



L'HÔPITAL FACE À SES DÉFIS : LE PARI DE L'HUMAIN

LA GRANDE ENQUÊTE MAZARS



ÉDITO

Au cours des vingt dernières années, **l'hôpital public a été amené à accélérer sa transformation sous l'effet conjugué des évolutions démographiques, épidémiologiques et technologiques** ainsi que des réformes successives (Plan hôpital 2007 et 2012, loi HPST, « Ma santé 2022 », etc.). Plus particulièrement, le développement du virage ambulatoire, la tarification à l'activité, la mise en place des GHT, la diminution des durées de séjour, la réorganisation des plateaux techniques et des unités, la tension sur les recrutements ou encore la digitalisation ont **transformé en profondeur le fonctionnement traditionnel de l'hôpital public, ses modes d'organisation, son modèle économique et sont venus redessiner les contours de la relation entre soignant et soigné.**

Les transformations que vit l'hôpital public se sont accompagnées d'une montée des inquiétudes, des angoisses et une interrogation sur le sens de l'action qui ont trouvé leur résonance dans les mouvements sociaux qui secouent le secteur depuis plus d'un an. Une crise de sens.

Pour répondre à ces inquiétudes et redonner de l'oxygène **le gouvernement a annoncé un pacte de refondation des urgences visant à réduire la fréquentation des services ainsi qu'un plan d'urgence pour l'hôpital** public baptisé « Investir pour l'hôpital ». A peine nommé, le nouveau ministre, Olivier Véran, a annoncé le lancement d'une enquête nationale auprès de l'ensemble du personnel hospitalier. Son objectif : tenter de saisir en détail le sens de leur engagement auprès du public et les raisons du mal-être.

Dans ce contexte, partenaire de la transformation du secteur de la santé, **Mazars a souhaité apporter sa contribution à la réflexion, au débat public et à la recherche de solutions.** C'est la raison pour laquelle nous avons réalisé une enquête auprès des établissements de santé publics afin de comprendre leur vision et sonder leurs opinions quant aux choix à réaliser, leviers à activer et innovations à implémenter.

La crise sanitaire sans précédent que connaît le pays avec l'épidémie de Covid 19, les annonces présidentielles d'un plan massif d'investissement pour l'hôpital et d'une revalorisation des carrières entrent en résonance avec l'étude réalisée. Cette crise constituera très certainement l'élément déclencheur d'une réflexion et d'une refonte en profondeur de notre système de santé et plus particulièrement de l'hôpital public. Les réflexions produites dans cette étude viendront nourrir les réflexions et décisions que déclineront les récentes annonces présidentielles.

Articulée autour de quatre thèmes principaux, l'étude s'est penchée sur plusieurs problématiques :

- **Quels sont les investissements prioritaires à réaliser ?**
- Alors qu'elle est devenue cruciale, **comment la question de l'attractivité et de la fidélisation des personnels est-elle investie ?** Quelle politique et quels projets pour renforcer l'attractivité ?
- **L'hôpital est-il prêt à refonder son modèle managérial ?** Quelles innovations organisationnelles et managériales mettre en œuvre pour relever les défis ?
- Enfin, la **démarche d'expérience patient** est-elle une réalité et peut-elle être un levier pour réinventer l'hôpital ?

Nous espérons que vous trouverez dans notre étude, des réponses, des pistes et des solutions concrètes pour penser l'hôpital de demain. Nous sommes convaincus que **l'humain, professionnel comme patient, détient les clés de cette transformation pour redonner du sens au soin et créer une nouvelle relation patient/soignant.**



WILLIAM BOTTARO
Associé Santé Mazars

PANEL ET METHODOLOGIE

Cette étude a été réalisée
par Mazars avec
l'institut de
sondage OpinionWay.



PANEL INTERROGÉ

Un échantillon de
**150 responsables
d'établissements public de santé,**
représentatif des établissements
nationaux, comptant de
250 à 4999 salariés.

Un panel constitué
selon la méthode des quotas,
au regard des critères
de taille salariale,
de secteurs et de
région d'implantation.

Parmi eux :
51% de membres de Direction
(Direction générale, DRH, RRH, DAF)
49% de représentants du corps médical
(Président de CME, Médecin chef de service)

Les interviews ont été réalisées
du **16 décembre 2019 au 10 janvier 2020.**

Taille d'établissement	%
Moins de 250 personnes	42%
De 250 à 499 personnes	20%
De 500 à 999 personnes	17%
De 1000 à 1999 personnes	10%
De 2000 à 4999 personnes	8%
5000 personnes et plus	3%

Type d'établissement	%
Centre hospitalier	91%
Autre type d'établissement	9%

Région	%
Île-de-France	3%
Nord ouest	28%
Nord est	32%
Sud ouest	15%
Sud est	22%

Fonction exercée	%
Sous-total Direction	51%
Directeur d'hôpital	3%
Directeur général	4%
Directeur administratif et financier	10%
DRH	7%
Responsables RH	27%
Sous-total Corps médical	49%
Président de CME	17%
Médecin chef de service	32%

SOMMAIRE



ENSEIGNEMENTS PRINCIPAUX
P. 1

1



RÉINVESTIR DANS L'HUMAIN :
L'INCONTESTABLE PRIORITÉ
P. 5

2



ATTRACTIVITÉ ET FIDÉLISATION :
UN ENJEU MAJEUR,
DES RÉPONSES MULTIPLES
P. 9

3



L'HÔPITAL PUBLIC,
PRÊT POUR SON BIG BANG
ORGANISATIONNEL ET MANAGÉRIAL
P. 14

4



L'EXPÉRIENCE PATIENT,
VRAI LEVIER DE
TRANSFORMATION ?
P. 21



ENSEIGNEMENTS PRINCIPAUX

88%

DES RÉPONDANTS PRIORISENT LA RÉALISATION DES INVESTISSEMENTS SUR LES RESSOURCES HUMAINES

L'humain est réaffirmé comme « valeur refuge » de l'hôpital public, et à préserver d'urgence. Changement de paradigme : si la quête présumée de performance a longtemps vu l'humain comme un levier de réduction de charges, il est aujourd'hui clairement repositionné comme un levier de sortie de crise. L'étude montre par exemple que 88% des répondants priorisent la réalisation des **investissements sur les Ressources Humaines** à court ou moyen terme et **55% de les réaliser à moins d'un an**. Tous les chantiers priorités par les responsables hospitaliers s'engagent avec un impact social et humain pour les personnels soignants (recrutement, formation continue, etc.). Les efforts d'efficience financière avec un impact social et humain positif cibleront par exemple en premier lieu la mutualisation des activités des fonctions supports, pour redonner du souffle au cœur métier de l'hôpital : le soin.

17%

DES PERSONNES INTERROGÉES DANS L'ÉTUDE NE CONNAISSENT PAS LE SUJET DE LA MARQUE EMPLOYEUR

Pour répondre à cette priorité, le développement de la marque employeur apparaît comme une stratégie à tester et à adapter à l'hôpital public car de plus en plus d'expériences se développent dans le secteur et paraissent prometteuses. Derrière le sujet de la marque employeur, c'est aussi l'expression de la nécessaire réaffirmation du sentiment d'appartenance et du repositionnement du sens au travail au sein de l'hôpital public.

Pour se transformer, l'hôpital public peut également s'inspirer d'expériences outre-Atlantique : les « hôpitaux magnétiques » proposent justement de remettre l'humain au cœur de leur action et affichent déjà des résultats probants en termes de santé au travail, ressources humaines, qualité de vie au travail, perception des soignants, qualité des soins et d'expérience des patients.

2/3

DES RÉPONDANTS DÉCLARE PRÉVOIR DE METTRE EN ŒUVRE/ ONT MIS EN ŒUVRE DES ACTIONS VISANT À AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ ET LA FIDÉLISATION DES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS

Les politiques RH sont ainsi au cœur des priorités des établissements avec, au premier plan, les questions d'attractivité et de fidélisation du personnel. L'étude nous montre qu'environ deux-tiers des répondants déclare prévoir de mettre en œuvre ou ont mis en œuvre des actions visant à améliorer l'attractivité et/ou la fidélisation des professionnels au sein de leur établissement. Apparaît ainsi la réelle prise de conscience d'une vision RH des métiers du soin impliquant l'ensemble des équipes de l'hôpital, et non plus uniquement les fonctions RH : l'attractivité et la fidélisation se font sur le terrain : avec, pour et par les soignants.



75%

DES RÉPONDANTS PLÉBISCITENT UN MANAGEMENT PARTICIPATIF ET COLLÉGIAL

Repenser les rapports humains à l'hôpital invite les hôpitaux publics à repenser leur organisation et leur management. Ainsi, des innovations managériales sont attendues : les trois quarts des répondants de l'étude plébiscitent par exemple un management participatif et collégial soignant, médical et administratif, ou encore plus de 40% des personnes interrogées ambitionnent une plus grande implication des collaborateurs dans les démarches projets ainsi qu'une plus grande autonomie des équipes dans l'organisation de leur travail et la gestion de leur temps.

Pour autant, rares sont encore les expériences réellement menées sur le terrain pour créer interprofessionnalité et décloisonnement. L'expérience du CHU de Reims offre quelques pistes aux établissements pour se lancer.

53%

ONT LANCÉ UNE DÉMARCHE EXPÉRIENCE PATIENT OU COMPTENT LE FAIRE DANS LES 6 MOIS

Le patient trouve peu à peu sa place dans la transformation de l'hôpital public.

Dès lors que l'on s'intéresse aux expérimentations concrètes impliquant un partenariat patient, les réalisations en sont encore à leurs balbutiements. A ce jour, ils sont 27% à avoir concrétisé une expérimentation terrain et une démarche institutionnelle.





