
Directeur d'hôpital

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **Octobre 2019**

Mesurer « l'impact social » de l'hôpital public : référentiel et méthode pour introduire des indicateurs multidimensionnels dans la gestion courante d'un hôpital.

Romain GERARD

Remerciements

J'ai eu la chance, au cours de mon stage de direction au CH de Calais, de travailler avec une équipe à l'écoute de mes projets et, en particulier, de ce mémoire. Aussi je remercie vivement Mme Hennion, Directrice Générale et maître de stage, de m'avoir aussi facilement permis d'expérimenter la méthode de la mesure d'impact social dans son établissement.

Je remercie le Dr Caillon, Directrice Qualité, expert-visiteur à la HAS, maître de mémoire officieuse et interne à l'établissement, dont les immenses qualités personnelles et professionnelles sont la meilleure des leçons pour un élève-directeur.

J'ai beaucoup sollicité les équipes du CH de Calais au cours de ce mémoire, et je les remercie, aussi bien de m'avoir ouvert les portes de leur service avec un réel enthousiasme que de témoigner jour après jour d'un sincère engagement pour les patients du CH de Calais. En particulier, je remercie vivement Mme Martel, cadre du service de chirurgie ambulatoire pour avoir coordonné une partie de ce mémoire, Reine Descamps, aide-soignante du patient debout, pour son dynamisme à toute épreuve, le Dr Carré, pédiatre à la maternité, pour sa gentillesse, Mme Hembert, conseillère en lactation, pour les échanges sur son métier. Je remercie aussi les APA du SSR (qui ne sont pas « des profs de sport ») pour m'avoir montré d'autres techniques que le soin au sens strict pour prendre en charge un patient : leur travail et l'ensemble du service pourraient faire l'objet à eux seuls d'un mémoire.

Plus largement, je remercie les IDE de chirurgie ambulatoire, le Dr Motta, Mme Bodart, les puéricultrices de la maternité, Mme Debyser, M. Yvart, les diététiciennes, les IDE du SSR, et les patients qui ont accepté avec un enthousiasme constant de répondre à mes (nombreuses) questions, de jouer le jeu de mes ateliers, et de savoir m'expliquer avec tact les besoins des patients de Calais.

Enfin, je remercie Frédéric Kletz, mon tuteur de mémoire des Mines de Paris, qui a su m'orienter à merveille tout au long de ce mémoire : ses conseils, toujours précis et bienvenus, sa méthode, rigoureuse, et sa vision du monde de la recherche m'ont ouvert l'esprit sur un univers passionnant qui m'a toujours intrigué.

Sommaire

Introduction	1
1 La mesure d'impact social : définition et enjeux au sein de la Fonction Publique Hospitalière.	7
1.1 Une méthode récente, aux multiples intérêts, malgré une absence de consensus scientifique sur son utilisation.	7
1.1.1 Une méthode qui s'est historiquement développée dans le milieu de l'ESS en France.	7
1.1.2 Une technique qui cache différentes méthodes et une absence de consensus.	8
1.1.3 La mesure d'impact social permet de prouver et d'améliorer son impact.	9
1.2 Mesurer l'impact social d'un hôpital public suppose dans un premier temps de connaître les besoins des patients.	10
1.2.1 Des travaux universitaires ont mis en évidence une série d'indicateurs qui mesurent le ressenti des patients.	10
1.2.2 Mise en œuvre des indicateurs PROMS et PREMS dans des hôpitaux étrangers et français.	12
1.2.3 Mise en perspective de ces recherches avec la mesure d'impact social dans les hôpitaux publics français.	14
1.3 L'hôpital public a un impact multidimensionnel qu'il convient de mesurer.	15
1.3.1 Le rôle et l'impact économique de l'hôpital public.	15
1.3.2 Le rôle et l'impact sociétal de l'hôpital public.	16
1.3.3 Le rôle et l'impact politique de l'hôpital public.	17
1.4 Conclusion de la première partie.	18
2 Le développement empirique d'une méthode et d'un référentiel grâce à trois études-terrain au CH de Calais	19
2.1 Le circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire : premier essai pour mesurer l'impact social au CH de Calais.	19
2.1.1 Les raisons de ce choix.	19
2.1.2 La mesure d'impact social du circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire.	20

2.1.3	Les enseignements de cette première mesure d'impact social.....	22
2.2	La prise en charge koala / kangourou et le programme d'ETP au SSR : proposition d'un référentiel et fiabilisation d'une méthode.	23
2.2.1	Proposition d'un référentiel répertoriant l'ensemble des impacts sociaux de l'hôpital public.....	23
2.2.2	Formalisation d'une méthode pour mesurer l'impact social à l'hôpital public.....	25
2.3	Les enseignements de la mesure d'impact social de trois projets-pilotes au CH de Calais.	29
2.4	Conclusion de la deuxième partie.....	33
3	Adopter la démarche de la mesure impact social dans les hôpitaux publics suppose un changement de paradigme au niveau national.	34
3.1	Propositions pour adopter la mesure d'impact social dans les hôpitaux publics.	34
3.1.1	Systématiser l'organisation d'ateliers pluridisciplinaires organisés par la Direction Qualité de l'établissement.	34
3.1.2	Formaliser des conventions tripartites pour produire des mesures d'impact social fiables.....	36
3.1.3	Créer un « bilan sociétal », pendant du bilan social.....	37
3.2	Propositions pour adopter la mesure d'impact social au niveau national et ainsi la pérenniser dans les établissements de santé.	38
3.2.1	Confier à la HAS la création d'un « référentiel d'impact social » commun à tous les établissements de santé.....	39
3.2.2	« Développer et diffuser des indicateurs de résultats des parcours de soins rapportés par pathologie » (Alain-Michel Ceretti).....	41
3.2.3	Vers une « certification de l'impact social » des établissements de santé. .	43
3.2.4	Faire d'un « financement à la performance sociétale » le pendant du financement à l'acte.	44
3.2.5	Un changement de paradigme latent qui ne se fera pas sans difficultés. ...	47
3.2.6	Conclusion de la troisième partie	48
	Conclusion	49
	Bibliographie	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ABUHB - Aneurin Bevan University Health Board
ANAP – Agence Nationale d’Appui à la Performance
ARS – Agence Régionale de Santé
ASCO – American Society of Clinical Oncology
CH – Centre Hospitalier
CHU – Centre Hospitalo-Universitaire
CNAM – Caisse Nationale de l’Assurance-Maladie
CNSA – Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie
COPIL – COmité de PIlotage
CREX – Comité de Retour d’EXperience
DGOS – Direction Générale de l’Offre de Soins
DREES - (Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques
EHLA – Equipe Hospitalière de Liaison en Addictologie
EMAS - Eco Management and Audit Scheme
ESPIC - Etablissements de Santé Privés d’Intérêt Collectif
ESS – Economie Sociale et Solidaire
ESSEC - École Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales
ETP – Education Thérapeutique du Patient
ETP – Equivalent Temps Plein
FHF – Fédération Hospitalière de France
FME – Femme-Mère-Enfant
GIIN – Global Impact Investing Network
HAS – Haute Autorité de Santé
HOOS - Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score
IADE – Infirmier Anesthésiste Diplômé d’Etat
ICHOM – International Consortium for Healthcare Outcomes Measurement
IDE – Infirmier Diplômé d’Etat
IFAQ – Incitation Financière pour l’Amélioration de la Qualité
IQSS – Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins
MIT – Massachusetts Institute of Technology
OCDE - Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ONDAM - Objectif National de Dépenses d’Assurance Maladie
ONG – Organisation Non-Gouvernementale
PDCA – Plan Do Check Act
PREM - Patient-Reported Experience Measures

