouver dans le secteur sanitaire. De plus, ce lien hôpital/EHPAD peut porter préjudice à l'EHPAD : l'établissement est un lieu de vie qui ne répond pas aux mêmes demandes de la part des résidents que de patients d'un hôpital. Ainsi, les entretiens ont fait ressortir que les résidents **restent attachés à leur établissement** et peuvent communiquer sur le bon prise en charge à leur réseau. C'est pourquoi, construire une **stratégie de branding** en intégrant ces derniers dans la démarche peut être un levier d'amélioration de l'image et l'attractivité de l'EHPAD tout en faisant participer les résidents.

AXE N°2 : DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE MARKETING	
ACTION N°4 : COMMUNIQUER SUR NOTRE IDENTITÉ ET NOS VALEURS AFIN D'AMÉLIORER L'IMAGE DE L'ÉTABLISSEMENT	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Restaurer une bonne image de l'EHPAD auprès des personnes extérieures. ➤ Favoriser la co-construction et la participation des résidents dans la vie de la cité.
MOYENS DE MISE EN OEUVRE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Décliner une stratégie de branding : rechercher des résidents voulant participer à la démarche, décider ensemble les expertises, les savoirs faire à mettre en avant, réaliser des courtes vidéos où les résidents présentent eux-même l'établissement. <input type="checkbox"/> Construire une image de marque : logo, refonte des supports de communication comme le livret d'accueil. <input type="checkbox"/> Développer la stratégie digitale : ouvrir une page facebook/instagram/linkedin propre à l'EHPAD.
PILOTE	Direction Cadre de Santé Résidents
INDICATEURS	Nombre de demandes d'admission
ECHÉANCE	Long terme ▾ Décembre 2023

3.4. S'appuyer sur l'identité culturelle des agents : innover à l'aide de la mise en oeuvre d'ambassadeurs de l'établissement

S'il est pertinent de s'appuyer sur les résidents pour promouvoir eux-mêmes l'établissement, l'inclusion des agents en créant une logique **d'ambassadeurs** est tout aussi nécessaire. Cependant, les entretiens ont démontré que les agents manquent de connaissances quant à l'utilisation des outils marketing ce qui conduit à de la méfiance. C'est pourquoi, avant d'inviter les professionnels dans la démarche et afin de limiter toutes résistances, il est primordial de les **accompagner** dans l'appréhension et l'intégration de ces outils dans leurs pratiques.

AXE N°1 : S'ACCULTURER À DE NOUVELLES MÉTHODES INNOVANTES D'INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE	
ACTION N°5 : ACCOMPAGNER LES AGENTS À L'UTILISATION D'OUTILS INNOVANTS	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se défaire des préjugés et assimiler des outils marketing améliorant l'image de notre établissement ➤ Développer les compétences des agents
MOYENS DE MISE EN OEUVRE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Actualiser le plan de formation : former les cadres de proximité à la démarche marketing et au nouveau référentiel de la HAS. <input type="checkbox"/> Réunions d'informations : retour d'expériences des cadres auprès de leurs équipes. <input type="checkbox"/> Sensibilisation des équipes à la communication externe par la responsable communication. <input type="checkbox"/> Définir des référents communication auprès de chaque équipe : accompagner, informer et suivi.
PILOTE	<p>Responsable RH Cadre de Santé Direction</p>
INDICATEURS	<p>Nombre d'agents formés Nombre de réunion d'informations</p>
ECHÉANCE	<p>Moyen terme ▾</p>

Une fois que l'accompagnement des agents et qu'une amélioration de la qualité de prise en charge ait été apportés, les agents volontaires pourront s'inscrire dans une démarche

d'ambassadeurs. En effet, le sentiment d'appartenance à la structure est quelque chose à chérir et permet de valoriser l'implication au quotidien (souvent difficile) auprès des résidents.