1. RÉINVESTIR DANS L'HUMAIN : L'INCONTESTABLE PRIORITÉ

Les hôpitaux ont déjà mené ces dernières années de nombreuses transformations sur plusieurs fronts : GHT, regroupements, virage ambulatoire, transition numérique etc. Les dernières actualités et la crise du Covid 19 ont mis en lumière une situation plus que « tendue » dans les hôpitaux publics et invitent à questionner les priorités d'action pour les années à venir. Quelles sont désormais les transformations à mener en urgence ? Quelles sont les priorités d'investissement envisagées ?

PRENDRE SOIN DE « CEUX QUI SOIGNENT » : UNE URGENCE À AGIR

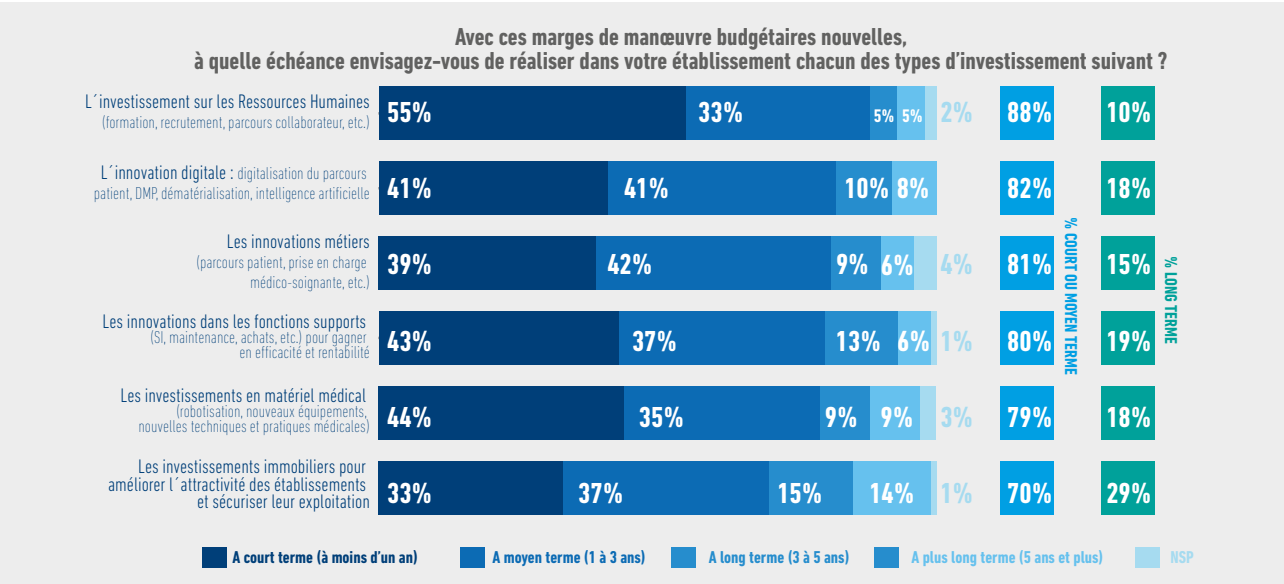
La notion d'urgence associée au plan gouvernemental présenté par le Premier Ministre le 20 novembre 2019 a en premier lieu illustré la nécessité d'agir vite. Cette urgence dans les hôpitaux public a également éclaté au grand jour lors de la crise du Coronavirus. Le Président de la République Emmanuel Macron a présenté un hommage soutenu aux soignants, auxquels a été promis un "plan massif d'investissements". En ce sens, la plupart des responsables hospitaliers envisageaient, avec les nouvelles marges de manœuvre budgétaires escomptées, de prioriser les investissements sur les Ressources Humaines à court ou moyen terme. Ces derniers présentent l'horizon temporel le plus court en réponse à la situation tendue : pénurie médicale et vacances de poste, absentéisme et arrêts maladie de longue durée en sont les maux les plus importants. L'innovation digitale ou les innovations métiers sont également plébiscitées.

88%

DES RÉPONDANTS ENVISAGENT DE RÉALISER LES INVESTISSEMENTS SUR LES RESSOURCES HUMAINES À COURT OU MOYEN TERME

55%

ENVISAGENT DE LES RÉALISER À MOINS D'UN AN



DES FINANCEMENTS AU SERVICE DES INVESTISSEMENTS HUMAINS : LE NÉCESSAIRE ÉQUILIBRE DU COURT ET DU LONG TERME



JEAN-PHILIPPE MATHOREZ
ASSOCIÉ

L'étude met largement en avant que les investissements humains sont les investissements prioritaires, mais qu'est-ce que cela suppose concrètement en terme de financement pour les hôpitaux ?

Pour réussir sa transformation en la matière, les établissements doivent conjuguer à la fois des investissements à très court terme, pour retrouver du capacitaire, mais également à plus longs terme pour retrouver de la confiance, de l'attractivité et de la fidélisation au sein de leurs hôpitaux.

Ces investissements se concrétiseront par des initiatives et des actions telles que : la formation (initiale et continue), le système de rémunération, les évolutions de carrière, l'évolution ou la révolution managériale, autant de politiques publiques qui sont nécessaires pour relever les défis et ainsi donner aux établissements de nouveaux leviers d'efficience.

Tous les établissements ont dû faire face ces dernières années à de fortes réductions de leur capacité de financement, et prendre des décisions difficiles dans leurs investissements, souvent au détriment des Hommes. Conséquence ou corolaire de ce constat, l'heure a changé et l'Humain se retrouve à nouveau au centre de l'échiquier.

Mais comment y parvenir ? Ces investissements doivent être financés, sur une périodicité adéquate et correspondante : du court terme pour du court terme et du long terme pour du long terme, afin d'éviter toutes dérives et inefficience. Trop souvent, les modes de fi-

nancement sont déconnectés de la réalité et de la durée de l'investissement, et fonctionnent au cas par cas et par à-coups.

Les mesures annoncées en novembre 2019 par le Gouvernement, réaffirmées plus fortement et récemment par Emmanuel Macron dans le contexte actuel, présentent des financements à la fois court terme mais également long terme :

- À court terme, le gouvernement a octroyé, hors opération de reprise de la dette, un financement dédié de 1,5 Md€ sur 3 ans : 300 M€ en 2020, 500 M€ en 2021 et 700 M€ en 2022
- À long terme, la reprise de la dette de 10 milliards, doit permettre, d'une part, d'économiser des frais d'intérêts financiers, que l'on peut estimer entre 300 à 500 M€ par an mais également une capacité d'investissement retrouvée pour bon nombre d'hôpitaux.

La question est donc l'équilibre de financement entre le court et le long terme.

Au regard de la situation actuelle, la volonté et la priorité du besoin des hôpitaux est concentrée sur le court terme, voire le très court terme, auquel cas, les financements du gouvernement pourraient ne pas être en adéquation.

Notre étude démontre cependant la nécessité de mixer les investissements et d'inscrire ces projets de transformation dans la durée. Pour connecter à la réalité et aux nécessités des hôpitaux et produire des résultats, les financements proposés par le Gouvernement devront trouver ce juste équilibre temporel.



PRIVILÉGIER « CEUX QUI SOIGNENT » POUR SE TRANSFORMER

La situation dans laquelle est plongé l'hôpital public ne fait pas exception à la règle des périodes de crise, à savoir l'investissement dans des valeurs dites « refuge » ; des valeurs rassurantes et présumées stables. **C'est sur l'humain que les responsables hospitaliers ont choisi d'investir.**

Si la quête présumée de performance a longtemps vu l'humain comme un levier de réduction de charges, la situation actuelle permet de mettre en lumière les impacts des années précédentes et d'affirmer que l'humain est le **levier de sortie de crise pour un retour à la raison d'être de l'hôpital : « prendre soin » grâce à « ceux qui prennent soin »**

Pour une large majorité de responsables hospitaliers, le renforcement capacitaire des effectifs dans les services de soins est la priorité d'action pour améliorer la situation dans les hôpitaux.

Projeter l'opérationnalité de cette action nécessite une réflexion avancée sur les **enjeux d'attractivité, de fidélisation et de reconnaissance des professionnels de santé**. Dans ce sens, **l'amélioration des conditions salariales** est identifiée, par les répondants, comme étant un sujet primordial à traiter.

Ces enjeux RH vont également dans le sens des annonces présidentielles pendant la crise du Covid-19 : revalorisation des carrières, des heures supplémentaires, primes.

QUELQUES CHIFFRES CLÉS :

La France est 28^{ème} sur les 32 pays de l'étude OCDE sur Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen¹.

Le salaire des infirmiers est de 10% inférieur au salaire moyen en France¹.

Les métiers en tension :

- 27,4 % des postes de praticien hospitalier temps plein vacants, record depuis 2008².
- 1 poste d'aide-soignant en EHPAD sur deux n'est pas pourvu dans le pays³.
- 30% des infirmiers qui abandonnent la profession 5 ans après l'obtention de leur diplôme⁴.

La suite dans la partie "Attractivité et fidélisation : un enjeu majeur, des réponses multiples".