PROM - Patient-Reported Outcomes Measures

QVT – Qualité de Vie au Travail

ROI – Return On Investment

SDU – Sustainable Development Unit

SROI – Social Return On Investment

SSR – Soins de Suite et de Réadaptation

T2A – Tarification A l'Activité

Introduction

« J'ai arrêté de fumer grâce au stage » ; « ça m'a sauvé la vie » ; « j'ai enfin compris pourquoi j'avais mal à la tête » ... Ces verbatims sont autant de témoignages de patients entendus au cours d'un atelier que j'ai organisé au CH de Calais pour mesurer l'impact social d'un programme d'ETP au SSR, réunissant des patients, des soignants (IDE, psychologue, diététiciennes), et des cadres.

J'ai été surpris, lors de mon stage hospitalier puis de mon stage de direction de la batterie d'indicateurs dont disposait l'hôpital public. Ces indicateurs sont de différentes natures. Certains sont financiers, comme le taux de marge brut, le déficit, le CREA de chaque pôle et de chaque service ... Essentiels à la gestion de l'hôpital, en tant qu'entreprise de service public, ils parlent pourtant peu aux soignants et aux médecins, voire même les crispent parfois.

D'autres indicateurs sont propres à la qualité et la sécurité des soins, ce qui est logique pour une organisation pilier du service public. Pourtant, ces indicateurs ont avant tout, comme le dit Pierre-Louis Bras¹ une « *existence administrative* ». C'est le cas par exemple, souvent cité au CH de Calais, de l'unique IQSS correspondant au thème « *Infections Associées aux Soins* » pour la campagne de recueil 2019, à savoir « *l'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (ICSHA 3)* »²

Que la consommation de SHA augmente pour que les soignants se lavent effectivement les mains ce qui réduit les infections nosocomiales, ou que la consommation de SHA augmente pour n'importe quelle autre utilisation – « *on pourrait le jeter par les fenêtres ou sur le parking* » - n'influence en aucun cas la rétribution qui récompense l'augmentation de la consommation de SHA, notamment, en partie, l'IFAQ. Or, l'important est bien que le nombre d'infections nosocomiales diminuent – c'est le *changement* attendu – et non que la consommation de SHA augmente – c'est le *résultat* observé.

¹ Bras Pierre-Louis, « Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ? », *Les Tribunes de la santé*, 2012/2 (n° 35), p. 29-41. DOI : 10.3917/seve.035.0029. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2012-2-page-29.htm>

² Publication de la HAS, « IQSS 2019 - IAS : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du thème « Infections Associées aux Soins », disponible à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2022303/fr/iqss-2019-ias-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-du-theme-infections-associees-aux-soins

Malgré la multitude d'indicateurs utilisés, aucun indicateur ne mesure le « *cri originel* »³, la raison d'être de l'hôpital, à savoir son utilité sociétale. Pour reprendre l'exemple des verbatims relevés pour le programme d'ETP au SSR, aucun indicateur ne mesure le « *nombre de vies sauvées* », ou « *le nombre de patients qui ont arrêté de fumer grâce au programme* ». Les indicateurs les plus fréquents concernent par exemple le type d'activités réalisées, le nombre de patients qui ont fini le programme, ou les informations fournies aux patients pendant le programme. Mais les indicateurs qui mesurent le changement apporté par le programme ne sont pas suivis, ni nécessairement recommandés⁴. Pourtant, si d'années en années le nombre de patients qui participent à un programme d'ETP au SSR augmente et qu'aucun d'entre eux ne refait du sport six mois après ou n'arrête de fumer après un problème cardiaque, le programme pourrait être considéré comme n'ayant pas d'impact. Mais il serait considéré, d'un point de vue des indicateurs existants actuellement, comme une réussite.

Or, l'enjeu de mesurer les changements produits par les hôpitaux, leur impact social, est essentiel à deux titres.

D'une part, une telle mesure permet aux hôpitaux publics de prouver leur impact. Cette démarche de valorisation est importante pour les financeurs. Par exemple, l'ARS sera plus enclin à financer un programme d'ETP qui apporte un changement chez les patients. Cette évaluation de l'impact social est aussi importante, voire indispensable, pour le personnel soignant, médical, administratif, technique, qui travaille à l'hôpital par vocation. Nul doute, par exemple, qu'une infirmière du centre de dépistage du CH de Calais sera davantage intéressée par le nombre d'adolescents qui déclarent se protéger sexuellement grâce à ses interventions dans les lycées plutôt que par le CREA du pôle réponse médico-urgente. Enfin, elle est essentielle aussi auprès des citoyens, des habitants du territoire, qui sont très attachés à leur hôpital. L'enquête réalisée par Kantar Public en 2017 montre que la santé publique est en tête des préoccupations des Français⁵, témoin d'un attachement au service public hospitalier, ce que corroborent les manifestations en cas de fermeture d'une maternité. Prouver aux citoyens que leur hôpital est un acteur utile socialement renforce le lien de confiance entre les deux parties.

D'autre part, une telle mesure permet aux hôpitaux d'améliorer leur impact. En effet, elle favorise la notion de changement, au détriment de la notion de résultat, ce qui est important

³ Expression utilisée par le blog Haatch, Mesure d'impact social, par où commencer ?, disponible à l'adresse suivante : <https://www.haatch.fr/blog/11/mesure-d-impact-social-par-ou-commencer>

⁴ Publication de la HAS, 2019, « Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient • Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes », page 7.

⁵ Kantar Public – baromètre annuel Paul Delouvrier, 2018, « Les services publics vus par les français et les usagers », page 1.

pour améliorer la qualité des soins comme le montre l'exemple de l'ETP du patient. De plus, elle peut améliorer les pratiques professionnelles. Au cours de mon stage hospitalier, une assistante sociale m'expliquait que tel patient, opéré en chirurgie, reviendrait dans tous les cas un mois plus tard par les urgences car il n'était pas capable de suivre le traitement proposé par le chirurgien, ni d'organiser autour de lui les soins à domicile. Sans comprendre comment vit le patient, quelle est alors l'utilité sociale de cette opération ?

La « *mesure d'impact social* » est une technique apparue dans les pays anglo-saxons, en particulier dans le secteur à but non-lucratif. En effet, elle part du postulat que l'énoncé de la mission sociale d'une organisation à but non-lucratif ne suffit pas, et que les philanthropes, plus puissants dans les pays anglo-saxons qu'en France, financent plus facilement les organisations qui prouvent leur impact social⁶.