AXE N°2 : DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE MARKETING	
ACTION N°6 : DÉVELOPPER LE SENTIMENT D'APPARTENANCE ET AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valoriser le travail au quotidien des agents et montrer une autre image du travail en EHPAD. ➤ Impliquer les agents dans la vie de la cité. ➤ Rendre attractif l'EHPAD pour les futurs résidents et les futurs professionnels.
MOYENS DE MISE EN OEUVRE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Définir des ambassadeurs qualité : participation aux vidéos de présentation de l'établissement. <input type="checkbox"/> Introduire des temps avec les agents du service lors des Visites de Pré Admission des futurs résidents : présentation de la prise en charge. <input type="checkbox"/> Participation des ambassadeurs aux réunions de la Filière Gériatrique de Territoire : faire le lien entre domicile et établissement. <input type="checkbox"/> Journées de présentation du métier de soignant dans notre établissement auprès des IFSI et IFAS.
PILOTE	Agents (IDE, AS, ASH, Paramédicaux) Direction Cadre de Santé
INDICATEURS	Taux d'occupation Taux de rotation des agents
ECHÉANCE	Long terme ▾

CONCLUSION

Ainsi, nous nous étions demandé **en quoi la mise en œuvre d'une démarche marketing dans le secteur public conditionne t-elle la qualité de prise en charge des résidents**. De ce fait, nous avons cherché à expliquer le lien entre le marketing et la qualité de prise en charge. D'une part, le marketing souffre de préjugés particulièrement importants dans le secteur public et le secteur médico-social. Or, les outils du marketing et la logique de l'approche utilisateur sont de plus en plus pris en compte dans le déploiement des nouvelles méthodes d'évaluations afin d'individualiser l'accompagnement. Ce besoin de personnalisation se rapporte à la notion de **satisfaction usager/client** qui découle directement des multiples perceptions de la qualité des parties prenantes. Ces multiples perceptions ont été confirmées lors des entretiens avec les résidents, leurs proches et les agents. **Ces derniers ont des attentes différentes mais tous s'accordent à dire qu'une amélioration de l'accompagnement et une meilleure coordination des processus et des prestations sont nécessaires afin d'améliorer l'image de l'établissement**. C'est pourquoi, l'outil du résident-traceur est une vraie aubaine afin d'aller dans ce sens et permettre une vision plus systémique de la qualité de prise en charge.

Aussi, le positionnement des équipes encadrantes est primordial. **Sans accompagnement aux changements, ces derniers se retrouvent toujours confrontés à des résistances** alors que les agents sont pourtant motivés et veulent porter les valeurs de l'établissement auprès des personnes externes à l'établissement. C'est pourquoi, il ne faut pas sous-estimer le sentiment d'appartenance qui reste fort ici malgré la détérioration de l'image des EHPAD de ces dernières années. Il est dès lors de notre devoir, en tant que managers, de permettre aux équipes d'être fières de leur implication et de leurs pratiques en valorisant leur travail grâce à un marketing mix qui les met au premier plan avec cette logique d'ambassadeurs.

Ainsi, passé outre la méfiance, le marketing des services est un formidable outil de promotion de notre travail. Les différents scandales ont terni durablement la notion même d'EHPAD. Cependant, cette offre de service reste nécessaire pour de nombreuses personnes, qui de par leurs représentations, préfèrent rester dans des situations délétères à domicile. Ceci est inacceptable non seulement pour ces dernières mais aussi pour toutes les personnes qui travaillent et se mobilisent pour le bien être des résidents des EHPAD. C'est pourquoi, nous pouvons nous demander si les prochaines législations visant à réformer les EHPAD aideront à restaurer une bonne image de ces établissements. En attendant, nous pouvons agir localement en développant une image de marque et en limitant les rumeurs de non qualité en garantissant cette dernière.

BIBLIOGRAPHIE

Averous Bernard & Danielle (2004) *Mesure et manager la qualité de service*. Editions Eyrolles.