65%

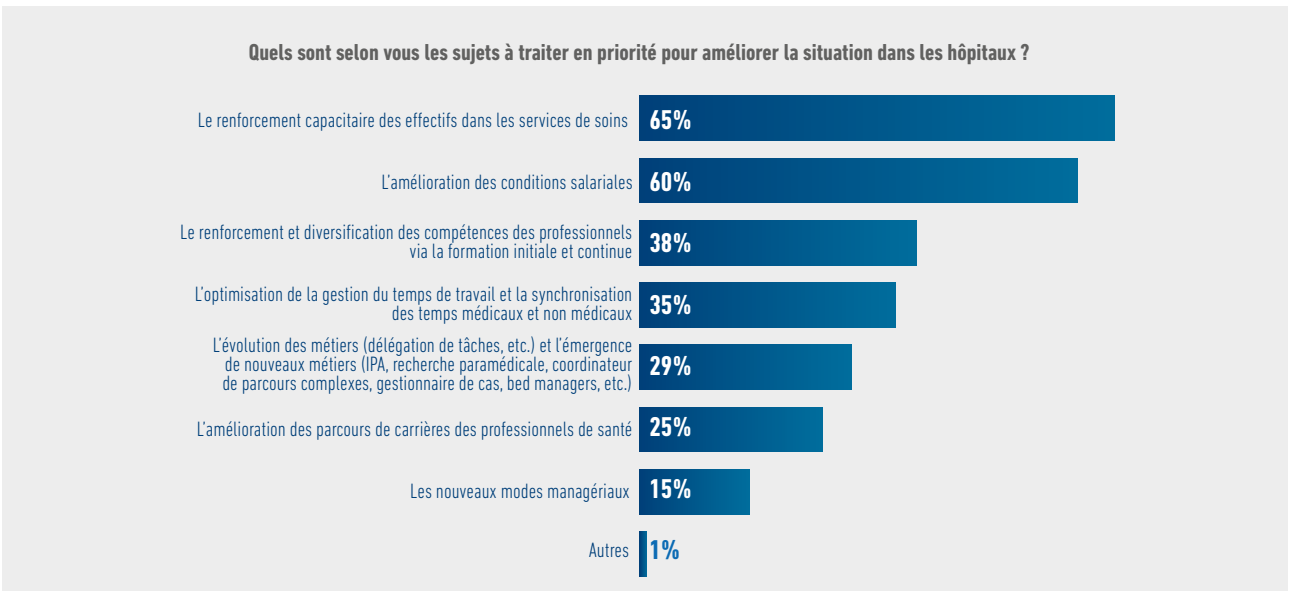
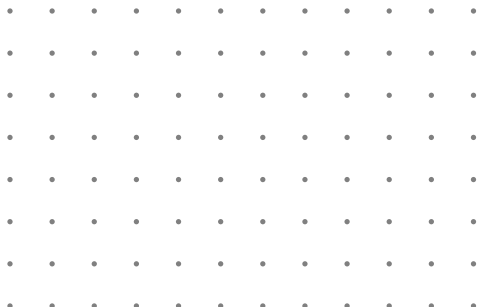
DES RESPONSABLES HOSPITALIERS CITENT COMME PRIORITÉ LE RENFORCEMENT CAPACITAIRE DES EFFECTIFS DANS LES SERVICES DE SOINS.

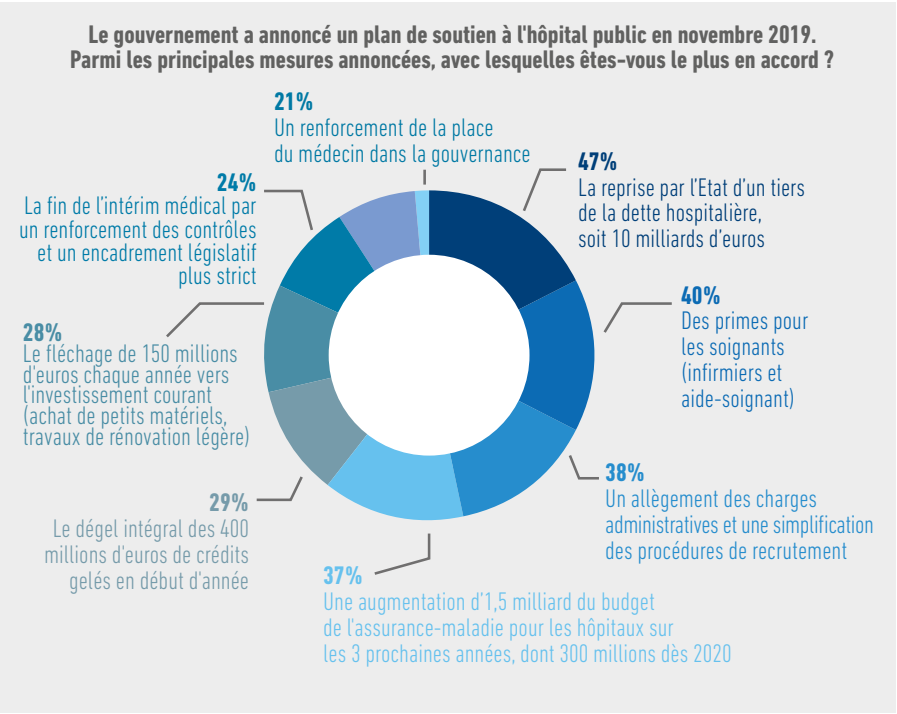
60%

DES RESPONSABLES HOSPITALIERS CITENT COMME PRIORITÉ L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS SALARIALES POUR LES PERSONNELS HOSPITALIERS.

¹ ocde-library (voir page suivante pour la ref en entier)
² Rapport d'activité sur 2017 du Centre national de gestion (CNG)
³ 3 LCI-Société-EHPAD pénuries de personnel soignant-30/05/2018
⁴ voir page attractivité

Perception justifiée
+ évolution intra-france





40%

DES RÉPONDANTS SONT EN ACCORD AVEC LES MESURES GOUVERNEMENTALES RELATIVES AUX PRIMES ANNONCÉES POUR LES SOIGNANTS (INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS)



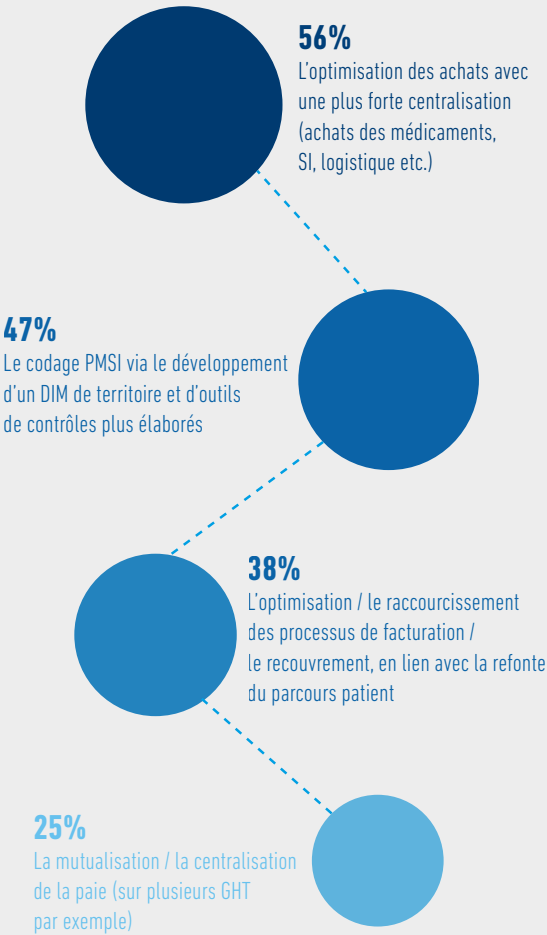
GAGNER EN EFFICIENCE EN PRÉSERVANT L'HUMAIN

S'il est évident que des marges d'optimisation existent au sein des établissements de santé, notamment du fait des processus de coopération renforcée et de recomposition territoriale de l'offre de soins, **les chantiers privilégiés par les responsables hospitaliers pour gagner en efficacité** cibleront les fonctions supports, en périphérie du soin. Ainsi, il n'est plus envisagé de réduire les effectifs soignants mais bien **de redonner du souffle à « ceux qui prennent soin »**.

56%

DES RÉPONDANTS PENSENT QUE L'OPTIMISATION DES ACHATS EST LE SUJET SUR LEQUEL LES GAINS D'EFFICACITÉ SERONT LES PLUS IMPORTANTS À COURT/MOYEN TERME, 47% CITENT LE CODAGE PMSI

Parmi les sujets suivants, sur quels sujets pensez-vous pouvoir gagner le plus d'efficacité à court/moyen terme dans votre établissement ?





2. ATTRACTIVITÉ ET FIDÉLISATION : UN ENJEU MAJEUR, DES RÉPONSES MULTIPLES

Dans un contexte de raréfaction des compétences médicales : difficultés de recrutement de soignants, concurrence de l'emploi dans certains territoires, mauvaise image dont peut souffrir l'hôpital public, turnover mettant à mal les organisations, **les enjeux d'attractivité et de fidélisation sont cruciaux pour les établissements de santé**. Ils touchent par ailleurs toutes les catégories de professionnels. Comme introduits dans "quelques chiffres clés" (voir page 6), les enjeux d'attractivité et de fidélisation touchent par ailleurs toutes les catégories de professionnels :

médecins, infirmiers, aides-soignants, et de nombreuses spécialités : radiologie-imagerie, oncologie médicale, psychiatrie et santé mentale, etc. Depuis plusieurs années, il s'agit d'une priorité des politiques publiques de santé, qui a déjà donné lieu à un plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à hôpital public en 2015 par Mme Marisol Touraine. *Quelles sont les réponses qui sont données aux questions d'attractivité et de fidélisation ? Où en est-on aujourd'hui au sein de l'hôpital public ?*

LES QUESTIONS D'ATTRACTIVITÉ ET DE FIDÉLISATION DU PERSONNEL AU PREMIER PLAN DES PRIORITÉS DES ÉTABLISSEMENTS

ENVIRON DEUX-TIERS DES RÉPONDANTS DÉCLARE PRÉVOIR DE METTRE EN ŒUVRE OU ONT MIS EN ŒUVRE DES ACTIONS VISANT AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ ET/OU LA FIDÉLISATION DES PROFESSIONNELS AU SEIN DE LEUR ÉTABLISSEMENT.