Par exemple, l'ONG Ashoka, qui se définit comme « *une communauté d'innovateurs sociaux* », est considérée comme la 5^{ème} ONG la plus influente du monde⁷. Elle compte par exemple en France des entrepreneurs sociaux comme Marie Trelle-Kane, co-fondatrice d'Unis-Cité et pionnière du Service Civique Français, ou Nolwenn Febvre, IADE du CHU de Rennes et fondatrice des « P'tits Doudous ». Dans sa mesure d'impact social Ashoka montre que 72% des « Fellows » (les entrepreneurs qui appartiennent au réseau) considèrent qu'Ashoka a contribué au développement de leur activité cinq ans après leur élection, et 56% ont influencé la politique de leur pays.

Dans le domaine des politiques publiques, le thème de la « mesure d'impact social » a été introduit par Esther Duflo, chercheuse au MIT⁸. Elle montre notamment que les programmes d'aide au développement sont souvent fondés sur « *des lubies* » et non sur « *des preuves* », et qu'augmenter le ratio des politiques publiques qui se décident sur la base d'une mesure d'impact social de « *presque rien à une fraction même petite aurait un formidable impact sur la connaissance de ce qui fonctionne dans le développement* ». Elle a développé une méthode, appelée « *randomisation* », qui compare un groupe qui ne bénéficie pas d'une action – par exemple des enfants déscolarisés en Inde bénéficiant d'un seul « *enseignant informel* » - à un groupe similaire qui bénéficie de l'action – par exemple des enfants déscolarisés en Inde qui bénéficient d'un enseignant supplémentaire par rapport au premier groupe. La différence dans les effets entre les deux groupes témoigne

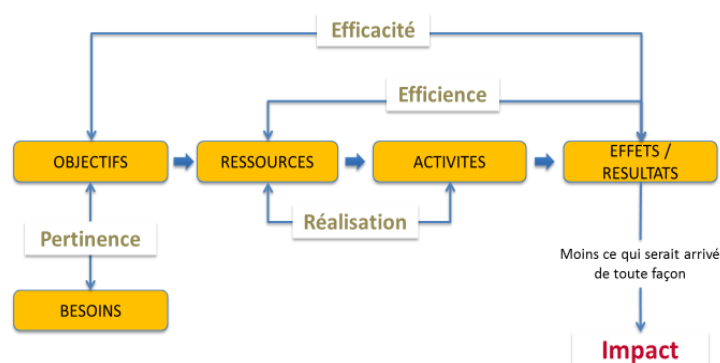
⁶ Territoires Innovants en Economie Sociale et Solidaire, 2018, « L'histoire de la mesure d'impact social », disponible sur le site : <https://www.tiess.ca/lhistoire-de-la-mesure-dimpact-social/>

⁷ NGO Advisor, 2018, disponible sur le site <https://www.ashoka.org/fr-FR/histoire/ashoka-5e-ong-la-plus-influente-au-monde-selon-ngo-advisor>

⁸ Duflo Esther, « Évaluer l'impact des programmes d'aide au développement : le rôle des évaluations par assignation aléatoire », *Revue d'économie du développement*, 2005/2 (Vol. 13), p. 185-226. DOI : 10.3917/edd.192.0185. URL : <https://www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2005-2-page-185.htm>

de l'impact net de l'action – par exemple une augmentation de l'assiduité des filles de 50% dans le groupe bénéficiant des deux enseignants.

La mesure d'impact social se définit comme « l'ensemble des changements positifs ou négatifs, attendus ou inattendus, et durables engendrés par les activités mises en place et attribuables à ces activités »⁹. Elle est très proche de la notion de changement et se distingue de celle de résultat. L'impact est alors le changement attribué à un résultat. Un schéma, présenté par le chercheur Julien Kleszczowski¹⁰ peut être utile pour résumer ce qu'est l'impact social :



Pour reprendre l'exemple du programme d'ETP au SSR, un résultat serait le nombre de participants au programme, et un des impacts serait le nombre de patients qui, non seulement ont arrêté de fumer, mais qui en plus l'ont fait grâce au programme uniquement.

La mesure d'impact social est donc une technique essentielle pour comprendre le fonctionnement de toute organisation à but non-lucratif qui affiche une mission sociale. Si elle est présente depuis quelques années dans le milieu de l'ESS en France, elle commence à faire son apparition dans le secteur public et dans les administrations. L'objectif de ce mémoire a été de comprendre comment la mesure d'impact social pouvait s'insérer dans la gestion courante d'un hôpital public, qui, selon moi, en plus d'être une « entreprise de service public » correspond bien à la définition d'une organisation à but non-lucratif s'affichant avec une mission sociale.

Cet objectif se décline en plusieurs sous-objectifs. Tout d'abord, l'un des impacts sociaux de l'hôpital est bien évidemment les soins prodigués aux patients. Les quatorze missions de service public, comme « *la permanence des soins* » ou « *les actions d'éducation et de*

⁹ Fondation REXEL et (IM)PROVE, Guide de la mesure d'impact social, 2015, disponible sur le site <https://www.rexelfoundation.com/fr/connaissances-et-savoirs/guide-pour-la-realisation-dune-etude-dimpact-et-dictionnaire-dindicateurs>

¹⁰ Kleszczowski Julien, 2016, « Education : quel retour sur investissement ? », page 17

prévention pour la santé et leur coordination », assurées par un hôpital, en témoignent¹¹. Dès lors, il sera intéressant de comprendre comment il est possible de mieux connaître le ressenti des patients, et d'y appliquer des indicateurs permettant de mesurer si les actions réalisées répondent bien à leurs besoins.

De plus, il convient d'envisager les impacts sociaux de l'hôpital d'une façon globale : ses impacts économiques (ex : le nombre d'emplois créés par l'hôpital qui n'auraient pas été pourvus sinon), ses impacts environnementaux (ex : les actions décidées par le directeur de la logistique qui permettent de réduire le gaspillage alimentaire), ses impacts sociétaux (ex : les patients considérant que leur hospitalisation leur permettra de retrouver un emploi), ses impacts technologiques (ex : les applications à la médecine qui n'auraient pas aboutis sans les travaux de tel CHU), etc. Ces impacts plus larges doivent également être mesurés pour que l'hôpital puisse « rendre compte » de la manière dont il parvient à mener à bien sa mission sociale.

Enfin, cet objectif met en lumière aussi la question des incitations à améliorer son impact social pour les hôpitaux publics, en particulier le rôle que peut jouer la certification ou le financement du système de santé dans la transformation des pratiques professionnelles, alors que la loi Ma Santé 2022 a été adoptée le 17 juillet 2019 et que le financement à l'acte est remis en cause.

La mesure d'impact social est une technique complexe, comme le montre l'exemple de la randomisation. Mais ne serait-ce que s'engager sur le chemin de la mesure d'impact social peut changer certaines postures, comme passer d'une notion de résultat à une notion de changement ou encore prendre en compte le patient dans sa globalité. C'est pourquoi il convient de se poser la question suivante :

Comment les hôpitaux publics peuvent-ils gérer leur activité sur la base d'un référentiel d'impact social commun composé d'indicateurs multidimensionnels ?