Boistel, P. & Laroutis, D. (2019). E-réputation et réputation : similitudes et différences. Une analyse comparative conceptuelle. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 36,8, 104-120.

Burnel, Philippe. « L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 35, no. 2-3, 2017, pp. 67-79.

Chappoz, Y. & Pupion, P. (2013). Une nouvelle gouvernance et de nouvelles politiques publiques territoriales. *Gestion et management public*, 2(2), 1-4.

Circulaire ROCARD du 23 janvier 1989. En ligne sur Légifrance.

Crié, Dominique, Daphné Salerno, et Amandine Vincent. (2014) « Vers un marketing hospitalier. Attitudes, pratiques et représentations des managers français », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, no. 3, pp. 189-208.

Crié, D. & Gallopel-Morvan, K. (2019). Comment et dans quelles limites « marketer » la santé ?. *Décisions Marketing*, 96, 5-14.

Demeure, C. & Berteloot, S. (2015). 2. Le marketing-mix. Dans : , C. Demeure & S. Berteloot (Dir), *Marketing* (pp. 11-15). Paris: Dunod.

Dilhac Marc-Antoine, Guérard de Latour Sophie. (2013) *Étant donné le pluralisme*. Editions de la Sorbonne. Dans: Laura Carmouze. "*L'intégration des relations inter-organisationnelles entre les métropoles et les régions : processus de structuration des stratégies d'attractivité territoriale*", Sciences de Gestion. Sous la Direction de Robert Fouché. Aix-Marseille Université, 2020.

Eshuis, J., Klijn, E. & Braun, E. (2014). Marketing territorial et participation citoyenne : le *branding*, un moyen de faire face à la dimension émotionnelle de l'élaboration des politiques ?. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 80, 153-174.

Gabriel, P., Divard, R., Le Gall-Ely, M. & Prim-Allaz, I. (2014). Chapitre 3. L'élaboration du processus de service. Dans : , P. Gabriel, R. Divard, M. Le Gall-Ely & I. Prim-Allaz (Dir), *Marketing des services* (pp. 55-71). Paris: Dunod.

Gillet-Goinard, F. & Seno, B. (2020). Présentation. Dans : , F. Gillet-Goinard & B. Seno (Dir), *La boîte à outils de la qualité* (pp. 36-37). Paris: Dunod.

Giordano, Florent, Joan Le Goff, et Denis Malherbe. « L'éthique mutualiste est-elle soluble dans le *New Public Management* ? Le cas d'une union régionale de la Mutualité », *Revue française de gestion*, vol. 247, no. 2, 2015, pp. 119-135.

Grégoire, A., Dos Santos, C. & Sánchez Sánchez, C. (2017). Éléments pour une approche client dans un service médico-social. *Empan*, 106, 138-146.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34.

Lamarche, T. (2001). Service public : nouvelle rationalité des acteurs ou nouveau marché ?. *Études de communication*, 23, 5-5.

Loubat, J. (2012). *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*. Paris: Dunod.

Loubat, J. (2015). Mettre en œuvre une démarche qualité. Dans : , J. Loubat, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale* (pp. 65-96). Paris: Dunod.

Mercier, S. (2010). Une analyse historique du concept de parties prenantes : Quelles leçons pour l'avenir ?. *Management & Avenir*, 33, 142-156.

Michel, C. & Trognon, G. (2015). L'expérience utilisateur au cœur de la stratégie. *I2D - Information, données & documents*, 52, 40-41.

Norme ISO 9001. Site de l'AFNOR. Consulté le 24 mars 2022. En ligne sur :

<https://www.iso.org/fr/iso-9001-quality-management.html>

Pesqueux Yvon (2006), Le “ nouveau management public ” (ou New Public Management).
Hal Archives ouvertes.