Ce taux est plus important parmi les membres de Direction que parmi les médecins. Mais malgré, l'importance de cette question, un tiers des répondant déclare ne rien prévoir sur ce sujet.

17%

NE CONNAISSENT PAS LE SUJET DE LA MARQUE EMPLOYEUR POUR L'HÔPITAL

Ce taux est par ailleurs plus important parmi les établissements de grande taille (26% pour les établissements de 1000 personnes ou plus), qui sont également ceux qui ont le moins mis en œuvre des actions de fidélisation ou d'attractivité.



Le sujet de l'attractivité et de la fidélisation est au cœur de la problématique actuelle des investissements RH : comment recruter si l'hôpital n'est pas attractif ? Comment répondre aux besoins des services en sous-effectif si déjà les professionnels en poste ne disposent pas des conditions nécessaires à l'exercice de leur métier et ne sont pas « fidélisés » ?

POUR RÉPONDRE À CES ENJEUX, LES STRATÉGIES « MARQUE EMPLOYEUR » SE DÉVELOPPENT DANS LE SECTEUR

Parmi tous les leviers qui peuvent être mis en place pour renforcer l'attractivité et la fidélisation (formation, politique de carrière, expérience collaborateur, Qualité de Vie au Travail, etc.) **le développement de la marque employeur semble être un levier significatif pour les établissements de santé**. Il fait partie des outils dont la fonction Ressources Humaines dispose pour agir auprès des personnels médicaux et non médicaux. Ayant fait ses preuves au sein des grands groupes privés, cette stratégie consiste à mettre en valeur les avantages compétitifs d'un employeur. Sans être bouleversante d'un point de vue organisationnel, elle permet de valoriser et rendre plus visible le travail dans les établissements de santé public en véhiculant une **promesse employeur enthousiasmante, fondée sur des valeurs et du sens** (humain, solidarité, engagement au travail, etc.).

Elle se développe de plus en plus dans le secteur de la santé. Dès 2014 la FEHAP exposait ce sujet dans l'un de ses congrès pour les établissements médico-sociaux. « Développer sa marque employeur est une décision stratégique de l'établissement de santé et cela passe par 4 étapes majeures : état des lieux, ciblage des besoins des différentes catégories professionnelles, communication sur les éléments forts et avantages déployés, maintien de cette stratégie dans le temps etc. ». En mars 2019, le **groupe Ramsay Générale de Santé** annonce renforcer sa marque employeur par le développement d'une **plateforme numérique « Talent connecté »** qui permet de mettre en relation les collaborateurs et les candidats potentiels.



“

Pour attirer et fidéliser nos futurs talents, nous devons développer un discours de proximité car aujourd'hui la démarche du candidat a changé. Celui-ci est acteur de son recrutement, il s'informe sur le contenu de son futur poste, les évolutions possibles ou encore la qualité de vie au travail.

”

Jacques Guillot,
Directeur des Ressources
Humaines de Ramsay
Générale de Santé¹

La stratégie RH, articulée notamment autour de la marque employeur, invite à repenser le parcours de tous les professionnels, qu'ils soient en formation initiale ou en CDD, vacataire ou en titulaire/CDI. **Le CHRU de tours** s'est lancé dans une démarche similaire, en articulant la promesse employeur autour de trois principaux axes : le recrutement, l'accueil et l'intégration, ainsi que l'accompagnement d'un professionnel tout au long de sa carrière, à la fois dans la construction de son parcours mais aussi en cas de fragilités. Enfin, les **espaces candidats et collaborateurs en ligne**, comme proposés sur le site du **CHU de Rouen**, sont des nouveaux vecteurs idéaux pour communiquer autour de ces stratégies.

À l'instar de ces expériences, le développement de la marque employeur doit s'appuyer sur le témoignage et l'expérience réelle des professionnels. En effet, la marque employeur n'est en aucun cas décorrélée des soins. Bien au contraire, elle **invite à se (re)poser les questions incontournables des enjeux RH d'un hôpital**, ce qui fait qu'un professionnel postule, intègre et reste au sein d'un établissement : qu'est ce qui fait que les professionnels ne postulent pas ? Quelles sont les raisons de démission des professionnels ? Comment interpréter les indicateurs RH (absentéisme, arrêts maladie, etc.) et agir ?

Les RH (au sein hospitalier du terme : direction des ressources humaines, direction des soins, direction des affaires médicales) viennent ainsi en appui aux équipes soignantes à la fois pour valoriser les bonnes pratiques de l'établissement sur la prise en charge, donner la parole aux soignants sur leur expérience en tant que collaborateur, contribuant ainsi **contribuant à la reconnaissance et la considération professionnelle**. La politique RH autour d'une marque employeur invite donc à travailler la politique RH, équipe administrative aux côtés des hommes et des femmes **« qui prennent soin »**.

¹ Extrait du communiqué de presse de Ramsay Générale de Santé



LE RENFORCEMENT DE L'ATTRACTIVITÉ PASSERA ÉGALEMENT PAR DES RÉPONSES À L'ÉCHELLE NATIONALE

Les enjeux d'attractivité et de fidélisation dépassent l'échelle d'un établissement et de la stratégie de marque employeur. Ils doivent se penser à un niveau macro. De la formation initiale, de l'attractivité des professions et spécialités au système de rémunération ou au statut de la fonction hospitalière, les politiques publiques nationales sont attendues pour relever ce défi et ainsi donner aux établissements de nouveaux leviers d'action. L'ensemble des professions est concernée : infirmiers et médecins, aides-soignants et paramédicaux :

- rémunération des infirmiers de -10% au salaire moyen en France (contre +10% pour la moyenne des pays de l'OCDE)¹
- inégalité entre médecin généraliste et médecin spécialiste²
- de moins en moins de postulants en formation Aide-soignants, 6% entre 2016 et 2018³
- faible évolution des salaires du monde hospitalier sur les dix dernières années.

Des premières mesures ont vu le jour fin 2019 et début 2020 : passerelles du métier d'ASH, d'AP à AS, d'AS à IDE facilitant le parcours diplômant, suppression du concours d'entrée pour les aides-soignants, 10% des places en institut de formation d'aides-soignants et auxiliaires de puériculture réservées aux agents des services hospitaliers pour la validation des acquis de l'expérience.

Fin Mars 2019, pendant la crise Covid19, le président de la république annonçait la revalorisation des carrières en santé : cette **revalorisation des carrières permettrait de créer un nouveau souffle et donner de nouvelles perspectives** si elle prend bien compte l'ensemble des facteurs : rémunération, évolution, développement de carrières, etc.

Certaines professions sont aujourd'hui en difficulté et ce dès la formation initiale dont le recrutement de futurs professionnels est de plus en plus difficile : que ce soit par spécialité (imagerie médicale, gériatrie, santé mentale, psychiatrie, anesthésie-réanimation, radiologie, l'ophtalmologie, la médecine du travail et l'oncologie médicale par exemple) ou par professions (aide-soignants, psychiatres, gériatres, manipulateurs radio entre autres etc.). On constate même que 30% des infirmiers abandonnent leur profession 5 ans après l'obtention du diplôme⁴. Les parcours de formation, les conditions d'exercice, les évolutions de carrière et la valorisation de ces métiers devront faire l'objet de mesures fortes pour répondre à la **désaffection observée depuis plusieurs années et qui s'accélère**.

L'attractivité des territoires est aussi un facteur important dans la prise en compte de cette problématique avec certaines régions et certains départements en situation critique de vacances de postes ou de médecins généralistes.

Dès aujourd'hui, il est également nécessaire de prendre en compte dans cette réflexion **le nouveau paradigme posé par la Génération Z qui invite à repenser le rapport au travail** : nouvel équilibre vie professionnelle / personnelle, nouvelle définition de l'engagement et de la fidélité professionnelle, attentes affirmées vis-à-vis de l'employeur (formation, espace de travail, outils, etc.). En 2019, la génération Z représente 20% des actifs. L'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé issus de cette génération doivent prendre en compte ses besoins et ses aspirations, autant à l'échelle d'un établissement que des politiques nationales.

¹ oecd-ilibrary.org "Health glance 2019"

² oecd-ilibrary.org "Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)"

³ DREES- Aides-soignants: de moins en moins de candidats à l'entrée en formation-2019

⁴ Rapport Sénat-Pénurie de personnel infirmier-02/05/2019



LA TRANSFORMATION PROFONDE, ORGANISATIONNELLE ET MANAGÉRIALE DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES



ÉCHANGE AVEC RODOLPHE BOURRET, DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CH DE VALENCIENNES

Il y a 10 ans, le CH Valenciennes, établissement de la Région Hauts de France connaissait d'importantes difficultés avec notamment un déficit important. Aujourd'hui, c'est le 1^{er} CH de France, avec un budget de près 500 millions d'euros, et il fait partie des plus importants GHT de France. Le CH Valenciennes est ainsi placé aux côtés de CHU tels que celui de Nîmes, de Reims, d'Amiens ou de Poitiers. L'établissement n'a pas non plus de problème d'attractivité pour preuve les maquettes sont remplies, pas de vacances de poste. Et pourtant « *Valenciennes, ce n'est pas la côte d'Azur !* » partage son Directeur Général Rodolphe Bourret.

L'histoire d'un big bang organisationnel et managérial et d'une attractivité tant auprès des patients que des professionnels.