Ce mémoire s'inscrit dans la Direction Qualité du CH de Calais et, au niveau national, dans les travaux menés par la HAS. Pour analyser l'ensemble du sujet, le cadre du mémoire fait appel à plusieurs grilles de lecture.

Tout d'abord en mobilisant des exemples à l'étranger de systèmes de santé qui allient « *performance qualité* » et « *performance économique* » pour reprendre Pierre-Louis Bras. Ensuite, en réfléchissant à l'intérêt de la mesure d'impact social dans le système de santé

¹¹ Art L6112-1 du Code de la Santé Publique

français, et comment, d'un point de vue macroéconomique, il est possible de tendre vers un système qui valorise davantage les acteurs publics vertueux en matière d'impact social. Et, enfin, en mettant en place ce type de mesure au CH de Calais.

Le CH de Calais est un terrain d'application de cette méthode qui m'a semblé idéal. En effet, si l'impact social est inhérent au rôle de tout hôpital public, le CH de Calais a un rôle social essentiel du fait des indicateurs sociaux-économiques dégradés de son territoire¹² : l'espérance de vie y est deux à trois ans plus faible que la moyenne nationale, le taux de fécondité des femmes de moins de dix-huit ans est deux fois supérieur à la moyenne régionale et quatre fois supérieur à la moyenne nationale, les personnes bénéficiant d'une ALD sont plus élevées qu'en France, sans compter le volume de la population migrante qui évolue selon les vagues migratoires et qui vit dans des conditions extrêmement précaires : absence de logement décent, troubles psychiatriques, violences et accidents graves ...

De plus, j'ai eu la chance de bénéficier du soutien de la Directrice Générale et de la Directrice Qualité pour adapter les techniques de la mesure d'impact social au CH de Calais en mobilisant sur trois projets pilotes différents des patients, des soignants, des médecins, des membres de la direction. En effet, la méthode choisie a consisté à multiplier les phases d'immersion, les entretiens individuels, et les ateliers collectifs, pour cartographier et mesurer l'impact social de trois projets : le circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire, la prise en charge koala / kangourou en maternité, et le programme de réadaptation cardiaque au SSR.

Afin de présenter les résultats de ces immersions, ateliers, et d'une revue de littérature, il convient d'étudier successivement :

- I. La mesure d'impact social : définition et enjeux au sein de la Fonction Publique Hospitalière.
- II. Le développement empirique d'une méthode et d'un référentiel déployé sur trois études-terrain au CH de Calais.
- III. Adopter la démarche de « la mesure d'impact social » dans les établissements de santé suppose un changement de paradigme au niveau national.

¹² Projet d'établissement du CH de Calais, page 3.

1 La mesure d'impact social : définition et enjeux au sein de la Fonction Publique Hospitalière.

1.1 Une méthode récente, aux multiples intérêts, malgré une absence de consensus scientifique sur son utilisation.

1.1.1 Une méthode qui s'est historiquement développée dans le milieu de l'ESS en France.

Comme le mentionne le cabinet Haatch dans un article de février 2019, « *les Ashoka fellows le font depuis longtemps, les grandes écoles et universités en parlent de plus en plus, les grandes entreprises s'y mettent, le gouvernement en fait la publicité au travers de French Impact* »¹³ soulignant que l'ESS, au travers du réseau Ashoka, a été un secteur pionnier en France sur ce sujet et qu'il émerge actuellement dans le secteur public.

En effet, le cabinet de conseil en stratégie Mc Kinsey, en 2012, publiait un condensé de mesures d'impact social¹⁴, uniquement basées sur le cas des entreprises sociales, telle que le Groupe SOS dans le secteur de la santé¹⁵. Cette étude quantifie par exemple l'action solidaire du Groupe SOS. Elle montre qu'en augmentant d'à peine 1€ la subvention versée au Groupe SOS, qui héberge de façon temporaire des familles à un coût moindre qu'à l'hôtel, la collectivité pourrait économiser jusqu'à 47 millions d'euros. Il s'agit ici d'un exemple de l'intérêt de l'utilisation de la mesure d'impact social en amont de toute décision public.

La technique de la mesure d'impact social, au vu de cet intérêt, attire de plus en plus les gouvernements. De nombreuses initiatives vont dans ce sens. Au niveau mondial, en 2013, le G7 sous la présidence de la Grande-Bretagne a créé une « task force » destinée à proposer des recommandations afin d'inclure la démarche d'impact social en particulier dans le secteur financier de « l'impact investing »¹⁶. Au niveau européen, en 2015, l'OCDE et la Commission Européenne ont aussi rédigé un guide destiné étudier différentes méthodes de mesures d'impact social¹⁷. Enfin, la France, dans le cadre du lancement de

¹³ HAATCH, 26/02/2019, disponible sur le site <https://www.haatch.fr/blog/11/mesure-d-impact-social-par-ou-commencer>

¹⁴ Ashoka & Mc Kinsey, mars 2012, Etude d'impact de l'entrepreneuriat social

¹⁵ Idem, p.39

¹⁶ Sibille Hugues, septembre 2014, Comment et pourquoi favoriser des investissements à impact social ? Innover financièrement pour innover socialement ?

¹⁷ OCDE et Commission Européenne, 2015, « Synthèse sur la mesure de l'impact social des entreprises sociales »

« French Impact » en janvier 2018, insiste sur la nécessité d'évaluer l'impact social des initiatives soutenues.¹⁸

Ainsi, si cette technique s'est répandue dans le milieu de l'ESS en France depuis une dizaine d'années, elle pénètre petit à petit les institutions nationales, européennes et mondiales, sans toutefois que des mesures d'impact social ne soient systématisées pour l'heure par ces institutions.

1.1.2 Une technique qui cache différentes méthodes et une absence de consensus.

Cette méthode, ne dispose pas, pour le moment, de consensus scientifique sur son utilisation. En effet, comme la mesure d'impact social doit quantifier un lien direct entre une action sociale et le changement qu'elle apporte, de nombreux obstacles se dressent sur la route d'une mesure d'impact social idéale.

La causalité directe est délicate à établir entre une action et son changement, car un effet peut avoir une multitude de causes. Pour reprendre l'exemple de l'ETP au SSR, un patient qui arrête de fumer peut arrêter de fumer grâce au programme suivi, mais aussi grâce à l'utilisation d'une cigarette électronique ou grâce aux images sur les paquets de cigarettes.

De plus, mesurer l'impact social revient, parfois, à mesurer ce qui est invisible. Par exemple, qu'une jeune mère de famille déclare que la prise en charge koala / kangourou la rend plus autonome dans son rôle de mère est un effet intéressant, mais difficile à quantifier – bien plus qu'un résultat qui pourrait être le nombre de patientes hospitalisées à la maternité du CH de Calais sur un an.

Pourtant, différentes techniques existent. La méthode la plus poussée est celle décrite par Esther Duflo en introduction, qui consiste à comparer deux groupes, l'un profitant d'une politique et l'autre non. Mais pour éviter tout biais, un tirage au sort doit séparer un groupe entier en deux sous-groupes, l'un témoin et l'autre testé¹⁹ ... ce qui rend une utilisation pragmatique délicate.