Site de la Haute Autorité de Santé. Résident Traceur. Consulté le 05 avril 2022. En ligne sur

[Haute Autorité de Santé - Le patient traceur en établissement de santé \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr)

Soparnot, R. (2013). Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. *Recherches en Sciences de Gestion*, 97, 23-43.

Van Haeperen Béatrice, “*Que sont devenus les principes du New Public Management ? Le cas de l'administration régionale wallonne*”, *Reflète et perspectives de la vie économique*, 2012/2 (Tome LI), p. 83-99

Vennik, F., van de Bovenkamp, H., Putters, K. & Grit, K. (2016). La coproduction dans les soins de santé : le discours et la pratique. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 82, 161-180.

URIO P., « La gestion publique au service du marché », in HUFTY M. (éds.), *La pensée comptable : Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, PUF et Les nouveaux Cahiers de l'IUED, Paris et Genève, 1998.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENT	
SOMMAIRE	
INTRODUCTION	1
I. ENTRE ILLUSIONS ET RÉALITÉS : LE MARKETING AU SERVICE DE LA QUALITÉ ? REVUE DE LITTÉRATURE	2
1. De l'introduction de nouveaux principes à la notion de marketing public : une assimilation du marketing nécessaire à l'aune de l'EHPAD "Bashing" ?	2
1.1. Les courants post-nouveau management public : influence et devenir au sein des établissements publics de santé	2
1.2. Du marketing public à la notion de marketing des services	5
1.3. Une détérioration de l'image des EHPAD : quand l'approche marketing ne suffit plus.	6
2. Entre satisfaction client et amélioration continue de la qualité : perceptions et enjeux.	8
2.1. L'importance grandissante de la notion de qualité en EHPAD : processus, normes et systèmes.	8
2.2. De la satisfaction produit/service à la satisfaction usagers/clients.	9
2.3. Entre individualisation de la prise en charge et multiplicité des parties prenantes : comment améliorer la qualité de service ?	11
3. Une approche utilisateur au service de l'amélioration continue de la qualité : quels outils du marketing ?	14
3.1. Du marketing à la qualité : quelles complémentarités ?	14
3.2. Résistances à logique utilisateur dans les EHPAD publics : tentative d'explications	15
3.3. Une timide inclusion de la logique utilisateur : s'approprier la notion du résident traceur	18
II. S'INTERROGER SUR LA PLACE DU MARKETING DANS LA DÉMARCHE QUALITÉ : ENQUÊTES, RÉSULTATS ET PLAN D' ACTIONS	21
1. Une analyse plurielle de l'environnement à l'aide de diverses méthodes d'enquêtes	22
1.1. Entre perception et participation : l'analyse de l'enquête de satisfaction	22
1.2. Les entretiens semi-directifs : garant d'une analyse pertinente et multi aspects	25
1.3. Analyser des dynamiques contradictoires : l'observation comme méthode de recherche	28
1.4. Des limites et biais aux méthodologies avancées	30
2. Des résultats qui attestent de la légitimité du marketing au sein d'une démarche qualité	31
2.1. Une vision incomplète de la notion de marketing	31
2.2. Entre perception et vécu : les limites de la personnalisation "réglementaire"	33
2.3. Entre mauvaise image et fierté : un sentiment d'appartenance sur lequel s'appuyer	34
3. Des actions nécessaires à l'amélioration de la qualité de prise en charge et l'image de l'établissement	37
3.1. Comprendre les dynamiques systémiques de la prise en charge : le blueprint	37
3.2. Augmenter la qualité de prise en charge grâce l'approche utilisateur : la mise en oeuvre du nouveau référentiel d'évaluation de la HAS	39
3.3. Développer l'attractivité de l'établissement : le branding à travers les yeux des résidents	40
3.4. S'appuyer sur l'identité culturelle des agents : innover à l'aide de la mise en oeuvre d'ambassadeurs de l'établissement	42
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN RÉSIDENTS ET PROCHES

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN AGENTS

ANNEXE 3 : SCHÉMA MARKETING MIX