Initiée il y a 10 ans par l'ancien Directeur Général, la transformation a débuté avec la loi HPST 2009 : Philippe Jahan a saisi l'opportunité donnée par l'un des volets de la loi ; la mise en place de la gestion de pôle, pour mettre en place un nouveau modèle organisationnel et managérial : la gestion polaire médicalisée et décentralisée. Depuis, Rodolphe Bourret a poursuivi la transformation et continue à s'inspirer ailleurs ; jusqu'à rencontrer avec ses équipes les professionnels de la Mayo Clinic, clinique labellisée « hôpital magnétique » et reconnue comme meilleur hôpital des États-Unis, toutes spécialités confondues en 2019-20201.

Comment en 10 ans, le CH de Valenciennes a mené cette transformation ? Quels en sont les secrets ?

¹ Classement du magazine US News & World report

Pour Rodolphe BOURRET, il y a 3 prises de conscience nécessaires à une telle transformation :

1. LE DIRECTEUR GÉNÉRAL FAIT LE PARI DE LA CONFIANCE
A Valenciennes, le Directeur Général confie et délègue aux Pôles et à sa « triade » (Chef de pôle, cadre administratif et cadre de pôle) la gestion opérationnelle, adossée à une enveloppe budgétaire. En tant que Directeur, Rodolphe Bourret assume les responsabilités propres à son rôle de directeur et dirige son établissement avec une vision systémique grâce à quelques indicateurs clés de suivi et d'alerte qui lui permettent de valider ou non les décisions qui lui reviennent. La vision opérationnelle est portée par les pôles : « *C'est un pacte de confiance* ». La délégation de pouvoir n'est pas une délégation de responsabilités : le pouvoir est au terrain et les responsabilités aux managers.

2. PASSER DE MÉDECIN À MÉDECIN-MANAGER
« **UN VÉRITABLE CHANGEMENT DE MÉTIER** »
Avec la mise en place de la gestion polaire médicalisée et décentralisée, ce sont tous les processus de décisions qui ont été inversés. Le pôle a la capacité de prendre des décisions et mettre en place des moyens pour assumer les décisions. Le management participatif inverse la gouvernance et la hiérarchie : les actions sont prises par les acteurs de terrain et qui remontent si besoin les arbitrages à la direction. Les médecins-chefs de pôle ont nécessairement fait évoluer leurs métiers : ils sont désormais médecins-managers. Autonomes, ils dédient une part importante de leurs activités au management et gèrent le budget et la comptabilité analytique financière, les tâches administratives, le recrutement, ou encore le dialogue social, etc. « *Tous les chefs de pôles, chefs de service et médecins chefs de projets ont conscience de l'engagement que nécessite le management participatif* »

3. « LA TRANSFORMATION EST UN CHANGEMENT DE CULTURE »
Rodolphe Bourret a tenu à insister sur le changement culturel qu'implique de mettre en place un management participatif et décentralisé. L'hôpital est issu d'une culture très hiérarchique. Au CH de Valenciennes, la transformation vers un modèle matriciel et au mode projets s'est faite progressivement et continue d'évoluer chaque jour. « *Ce n'est pas une transformation OFF / ON. C'est une transformation culturelle et managériale et il y a un vrai besoin d'accompagnement au changement* ».

Avec 10 ans de recul, Rodolphe Bourret distingue 6 piliers indispensables pour enclencher et ancrer la transformation :

LA CULTURE MANAGÉRIALE

- Le Management inversé : les actions sont prises par les acteurs de terrain et qui remontent si besoin à la direction
- De nouvelles instances : commissions Stratégie et Projets (uniquement médecins et commissions Cohérence d'établissement (médecins, triade de pôle et directeurs)
- De nouveaux rôles : les directions ne sont plus les gestionnaires mais les coachs ou les experts à disposition des pôles

Formation au management pour construire une nouvelle culture managériale

L'APPROCHE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

- Une approche médico-économique : prenant en compte à la fois la T2A et le coût partagé du séjour entre les services
- Un système analytique de refacturation équitable entre les services
- Une nouvelle commission médico-économique
- Un partage des indicateurs de tous les pôles pour définir l'état des recettes et de dépenses et faire le budget prévisionnel de l'année suivante
- La Performance collective

Personnalisation des indicateurs généraux du Pôle

LA QUALITÉ

- Le déploiement d'une culture de l'amélioration continue et participative, présente le "Quoi ?" : améliorer les processus, embarquer les équipes. Tous les professionnels travaillent sur les processus, ensemble et donnent du sens aux enjeux et aux actions
- Les résultats concrets pour les patients et les professionnels
- La performance globale

Plus de 300 personnels formés au Lean Santé / à la démarche d'amélioration continue. Présente quelques illustrations du "Comment?"

Entre 2017 et 2019, le CH Valenciennes a reçu plusieurs distinctions, parmi lesquelles :

- Le Prix de l'excellence opérationnelle organisé par l'Association France Qualité Performance (AFQP, dite France Qualité) et la Direction Générale des Entreprises (DGE), et le MEDEF, devenant le seul établissement de santé public à avoir obtenu ce prix
- Le Prix de l'observatoire de la commande publique pour sa gestion décentralisée respectant pleinement les règles du service public
- Le classement à la 27^{ème} place par le label ERAS en tant que centre mondial pour la récupération améliorée après une chirurgie dans le service de chirurgie digestive

LE MODE PROJET

- Le mode projet comme mode de fonctionnement : les projets sont portés par les triades de pôle, les projets aboutissent plus vite et sont à la main des équipes
- L'accompagnement au changement est intégré dans le projet dès son démarrage

**Formation au mode projet
Instance dédiée aux projets**

LA TRANSFORMATION SI ET NUMÉRIQUE

- Les outils numériques et digitaux au service de l'établissement et du soin
- La création d'une monnaie numérique interne au CH de Valenciennes
- La mise en place d'une blockchain de l'hôpital

Investissements dans des outils numériques et digitaux

LA COMMUNICATION

- Le dernier pilier de la transformation : la communication interne et externe.
- La communication interne permet que tous les professionnels puissent présenter la vision de l'établissement, que tout le monde ait la vision des parcours, du partage entre les professionnels.
- La communication externe permet de « faire savoir le savoir-faire interne »

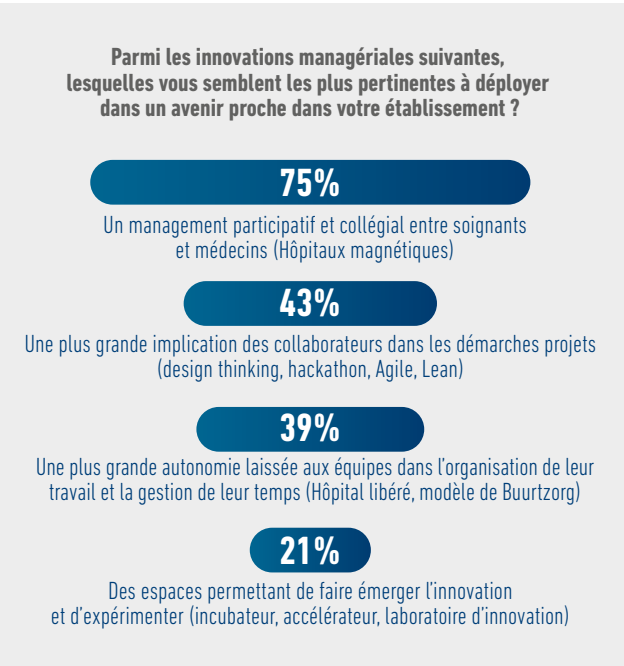
En cours : prise de parole du DG, Prise de parole des chefs de pôles, vis-ma-vie, etc.



3. L'HOPITAL PUBLIC, PRÊT POUR SON BIG BANG ORGANISATIONNEL ET MANAGÉRIAL

Remettre l'humain au cœur du système des établissements de santé interroge en profondeur les organisations passées et actuelles. Ainsi, les nouveaux modèles d'innovation managériale sont aujourd'hui largement plébiscités par les professionnels du secteur sanitaire et répondent également aux aspirations des professionnels hospitaliers. **Pour autant, rares sont encore les expériences réellement menées sur le terrain**, analysées et faisant l'objet d'un retour d'expérience en vue de son développement. Cet intérêt partagé témoigne donc déjà d'une évolution des mentalités sur le rôle et des responsabilités d'un manager hospitalier qu'on soit médecin, soignant ou administratif. *Mais quels sont les leviers d'un plus large déploiement de ces initiatives ? Que peuvent apporter ces transformations à l'hôpital public ?*

UN CONSENSUS POUR SORTIR DES MODÈLES CLASSIQUES DE MANAGEMENT ET EXPÉRIMENTER DE NOUVELLES APPROCHES MANAGÉRIALES



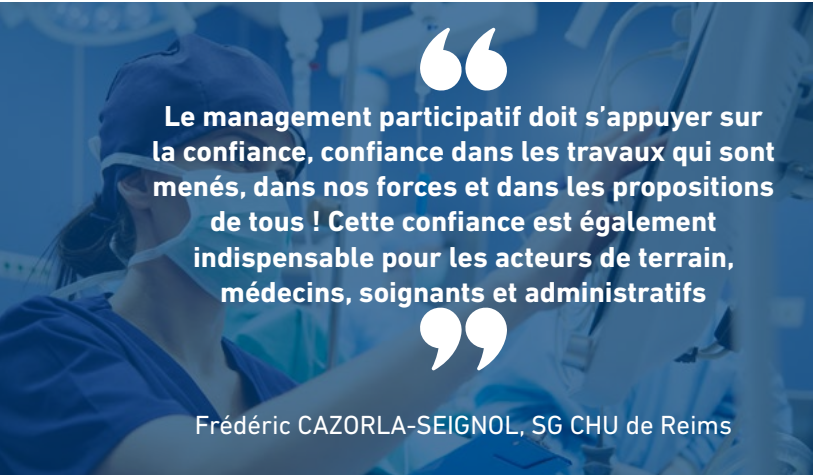
75%
PLÉBISCITENT UN MANAGEMENT PARTICIPATIF ET COLLÉGIAL AVEC LES SOIGNANTS ET MÉDECINS À L'INSTAR DES HÔPITAUX LABÉLISÉS « MAGNÉTIQUES »

Les résultats de l'étude font consensus : **les professionnels hospitaliers sont prêts à faire évoluer leurs pratiques managériales et sortir des sentiers battus.** En effet, la totalité s'est prononcée pour des innovations managériales qu'elle souhaiterait voir déployer dans un avenir proche dans les établissements.