L'ESSEC a développé la méthode du SROI. Cette méthode consiste à étudier le retour social sur investissement, sur le même modèle que le ROI. Par exemple, Passeport Avenir

¹⁸ « French Impact : Innover au service de l'intérêt général », 2015, disponible sur le site : <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/french-impact-innover-au-service-linteret-general>

¹⁹ Zamora Philippe, 2010, « Est-ce que ça marche ? Evaluation aléatoire d'un dispositif de formation des jeunes adultes », disponible sur le site : <http://ses.ens-lyon.fr/articles/est-ce-que-ca-marche-evaluation-aleatoire-d-un-dispositif-de-formation-des-jeunes-adultes--109514>

est une entreprise sociale qui accompagne des jeunes issus des quartiers défavorisés vers la réussite scolaire et professionnelle en leur proposant un tutorat adapté. En rapportant la valeur sociale créée (exemple : prix d'une heure de tutorat économisée à l'adolescent) au budget de l'association (exemple : subventions publiques, valorisation des heures de bénévolat des tuteurs), elle obtient le résultat de 2,8 : pour 1€ dépensé par Passeport Avenir, 2,8€ de valeur sociale sont créés²⁰. Un tel résultat, très parlant, comporte malgré tout des biais : le montant de la valeur sociale créée est par définition une approximation, car certains effets ne sont pas quantifiables, sans parler du fait qu'il peut être réducteur de rapporter systématiquement des effets sociaux à une valeur monétaire – dans un hôpital estimer qu'un euro de temps infirmier à la PASS permet de créer X € de valeur sociale pourrait crispier par exemple les assistantes sociales du service.

Enfin, le GIIN a développé IRIS²¹, un référentiel qui propose une banque de 559 indicateurs répartis par type d'activité (santé, environnement, éducation ...). Par exemple, pour la santé, cette organisation propose « *l'indicateur PI5060 – Patients ayant suivi leur traitement - ensemble des patients qui ont suivi l'ensemble des recommandations cliniques tout au long d'une période donnée* ». Cependant, ce référentiel, s'il a le mérite de fournir des indicateurs précis, n'offre pas une méthodologie pour mesurer les impacts. Ici, comment un hôpital peut-il quantifier le nombre de patients qui ont effectivement suivi les recommandations cliniques tout au long de leur traitement ? La question est très complexe.

Ainsi, aucune méthode – randomisation, SROI, IRIS, sans parler des questionnaires avant / après ou des auto-évaluations a posteriori – n'est parfaite, car elles semblent trop éloignées du terrain ou trop pragmatiques pour être fiables.

Cependant, malgré cette absence de consensus scientifique, la mesure d'impact social conserve tout son intérêt.

1.1.3 La mesure d'impact social permet de prouver et d'améliorer son impact.

Comme il l'a été mentionné en introduction, le bénéfice de la mesure d'impact social est double. Elle permet de prouver son impact à ses partenaires, comme l'ARS, à son personnel, et aux citoyens dans le cas d'un service public, en mesurant la performance sociale d'un établissement.

²⁰ Passeport Avenir, « Le retour social sur investissement de Passeport Avenir », disponible sur le site <https://www.avise.org/articles/la-demarche-sroi>

²¹ IRIS System Standards, disponible sur le site <https://iris.thegiin.org/metrics/?search=&sortby=alphabetical>

Il permet aussi d'améliorer son impact. Passeport Avenir, au cours de sa mesure d'impact, a pu remarquer que les anciens élèves ayant bénéficié de l'accompagnement avaient un niveau d'adhésion très fort à l'association. Ils ont alors créé la communauté « Different Leaders » pour que les anciens participants puissent à leur tour s'investir dans le tutorat.

Enfin, ne serait-ce qu'en termes d'état d'esprit, la mesure d'impact social oblige les acteurs d'une organisation à but-non lucratif à s'orienter vers le changement, l'impact créé, plutôt que le résultat. Or « le focus client » et « l'importance de la qualité », sont deux des huit critères des « Magnet Hospitals »²², ces hôpitaux attractifs américains réputés pour leur qualité des soins et la qualité de leurs conditions de travail.

La mesure d'impact social est donc une technique complexe, mais utile à de nombreux égards, qui, si elle s'est développée dans le milieu de l'ESS, intéresse de plus en plus les pouvoirs publics.

Dès lors, il convient de comprendre comment cette méthode, héritée du secteur à but non-lucratif et anglo-saxon peut s'intégrer dans la spécificité de la gestion des hôpitaux publics.

1.2 Mesurer l'impact social d'un hôpital public suppose dans un premier temps de connaître les besoins des patients.

1.2.1 Des travaux universitaires ont mis en évidence une série d'indicateurs qui mesurent le ressenti des patients.

Le premier impact social de l'hôpital est l'amélioration de la qualité des soins, qui est la principale mission dévolue aux hôpitaux publics. Or, améliorer la qualité des soins suppose de bien comprendre ce que la prise en charge change pour le patient, et d'évaluer ses besoins.

A ce titre, M.Porter a introduit la notion de « *Value-Based Healthcare* ». Chercheur à Harvard, il a développé en particulier cette démarche qui vise à rapporter les résultats qui importent aux patients avec les coûts pour y parvenir afin de « *mieux soigner, à moindre coût, dans le respect des attentes du patient* ». Il a notamment co-fondé le laboratoire de recherche ICHOM qui reprend cette préconisation et la décline en indicateurs : les PROMS et les PREMS.

²² BRUNELLE Y, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner » Pratiques et Organisation des Soins volume 40 n° 1 / janvier-mars 2009

Les PROMS mesurent l'état de santé des patients, comme leur capacité à lire le journal après une opération de la cataracte. Les PREMS mesurent le ressenti des patients lors de son parcours de soins, comme le temps d'attente avant une consultation ou les rapports avec les soignants et l'équipe médicale²³. Lors d'une conférence réalisée à la HAS²⁴ en avril 2018, le laboratoire ICHOM soulignait les trois principes qui guident son action : créer des sets de standards simples, pouvoir les mettre en place facilement dans les hôpitaux, et réaliser un travail de benchmarking. En 2018, 23 sets de standards étaient développés, sur des pathologies comme le cancer du sein ou la dépression.

Ces sets de standards ont la particularité d'être révélateurs de la vie de tous les jours du patient, d'être courts (donc simples à remplir), et d'être minimaux, c'est-à-dire qu'ils intéressent aussi bien le patient que le médecin. Par exemple, le questionnaire HOOS, pour les opérations de la hanche, a développé cinq questions qui sont les suivantes :

Les questions suivantes concernent ce que vous êtes capable de faire. Au cours des huit derniers jours, quelle a été votre difficulté pour chacune des activités suivantes ?

1. Descendre les escaliers.	Absente	Légère	Modérée	Forte	Extrême
	☐	☐	☐	☐	☐
2. Entrer ou sortir d'une baignoire.	Absente	Légère	Modérée	Forte	Extrême
	☐	☐	☐	☐	☐
3. Rester assis(e).	Absente	Légère	Modérée	Forte	Extrême
	☐	☐	☐	☐	☐
4. Courir.	Absente	Légère	Modérée	Forte	Extrême
	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tourner, pivoter sur votre jambe	Absente	Légère	Modérée	Forte	Extrême
	☐	☐	☐	☐	☐

Les questionnaires PROMS et PREMS ont un double intérêt :

- Améliorer la communication entre le soignant et le médecin²⁵. Il a été prouvé que ces indicateurs facilitent les retours positifs des patients envers les médecins, la confiance entre les deux parties, et les possibilités de prendre des décisions partagées. De plus, les patients, en remplissant au fil du temps ce type de questionnaires, font gagner du

²³ 2018, Article « La révolution des PROMS, de PREMS... et de la santé : recueillir l'opinion des patients pour piloter le système de santé » disponible sur le site <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/proms-prems-sante>

²⁴ HAS, avril 2018, « Indicateurs de résultats qui importent aux patients », interventions d'Agnès Audier (BCG) et Léa Marais (ICHOM)

²⁵ Rotenstein L., Huckman R., Wagle N. Making Patients and Doctors Happier — The Potential of Patient-Reported Outcomes N Engl J Med 2017; 377:1211-1213 [September 28, 2017](https://doi.org/10.1056/NEJMp1708084) DOI: 10.1056/NEJMp1708084

temps aux médecins qui disposent d'informations plus précises en amont de leurs interventions.

- Améliorer la qualité des soins. Le Dr Basch, oncologue du Centre de lutte intégrée du cancer Lineberger de l'université de Caroline du Nord (Chapel Hill), a mis en place une plateforme en ligne qui permet aux patients en phase terminale de cancer d'exprimer leur ressenti. Ses résultats, présentés à l'ASCO²⁶, ont surpris : cinq mois peuvent être gagnés car les médecins adaptent leurs prises en charge au ressenti des patients, « *« cinq mois supplémentaires, c'est parfois plus que certaines molécules ! »* selon le Dr Basch.

Il est donc possible de mesurer facilement les besoins des patients, ce qui en retour améliore la qualité des soins, et donc l'impact social de l'hôpital, dont la mission première concerne les soins.

1.2.2 Mise en œuvre des indicateurs PROMS et PREMS dans des hôpitaux étrangers et français.

Il est important d'aller au-delà de la dimension théorique de ces indicateurs pour comprendre comment ils s'intègrent dans la vie des établissements. Pour ce faire, deux études de cas ont été choisies.

La première est présentée par le laboratoire ICHOM²⁷ et concerne l'ABUHB, un hôpital au Pays de Galles qui a souhaité introduire les indicateurs PROMS en commençant « petit », par l'application de ces indicateurs à la prise en charge de la maladie de Parkinson. Classiquement, la volonté de mettre en place ces indicateurs a fait face à une certaine résistance au changement. En effet, les équipes estimaient ne pas avoir assez le temps pour récolter des données supplémentaires, ou craignaient qu'un impact négatif ne ressorte des questionnaires.

Accompagné par les équipes d'ICHOM, le projet a été mené en trois étapes. Tout d'abord, un COPIL a été constitué, réunissant des médecins, les équipes qualité, des soignants ... et un chef de projet. Ensuite, ce COPIL a écrit un « *process mapping* » très détaillé, qui présente toutes les étapes vécues par le patient, de façon très structurée, de son admission à sa sortie. Cette étape a permis de mieux comprendre le parcours du patient, pour le fluidifier et savoir à quel moment précis le questionnaire pourrait être administré. Enfin, en

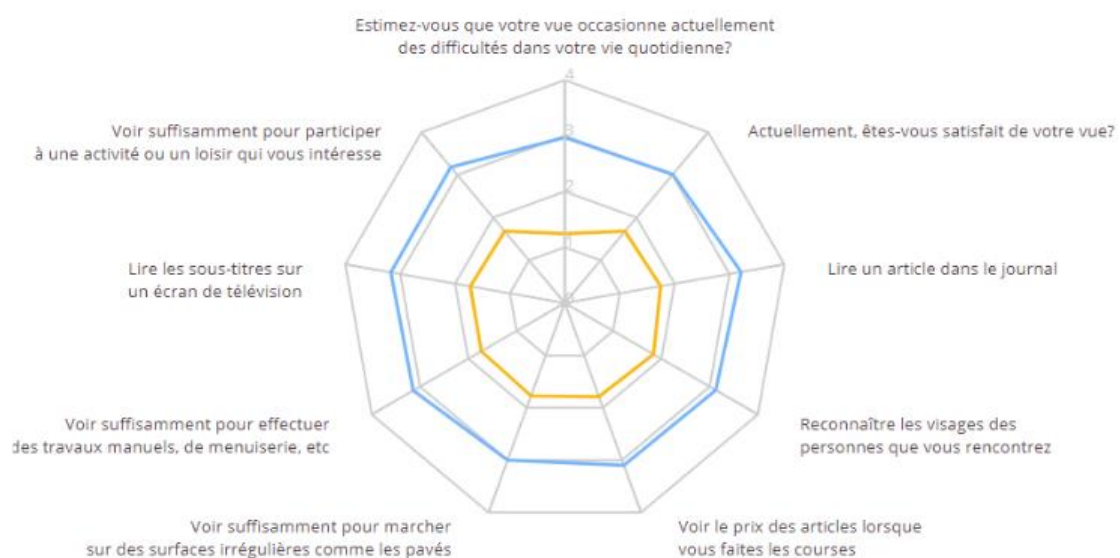
²⁶ Reportage de Sciences et Avenir, disponible sur le site https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cancer/asco-2017-une-application-web-permet-d-augmenter-l-esperance-de-vie_113557

²⁷ ICHOM, mars 2017, « Case study : Implementing ICHOM's standard sets of outcomes : Parkinson's disease at Aneurin Bevan University Health Board in South Wales, UK »

lien avec les équipes du service informatique, une application a été créée pour s'intégrer au système actuel. Cette application a été construite selon la méthodologie PDCA, pour que sa construction soit itérative et que l'application s'améliore de semaine en semaine, et que les patients remplissent au mieux le questionnaire.

Pour l'ABUHB, revoir ses indicateurs dans une volonté de comprendre les besoins des patients et d'améliorer une partie de son impact social a conduit à une formalisation et une amélioration de son parcours patient, pour créer une application qui en retour va permettre aux médecins de mieux soigner leurs patients conformément aux résultats présentés par la recherche universitaire.