Cet engouement témoigne de l'aspiration des professionnels de santé à gagner en autonomie et à s'investir davantage dans les projets et décisions internes pour un plus grand impact sur leur propre travail, et donc sur la qualité de la prise en charge des patients. A noter que directions comme responsables médicaux font preuve d'un intérêt commun pour l'avènement d'un management plus participatif.



C'est cette même recherche d'« empowerment » ou d'« encapacitation » des équipes hospitalières qui anime plus de **40% des personnes interrogées ambitionnant une plus grande implication des collaborateurs dans les démarches projets ainsi qu'une plus grande autonomie des équipes dans l'organisation de leur travail et la gestion de leur temps.** Si l'implication et l'autonomie sont plébiscitées, elles demandent un accompagnement à « mettre en capacité » ce qui passera forcément par une définition claire du rôle et des responsabilités des managers hospitaliers, de la responsabilisation de tous par moyens concrets : prise en compte du temps nécessaire au management et compensation du temps clinique, formation, mode projet, modèle managériale, organisation des soins et du parcours patient, démarche d'amélioration continue, gestion hospitalière, etc. Par exemple, l'étude publiée en Janvier 2018 par les Conférences nationales des Présidents de CME de CH, CHS et CHU mettait en lumière que seulement 16% des établissements proposaient des formations au management au chef de service et seulement 37% pour les chefs de pôle. 50% des présidents de CME étaient formés mais à 70% par une démarche personnelle (et non institutionnelle). Une opportunité pour repenser la formation des médecins : initiale comme continue ?



LE MODÈLE ORGANISATIONNEL ET MANAGÉRIAL DES « HÔPITAUX MAGNÉTIQUES », UN LEVIER DE TRANSFORMATION POUR L'HÔPITAL PUBLIC ?

Dès 1983, **l'étude qualitative de McClure** mettait en lumière les hôpitaux capables d'attirer du personnel soignant et de le retenir. Menée auprès de 41 hôpitaux, l'étude concluait sur le concept **d'« hôpital magnétique » se développant États-Unis puis au Canada comme un « label », en particulier dans les hôpitaux où le turn-over des infirmières était problématique, et impactait la prise en charge des patients.**

Les hôpitaux dits magnétiques se distinguent d'abord par l'autonomisation professionnelle et la **valorisation du personnel soignant dans le soin** (empowerment ou encapacitation). Celles-ci se traduisent dans la montée en compétences du personnel soignant, via la formation, et l'affirmation de leur leadership avec la participation à la co-construction des projets.

Le management participatif et collégial des hôpitaux magnétiques s'appuie sur la **collaboration interprofessionnelle médico-soignante** et la **reconnaissance du travail infirmier et paramédical** par les médecins et **le personnel administratif (directeurs et fonctions support etc.)**. Ce mode managériale s'inscrit également dans un partenariat avec les patients qui favorise l'écoute, la cohésion d'équipe et le dialogue social. Ces **relations positives** facilitent la **conduite du changement** au sein des hôpitaux. Un facteur clé de succès dans les hôpitaux magnétiques est la refonte du mode organisationnel et managériale en remettant le patient au cœur : l'amélioration de la qualité des soins constitue l'objectif principal du projet d'établissement « magnétique ». La majorité des projets et démarches est conçue au service du bien-être et de la santé du patient.



En matière de Santé au travail et Ressources Humaines, les Hôpitaux magnétiques affichent moins d'accidents du travail, moins d'exposition au burn-out, moins d'absentéisme médical et paramédical, moins de turn-over et une meilleure attractivité au recrutement. En termes d'attitudes au travail et de qualité de vie au travail, les hôpitaux magnétiques montrent une plus forte satisfaction au travail du personnel, une plus forte implication au travail, moins d'intention de quitter l'établissement, un meilleur équilibre vie professionnelle / vie personnelle. Également, la perception des soignants est meilleure sur la qualité des soins, le climat de sécurité, la productivité et l'efficacité.

La qualité des soins et l'expérience des patients sont aussi nettement améliorées : des taux de mortalité plus faibles sur les mêmes pathologies et des risques similaires, moins d'erreurs et d'accidents.

DES SOURCES D'INSPIRATION COMPLÉMENTAIRES À ADAPTER

Si certains modèles et méthodes apparaissent plus adaptés ou plus prioritaires aux yeux des différents professionnels selon leur fonction, tous y perçoivent des **améliorations qualitatives tant sur leurs conditions de travail que sur la finalité de leur travail au service des patients.** Les membres des directions s'intéressent davantage à des méthodes de coopération et de projet qui permettent d'améliorer les parcours et représentent des aides pertinentes à la décision, alliant une pensée analytique à une pensée intuitive, telle que l'amélioration participative (lean hospitalier), la méthode Agile ou le design thinking¹.

Tandis que les responsables médicaux se montrent plus sensibles aux **enjeux de l'horizontalité de l'organisation**, au renforcement de l'autonomie des

équipes et à l'encouragement de leur créativité, tels que les **modèles de l'hôpital libéré, du modèle Buurtzorg**, mais aussi des expérimentations de **laboratoires d'innovation ou d'incubateurs et accélérateurs d'idées²**. Ces innovations managériales reposent sur les mêmes leviers : l'organisation des soins repensée et structurée autour des parcours patient, un mode projet inclusif, un management participatif, le travail collaboratif, la prise de décision partagée, l'autonomie des équipes médico-soignantes et le partenariat patient.

Elles prônent un **moindre poids de la hiérarchie au profit d'une libération des énergies et du partage du sens** et surtout une clarification du rôle et des responsabilités de chacun. À ce titre, ils répondent également – à l'instar du développement de la marque employeur à l'hôpital – à l'aspiration de plus en plus forte des professionnels de se reconnaître dans les valeurs et objectifs véhiculés par leur employeur.



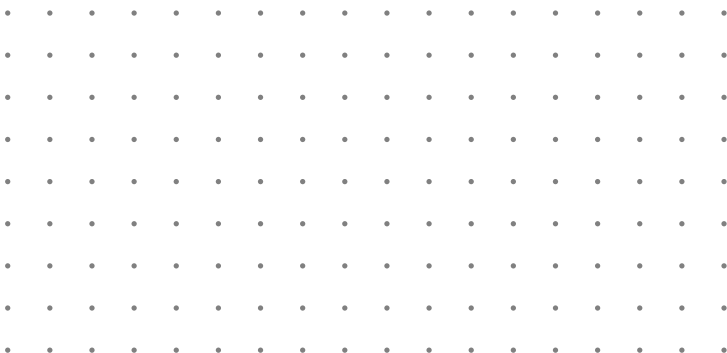
1 Approches davantage plébiscitées par les directions (47%) que les cadres médicaux (38%).
2 Approches davantage plébiscitées par les cadres médicaux (43%) que par les directions (34%).



Ces différents modèles sont complémentaires. La participation des équipes à la gouvernance et aux décisions organisationnelles implique une plus grande place faite aux échanges et à l'innovation, ainsi que leur montée en compétences sur des outils d'analyse et le renforcement de leur capacité d'autonomie. Ces chiffres témoignent ainsi d'une réelle communauté d'esprit et d'aspiration entre les directions et les responsables médicaux des établissements de santé.

In fine, les messages des dirigeants hospitaliers (administratifs comme médicaux) sont clairs : plus de participation et d'interprofessionnalité, un mode projet collaboratif et impliquant, une plus grande autonomie et responsabilisation des équipes médico-soignantes. Et cela quelque soit les pratiques managériales mises en place. Une fois cette volonté affichée, faut-il encore savoir comment la mettre en œuvre.

Quels sont selon vous les sujets à traiter en priorité pour améliorer la situation dans les hôpitaux ?	Fonction exercée			Taille d'établissement		
	% Total	Direction	Corps médical	Moins de 250 personnes	De 250 à 999 personnes	1000 personnes ou plus *
Un management participatif et collégial entre soignants et médecins (Hôpitaux magnétiques)	75%	74%	77%	75%	71%	84%
Une plus grande implication des collaborateurs dans les démarches projets (design thinking, hackathon, Agile, Lean)	43%	47%	38%	37%	53%	35%
Une plus grande autonomie laissée aux équipes dans l'organisation de leur travail et la gestion de leur temps (Hôpital libéré, modèle de Buurtzorg)	39%	34%	43%	38%	40%	39%
Des espaces permettant de faire émerger l'innovation et d'expérimenter (incubateur, accélérateur, laboratoire d'innovation)	21%	16%	27%	29%	16%	16%





FOCUS SUR...

LE MODÈLE BUURTZORG, UNE ORGANISATION DE SOINS LIBÉRÉE CRÉÉE PAR UN INFIRMIER

Créé en 2006 aux Pays-Bas, l'idée de Buurtzorg est née de Jos de Blok, infirmier et parti du constat que l'organisation des soins à domicile était inadaptée tant pour les patients que pour les soignants. Ainsi, naît Buurtzorg : Buurt « le quartier », Zorg « soins », le modèle de « Soins de proximité », une organisation dite « organique » (contraire d'une organisation « mécanique »).

Jos de Blok crée une organisation qui répond aussi bien aux besoins des patients et des soignants, en auto-gestion ce que permet la liberté et la responsabilité aux soignants d'adapter leurs soins aux besoins réels.

En 2011, les résultats de ce mode d'organisation s'avéraient particulièrement probants : Buurtzorg permettait la diminution de 40% du temps global passé par patient, la réduction de 30% des demandes d'admission aux urgences pour les patients suivis, la baisse de la durée des hospitalisations, 60% d'arrêts de travail en moins par rapport aux autres structures, 33% de turnover en moins et la hausse du niveau de satisfaction des patients et des médecins. Ces chiffres sont issus d'une étude KPMG auprès de l'Assurance Maladie des Pays-Bas.



QUELS LEVIERS POUR DÉVELOPPER CES INNOVATIONS MANAGÉRIALES ?

COMMENT FAVORISER LEUR APPROPRIATION SUR LE TERRAIN ?

Au-delà du plébiscite se pose la question de la conception et la concrétisation de tels modèles et du point de départ de leur mise en œuvre. A cet égard, **le CHU de Reims** apporte des réponses intéressantes.

Partant du principe que **l'innovation managériale ne se décrète pas mais s'expérimente**, les équipes de direction ont fait de la réécriture du projet d'établissement en 2019 une opportunité pour développer un **véritable management participatif et collégial entre soignants, médecins et administratifs**.

En plus d'associer plus étroitement les professionnels aux décisions stratégiques de leur hôpital à un moment clé de sa vie institutionnelle, cette méthode innovante a permis de les **familiariser davantage avec des outils d'animation participatifs** qu'ils mobilisent aujourd'hui dans leurs activités quotidiennes et de faire ainsi évoluer leurs pratiques.

A ce titre, l'innovation managériale est une démarche globale qui implique l'ensemble des professionnels d'une institution dans toutes ses dimensions – organisationnelle, fonctionnelle, managériale, hiérarchique, projective, etc.



L'ÉLABORATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT COMME PREMIER PAS VERS LE DÉPLOIEMENT D'UN MANAGEMENT PARTICIPATIF ET COLLÉGIAL ENTRE SOIGNANTS ET MÉDECINS : RETOUR D'EXPÉRIENCE DU CHU DE REIMS

Pour l'élaboration de son nouveau projet d'établissement en 2019, le CHU de Reims a élaboré une méthode innovante, concourant à un double objectif :

- d'une part, fédérer l'ensemble des professionnels du CHU autour d'une culture commune et renforcer l'identité de l'institution ;
- d'autre part, développer les compétences managériales des responsables au sein de l'établissement et favoriser toute forme de management participatif.

La méthode offre ainsi la possibilité d'une large implication et participation au sein du CHU : 44 co-animateurs (cadres, médecins, etc.) ont été formés à l'animation d'ateliers participatifs en fin d'année 2019. Ils sont ensuite chargés d'animer de façon autonome des groupes thématiques pour construire le projet d'établissement.

Selon M.CAZORLA-SEIGNOL, secrétaire général du CHU de Reims, cette démarche a été d'emblée « très bien perçue ». L'aspect participatif et l'association à la prise de décision stratégique correspondent à des « **attentes fortes de la part des agents** ». « **Le développement de ce mode de travail au sein de la culture de l'hôpital permettra à terme de renforcer l'attractivité de l'hôpital en particulier vis-à-vis des jeunes générations** ».

Le projet est toujours en cours d'élaboration, mais on peut d'ores et déjà constater ses premiers effets :

- les outils d'animation participatifs auxquels les co-animateurs ont été formés s'installent petit à petit dans les pratiques managériales : « **ils sont aujourd'hui également utilisés en dehors du projet d'établissement, lors de réunions internes** » ;
- « **la démarche a permis aux professionnels de proposer et d'insister sur des valeurs qui sont les leurs dans le projet d'établissement comme par exemple la protection de l'environnement** ».

« **Toute démarche participative doit être « sur-mesure » et ouverte à la créativité. Il faut résister à la tentation de vouloir trop border et préparer les travaux ! C'est ainsi que la véritable dynamique participative naîtra chez les professionnels** » conclut M.CAZORLA-SEIGNOL.



4. L'EXPÉRIENCE PATIENT, VRAI LEVIER DE TRANSFORMATION ?

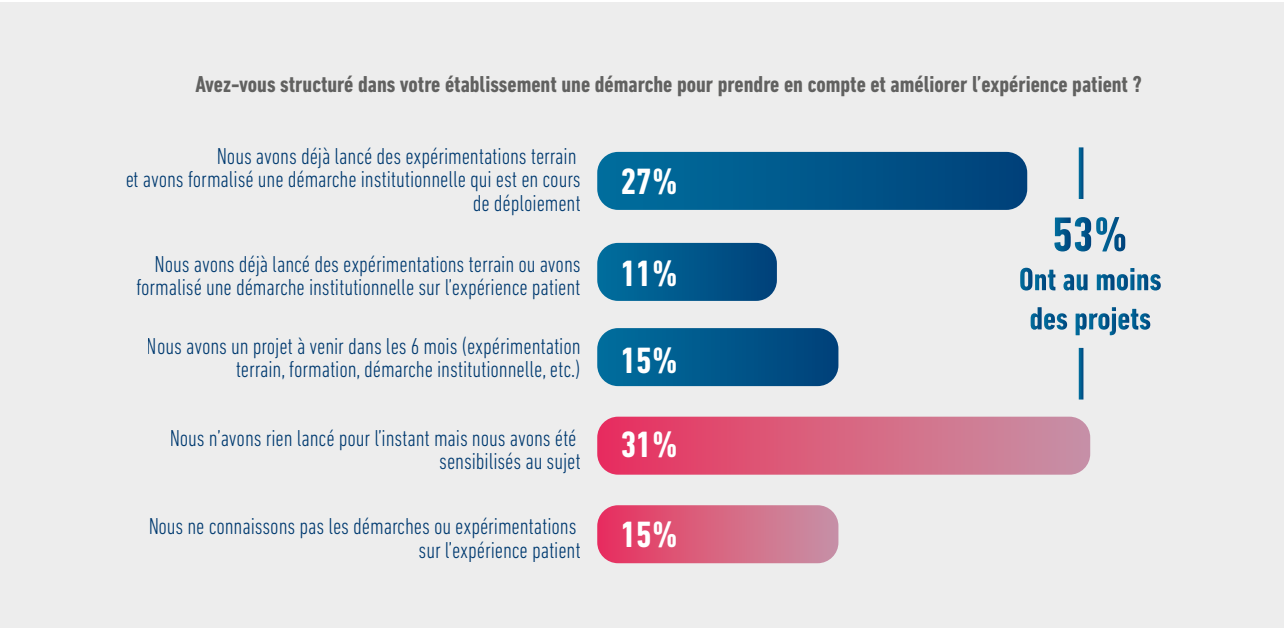
Percevoir le patient au-delà de sa pathologie comme un partenaire et mobiliser les savoirs et le vécu qu'il a acquis au cours de son parcours de soins pour accompagner les transformations hospitalières est un enjeu considérable, relativement récent, mais qui progresse en France. **Qu'est-ce que l'expérience patient ? Il s'agit de l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne¹ ou son entourage au cours de son parcours de santé.** Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne. *En quoi cette expérience peut contribuer à transformer et améliorer l'organisation des soins et les pratiques professionnelles ? Où en est-on aujourd'hui à l'hôpital public ? Quelle est la progression de ce sujet au niveau national ?*

84%

SONT SENSIBILISÉS À LA DÉMARCHE
EXPÉRIENCE PATIENT

53%

ONT LANCÉ UNE DÉMARCHE EXPÉRIENCE PATIENT
OU COMPTENT LE FAIRE DANS LES 6 MOIS



4 Définition de l'Institut Français de l'Expérience Patient, reprise du Béryl Institute.



L'EXPÉRIENCE PATIENT, UNE APPROCHE DE PLUS EN PLUS RECONNUE

61%

DES PERSONNES INTERROGÉES
DÉCLARENT QU'AUCUNE
DÉMARCHE EXPÉRIENCE PATIENT
N'A ÉTÉ LANCÉ DANS LEUR
ÉTABLISSEMENT À CE JOUR
QUAND SEULEMENT UN QUART
(27%) A LANCÉ UNE
EXPÉRIMENTATION TERRAIN

En 2018, 45% des professionnels de santé et du médico-social interrogés découvraient le terme de « l'expérience patient »⁵ à l'occasion du sondage dont ils faisaient l'objet (baromètre 2019 réalisé par l'Institut de l'expérience patient), l'enthousiasme réel exprimé par les professionnels dans le cadre de ce baromètre semble avoir porté ses fruits : aujourd'hui ce sont **84% des personnes interrogées qui s'y disent sensibilisés, qu'elles aient ou non déjà mené un projet Expérience patient.**

Cependant, un chemin reste à parcourir car cet engouement n'est pas partagé par tous. Si on élargit ce panel à l'ensemble des professionnels – cadres et non cadres, administratifs, médicaux et paramédicaux – seulement 54% déclarent avoir déjà entendu l'expression « expérience patient ». Tandis qu'ils ne sont que 11% parmi la population française. **Cette approche reste donc aujourd'hui encore plutôt restreinte aux établissements de santé et plus particulièrement parmi les membres de leurs directions.**

Dès lors que l'on s'intéresse aux expérimentations concrètes de projets d'amélioration de l'expérience patient, les réalisations en sont encore à leurs balbutiements. Mener un projet Expérience patient c'est avant tout repartir du besoin du patient, par, pour et avec le patient : c'est repenser la manière de mener un projet hospitalier, repenser l'approche du soin dans les organisations de santé, créer une nouvelle relation entre patient / soignant. La mise en place d'un partenariat

patient ou l'implication des patients-experts dans la gouvernance hospitalière peuvent être le fruit du projet Expérience patient au niveau d'un service, d'un pôle ou d'un établissement. Il peut aussi y avoir confusion entre projet d'amélioration de l'expérience patient, la mise en place d'un partenariat patient et l'implication d'un patient expert dans la gouvernance hospitalière.