La deuxième étude de cas concerne la France. Le groupe ELSAN a réalisé une expérimentation introduisant les indicateurs PROMS pour les opérations de la cataracte dans une clinique à Limoges et une clinique à Nantes²⁸. Présentée à la HAS, cette expérimentation est assez similaire avec celle de l'ABUHB, puisqu'elle consiste en la formalisation du parcours patient pour y déceler le moment opportun pour remplir un questionnaire, questionnaire rempli en ligne via une application numérique mise à disposition du patient. Les résultats sont très visuels, et très proches des besoins de tous les jours des patients, comme le montre le graphique suivant :



Figurent en jaune les résultats avant l'opération, et en bleu les résultats après l'opération. Par exemple, entre le moment avant l'opération et le moment après l'opération, l'item « voir

²⁸ Intervention à la conférence de la HAS du Pr Katz, 2018, « Comment recueillir les indicateurs de résultats patients: retour d'expérience sur la cataracte à Nantes et Limoges »

le prix des articles lorsque vous faites les courses » gagne un peu plus d'un point : c'est la valeur ajoutée du traitement.

Ces deux études de cas montrent que, malgré certaines résistances, il est possible d'intégrer dans la gestion des hôpitaux une mesure plus systématique des impacts des prises en charge, et que ces changements induits par l'hôpital correspondent bien aux besoins des patients.

1.2.3 Mise en perspective de ces recherches avec la mesure d'impact social dans les hôpitaux publics français.

Pierre-Louis Bras appelait de ses vœux en 2012 que la performance qualité soit placée au même niveau que la performance économique. Il évoque notamment les « *indicateurs de processus* », d'après l'appellation de la HAS, qui « *mesurent la qualité de la mise en œuvre d'une activité de soins ou du processus de prise en charge d'un patient* », ont parfois une « *existence administrative* ».

J'ai pu constater cette « existence administrative » lors de mon stage. En effet, ma mission principale était d'accompagner le laboratoire de biologie médicale dans sa restructuration. J'ai assisté à l'audit COFRAC du laboratoire, et, lors de cet audit, un écart a été mentionné : la technicienne en charge de la métrologie n'aurait pas fait sa formation. Cet écart a été levé par le chef de service qui a justifié cette formation en montrant aux auditeurs une feuille signée de sa main attestant de la formation de la technicienne. Cependant, à aucun moment les auditeurs n'ont évalué si la technicienne était réellement compétente pour assurer la métrologie, en lui posant quelques questions par exemple. Ce cas est selon moi révélateur de l'utilisation d'un indicateur de processus – ici qui mesure si le personnel a suivi la formation – plutôt que d'un indicateur de résultat – qui mesurerait si le personnel a bien les compétences requises.

Pour reprendre Pierre-Louis Bras, placer au même niveau performance qualité et performance économique reviendrait à mesurer le changement des prises en charge pour que les indicateurs n'aient pas qu'une existence administrative, mais qu'ils participent à une amélioration effective de la qualité des soins, condition essentielle à l'amélioration de l'impact social de l'hôpital dont la première mission est le soin.

De plus, un entretien a été réalisé pour ce mémoire avec le Dr Grenier, directrice de l'amélioration et de la qualité des soins de la HAS. C'est en lui présentant la démarche de

la mesure d'impact social qu'elle m'a conseillé de regarder les indicateurs qui mesurent la santé dans son acception la plus large, et pas seulement mesurer le soin au sens strict, qui est, aujourd'hui, la mission de la HAS. Dès lors, la mesure d'impact social permet de prendre du recul, et de ne pas mesurer seulement le taux de complication après une opération de la cataracte, ce qui est extrêmement utile, mais aussi de mesurer si le patient est capable de reconnaître les visages des personnes qu'il rencontre ou de lire les sous-titres à la télévision.

Ainsi, mesurer l'impact social de l'hôpital c'est commencer par mesurer comment l'hôpital améliore la santé de ses patients, et pas seulement les soins qu'il apporte, et que cette mesure prenne en compte ce qui importe le plus aux patients pour s'assurer que les prises en charge apportent un changement effectif et positif dans la vie de tous les jours des patients. Cependant, l'impact social de l'hôpital public ne se résume pas uniquement à sa dimension curative.

1.3 L'hôpital public a un impact multidimensionnel qu'il convient de mesurer.

L'élargissement de la mesure d'impact social à d'autres champs que le curatif permet de s'interroger sur le rôle de l'hôpital public, sur sa « mission sociale » pour reprendre le jargon des mesures d'impact social dans l'ESS. Ce rôle peut s'envisager de trois façons différentes.

1.3.1 Le rôle et l'impact économique de l'hôpital public.

L'hôpital public est souvent considéré comme « une entreprise de service public » et comme le premier employeur de la ville. Il a donc un impact économique, que certains hôpitaux commencent à mesurer. C'est le cas par exemple du CHU de Limoges en 2014²⁹, qui a été accompagné par la CCI de Limoges et de la Haute-Vienne et distingue trois types d'impacts économiques.

Tout d'abord, un impact direct, qui se définit comme étant les dépenses effectuées directement par le CHU et les entreprises travaillant sur place. Ces dépenses comprennent par exemple la masse salariale, les achats et les investissements. Au total, l'impact économique direct du CHU de Limoges s'élève à 343.7 M € et 6 279 ETP.

²⁹ CHU de Limoges & CCI Limoges Haute-Vienne, 2014, « Etude d'impact économique et social du CHU de Limoges sur le Limousin ».

Ensuite, l'impact indirect, qui se définit comme l'effet d'attraction du CHU, et se caractérise par les dépenses effectuées par les parties prenantes qui ne viennent pas du Limousin : patients extérieurs à la région, internes qui viennent étudier, organisation de manifestations, déplacement des professionnels du CHU en dehors de la région ... L'impact indirect est chiffré à 5.6 M€ et 61 ETP.

Enfin, l'impact induit, qui se définit comme « l'impact de l'impact », les flux financiers générés par les bénéficiaires des actions du CHU, par exemple les consommations d'un soignant rémunéré par le CHU, ce qui suppose une analyse des modes de consommation et du tissu économique. Cette méthode applique un coefficient multiplicateur au total des dépenses directs et indirects. L'impact induit est chiffré à 558.9 M€ et 6 034 ETP.

Au total, l'impact économique du CHU de Limoges est de 908 M € et 12 374 ETP. Cette approche est intéressante car elle élargit l'impact social de l'hôpital à sa dimension économique et pas seulement curative. C'est une démarche qui se développe, comme en témoigne l'exemple de Valenciennes³⁰ qui a aussi calculé son impact économique en avril 2019.

1.3.2 Le rôle et l'impact sociétal de l'hôpital public.

L'hôpital public, en tant « qu'entreprise de service public » est un acteur majeur du service public français. Au-delà de ses dimensions curatives et économiques évoquées, il a aussi un rôle sociétal, qui est un rôle large, mais qu'il est possible de définir comme étant toutes les actions qui ont un impact sur les attentes actuelles de la société. Ce rôle peut s'illustrer par le biais de deux exemples.