L'EXPÉRIENCE PATIENT COMME LEVIER D'AMÉLIORATION

Dans l'interview qu'elle nous a accordée⁶, **Delphine Blanchard, patiente partenaire en santé et auteure du blog « patiente (imp) patiente »**, explique qu'il s'agit « **d'un formidable levier d'amélioration** ». Elle s'attache à mettre en perceptive le nécessaire partenariat entre patients et professionnels de santé en s'appuyant sur le témoignage, le ressenti et l'expérience du parcours de vie avec la maladie. Tirant sa légitimité de son expérience significative de la vie avec la maladie, **le patient est invité à mobiliser ce savoir et ce vécu personnel pour contribuer à l'amélioration de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles.** L'impact de telles expérimentations s'avère positif tant pour le cadre organisationnel des soins, le vécu et « la charge morale des patients », que l'expérience des professionnels, souligne-t-elle.

5 Définition de l'Institut Français de l'Expérience Patient, reprise du Béryl Institute. - 6 Entretien réalisé le 18 février 2020 avec Madame Delphine Blanchard, formée à l'éducation thérapeutique du patient, patiente partenaire de nombreux projets et organismes (HAS, Synapse Medicine, association Info Rein Santé, Croix Rouge Française, etc.) et auteur d'un blog



LES PATIENTS VEULENT RENFORCER LEUR IMPLICATION DÈS LA CONCEPTION DES PROJETS

27%

SEULEMENT ONT DÉJÀ DES
EXPÉRIMENTATIONS TERRAIN ET
ONT FORMALISÉ UNE DÉMARCHE
INSTITUTIONNELLE EN COURS DE
DÉPLOIEMENT

Alors, quelle intégration de l'expérience patient dans les pratiques au quotidien et dans le mode projet de l'hôpital public ? A cet égard, Delphine Blanchard nous propose de distinguer la véritable expérience patient dans laquelle le patient, en capacité de participer, est pleinement intégré au projet tout au long du processus, de l'expérience patient « alibi » qui vise surtout à valoriser un projet en se contentant de solliciter l'avis de patients *a posteriori*. Dans un contexte tendu, et un rythme soutenu de transformation, il est facile de retomber rapidement sur ce qui est connu : l'amélioration de la satisfaction et non de l'expérience en tant que telle ou simplement de demander son avis aux patients sans le prendre en compte dans la conception du projet ou de demander un avis sur un sujet « léger » (couleur des murs dans un projet construction immobilière, proposition de repas à l'hôpital, etc.).

L'expérience patient se singularise du recueil de la satisfaction, qui est une démarche plus descendante consistant à demander son avis aux patients sur des sujets définis par l'établissement avec des retours qui n'arrivent pas jusqu'aux patients.

Delphine BLANCHARD alerte également sur la nécessaire pédagogie à réaliser autour des projets Expérience patient avec, par, et pour les patients. En effet, les clés d'une expérimentation réussie tiennent en premier lieu à l'intégration du patient dès le départ et tout au long de la démarche, « sans quoi les professionnels eux-mêmes finissent par ne plus trouver de sens à ce type de réunion ». Toute démarche doit veiller à maintenir l'intérêt que les patients peuvent

eux-mêmes trouver dans le projet, à les faire intervenir dans les formations initiales des professionnels de santé, mais aussi à les impliquer dans la gouvernance du projet selon une représentation paritaire avec les professionnels.

L'expérience des patients est à la fois le point de départ de vos projets et également un levier incontournable aux projets en cours. Le développement de nombreux projets "Expérience patient" envoie un signal fort de volonté d'une plus grande prise en compte par les établissements.

L'Expérience patient doit permettre de continuer les expérimentations, de repenser l'approche du soin dans les organisations de santé, de fluidifier le parcours patient, de créer une nouvelle relation entre patient et soignant, de digitaliser là où cela est pertinent et de renforcer les interactions humaines là où cela est indispensable. L'expérience patient n'est pas un projet en plus, c'est le sens des projets.

Enfin, Delphine Blanchard souligne que certaines de ces expérimentations reposent sur une sélection biaisée des patients partenaires : « *Pour que les professionnels sachent accueillir le vécu du patient – même négatif – il convient de prendre en compte tous les patients, pas que ceux avec qui la relation de soin s'est bien passée* ». Mais cela ne peut se faire sans créer d'espaces dédiés aux échanges entre patients et professionnels.

LE SAVIEZ-VOUS ?

La majeure partie des concepts fondamentaux de l'expérience client est née à l'hôpital avec les travaux du sociologue américain Erving Goffman en 1968. (ouvrage : Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux)



L'EXPÉRIENCE PATIENT, UN DÉFI RH ?

Très vite, il s'agira de tirer tous les enseignements des expérimentations en cours de patients partenaires et de penser leur généralisation pour le plus grand bénéfice des patients, des professionnels et plus généralement de l'organisation des soins. L'expérience des patients est directement liée à l'expérience des professionnels de santé. Le patient vient pour être pris en soins par des professionnels qui participent à son parcours. Le sens au travail pour les soignants passe par retrouver du temps qualitatif avec les patients et de penser la relation patient/soignant, du temps pour l'éducation thérapeutique, du temps pour répondre aux questions et aux angoisses des patients entrés à l'hôpital, et tout simplement de donner les bonnes informations au bon moment.

Ainsi, l'amélioration de l'expérience patient va de pair avec l'amélioration de l'expérience des professionnels de santé. En effet, les freins à l'amélioration de l'expérience patient identifiés par les professionnels eux même sont liés à 43% à leur situations et conditions de travail (épuisement, burn-out, stress, charge de travail, etc.) et à 40% aux ressources insuffisantes (financières, de professionnels, etc.) puis au fait que les établissements semblent se concentrer sur d'autres priorités. Ainsi, la prise en compte de l'expérience patient est aussi un enjeu des ressources humaines à l'hôpital.

L'implication des patients dans l'organisation des soins est un facteur de transformation du système de santé. Le rôle du patient-partenaire pourrait également dépasser les murs de l'hôpital au service de démarches inter et pluriprofessionnelles multi-partenariales relatives au parcours du patient. L'expérience patient c'est le terrain. Ce n'est pas un projet en plus. L'expérience patient doit être la boussole des projets hospitaliers, puisque c'est le sens même du soin.

CONCRÉTISATION PROJET
EXPÉRIENCE PATIENT

Lors du Sommet de l'expérience patient, de l'empathie et de l'innovation, la Cleveland Clinic présentait son programme de **formation à la résilience des professionnels** (Resilience Training or Building Personal and Professional Resources of Resilience and Agility in the Healthcare Workplace) destiné à permettre aux professionnels d'avoir des clés de gestion du stress et des situations critiques. La formation à la résilience permet de découvrir tous les 2 mois des techniques de méditation, de communication non violente, etc. Les résultats ont montré que l'expérience des patients s'améliorait significativement après chaque session de formation.



UNE ÉTUDE RÉALISÉE PAR



Mazars est une organisation internationale, intégrée et indépendante spécialisée dans l’audit, le conseil, ainsi que les services comptables, fiscaux et juridiques [1]. Présent dans 91 pays et territoires à travers le monde, Mazars fédère les expertises de 40 400 professionnels - 24 400 professionnels au sein du partnership intégré de Mazars, et 16 000 professionnels aux Etats-Unis et au Canada au sein de « Mazars North America Alliance » - qui accompagnent des clients de toutes tailles à chaque étape de leur développement.

[1] Seulement dans les pays dans lesquels les lois en vigueur l’autorisent.

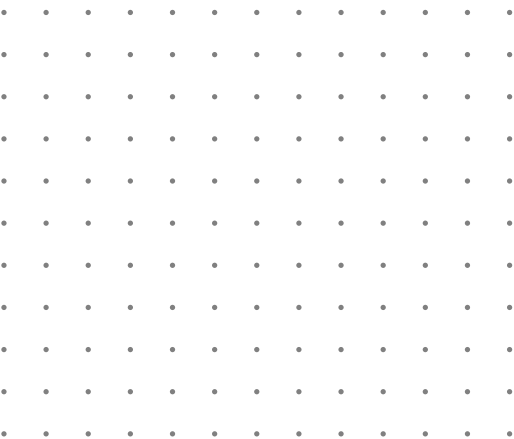
POUR EN SAVOIR PLUS



Retrouvez nos points de vue, articles et retours d’expérience dans notre Newsletter Transfo Santé sur mazars.fr.

MERCI

Nous tenons à remercier l’ensemble de la Communauté Mazars santé, en particulier Pierre-Etienne LEDUC, Agathe GROS, Julia PERNET, Mélodie FORTIER ainsi que les contributeurs dont Delphine BLANCHARD, Frédéric CAZORLA-SEIGNOL et Rodolphe BOURRET qui ont, grâce à leurs regards de professionnels du secteur et d’usager, leurs analyses et points de vue, participé à enrichir et apporter de la valeur à notre réflexion.



VOS CONTACTS



WILLIAM BOTTARO

Associé Mazars Santé

william.bottaro@mazars.fr

01 49 97 34 51



MÉLODIE FORTIER

Manager Mazars Santé

melodie.fortier@mazars.fr

06 63 55 37 61



61 rue Henri Regnault
92075 Paris La Défense Cédex France