Le premier exemple est celui de l'environnement, qui est un sujet d'actualité majeur. Les hôpitaux sont un levier important pour agir en faveur de l'environnement, au vu de leur consommation d'énergie, d'eau, des émissions de gaz à effet de serre ... Par exemple le CH de Calais consomme chaque mois 1 125 917 kw/h d'électricité, soit l'équivalent de plus de 500 000 ordinateurs allumés constamment³¹ ; chaque année, 230 000 tonnes de repas sont jetées par les hôpitaux en France. Les leviers sont donc importants. En 2011, le CH

³⁰ Hospimedia, 30/04/2018, « L'impact économique du CH de Valenciennes sur son territoire est estimé à 509,6 M€ »

³¹ EDF, « Que peut-on faire avec 1 kwh », disponible à l'adresse suivante : <https://www.edf.fr/groupe-edf/espaces-dedies/l-energie-de-a-a-z/tout-sur-l-energie/le-developpement-durable/que-peut-on-faire-avec-1-kwh>

de Valenciennes a commencé à structurer une démarche de développement durable, pour travailler un plan d'actions comprenant 5 leviers³² :

- Réduire, trier, et valoriser les déchets alimentaires.
- Lutter contre toute forme de gaspillage (eau, énergie, papier ...)
- Développer une démarche d'achat responsable et durable.
- Garantir un environnement adapté aux besoins des usagers et des professionnels médicaux, soignants, administratifs et logistiques.
- Inciter les comportements individuels citoyens (transport, tri des déchets ...)

Une démarche qui a prouvé son impact puisque le CH de Valenciennes est le plus important CH qui a obtenu le label EMAS (Système de Management Environnemental et d'Audit), un label reconnu au niveau européen et français.

Le second exemple est celui du CH de Thuir. Les préoccupations autour de l'égalité homme-femme sont très importantes aujourd'hui, *a fortiori* pour des employeurs publics. Par exemple la loi du 5 septembre 2018 oblige depuis le 1^{er} mars 2019 les entreprises de plus de 1000 salariés à publier 5 indicateurs, comme les écarts de salaire au même poste et au même âge³³. Le CH de Thuir a notamment mené des actions permettant aux femmes enceintes de concilier leur vie professionnelle et leur grossesse. Lors d'un entretien avec Mme Barre, directrice adjointe au CH de Thuir en charge du Développement Durable, des Achats, de la Logistique et de l'Immobilier dans le cadre d'un sujet de stage similaire mené avec la DRH du CH de Calais, Mme Barre m'expliquait que le CH de Thuir avait par exemple proposé des catalogues de missions temporaires pour les agents enceintes, ou leur proposait de travailler sur d'autres sites que celui de l'hôpital. Pour ses différentes actions en faveur de l'égalité homme-femme, le CH de Thuir est devenu le premier hôpital français à obtenir le label « égalité femme-homme » de l'Afnor.

Ces deux exemples montrent que le rôle de l'hôpital, en plus d'être curatif et économique, est aussi sociétal, au gré des enjeux soulevés par la société. Ce lien avec la société s'affirme dans un dernier rôle, le rôle politique.

1.3.3 Le rôle et l'impact politique de l'hôpital public.

Le terme politique s'entend ici au sens de « vie de la cité ». Les citoyens, qui habitent un territoire, sont très attachés à leur hôpital public. L'émergence des enjeux de la santé dans

³² CH de Valenciennes, 2016, « Déclaration environnementale du CHV », p.28

³³ Ministère du Travail, Publication du décret Index de l'égalité Femmes-Hommes, disponible à l'adresse suivante : <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/l-actualite-du-ministere/article/publication-du-decret-index-de-l-egalite-femmes-hommes>

le cadre du Grand Débat National le prouve. Selon un sondage Odoxa présenté à la Paris HealthCare Week en 2018³⁴, 94% des Français ont une bonne opinion des infirmières ; 8 Français sur 10 ont une bonne opinion des établissements de santé ; 65 % estiment que la notion d'équité doit l'emporter sur la notion de performance, ce qui est une singularité au niveau européen.

Ce dernier item témoigne de la volonté des français de comprendre à quel point les hôpitaux publics favorisent un égal accès aux soins, qui passe par une bonne compréhension des besoins de français en matière de soins, et l'ensemble du sondage montre l'attachement des citoyens à l'hôpital public. Pour celui-ci, alors que le besoin de transparence est de plus en plus fort, prouver son impact social est donc essentiel pour tisser un lien de confiance avec les habitants de son territoire.

1.4 Conclusion de la première partie.

La mesure d'impact social est une technique héritée du milieu de l'ESS. Elle se décline dans les politiques publiques, comme le montre Esther Duflo, car elle permet de prouver et d'améliorer l'impact des acteurs publics. Elle suppose alors un changement de méthode, en se concentrant davantage sur les changements apportés par les solutions du secteur public que sur ses résultats.

Dans le secteur de la santé, la mesure d'impact social trouve un écho particulier dans l'évaluation des besoins des patients, ce qui constitue le point de départ d'une amélioration de la qualité des soins qui est encore peu explorée. De façon plus large, elle permet d'envisager l'hôpital dans sa dimension économique, sociétale et politique et de rendre compte, auprès des financeurs, du personnel ou des citoyens de l'impact d'un des services publics auxquels les français sont le plus attaché.

Si des exemples d'hôpitaux, à l'étranger et en France, ont su mettre en place des indicateurs qui correspondent à une partie de l'impact social (comme le CHU de Limoges pour la dimension économique, le CH de Valenciennes via le label EMSA ou les cliniques Elsan pour la qualité des soins sur la cataracte), aucun hôpital ne mesure l'ensemble des impacts sociaux qu'il génère. D'où une volonté d'expérimenter une méthode et un référentiel qui permettrait de mesurer systématiquement l'ensemble des impacts sociaux d'un hôpital public, en développant ces outils au travers de trois projets pilote du CH de Calais.

³⁴ Odoxa, Mai 2018, « Regards des Français et des Européens sur l'hôpital et la santé aujourd'hui et attentes pour l'avenir ».

2 Le développement empirique d'une méthode et d'un référentiel grâce à trois études-terrain au CH de Calais

J'ai eu la chance de bénéficier de l'accord de la Directrice Générale du CH de Calais, Mme Hennion, pour expérimenter au sein de l'hôpital la technique de la mesure d'impact social, et comprendre comment elle pouvait s'insérer dans le fonctionnement de l'hôpital. Du premier projet, sur le circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire, au troisième projet, sur un programme de réadaptation cardiaque au SSR, je me suis attaché à valider avant tout une méthode et un référentiel qui pourraient être communs aux hôpitaux publics, plutôt que sur les résultats en tant que tel de chacune des mesures d'impact menés.

2.1 Le circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire : premier essai pour mesurer l'impact social au CH de Calais.

2.1.1 Les raisons de ce choix.

Julien Kleszczowski³⁵, auteur d'une thèse sur la mesure d'impact social appliquée aux organisations à but non-lucratif (ici les Apprentis d'Auteuil) propose une méthode à suivre en amont de toute mesure d'impact social.

Il insiste notamment sur le fait que pour être mesurée, une action doit exister, elle doit être déjà relativement mature, et être dans de bonnes dispositions, notamment bénéficier de ressources ou ne pas être dans une phase qui ne permette pas une mesure d'impact (comme une réorganisation de service par exemple).

En plus de ce cadre, pour ma part, j'ai souhaité que le premier projet à mesurer au sein du CH de Calais soit une thérapie non-médicamenteuse, un soin quasiment invisible. En effet, certains services sont déjà très mesurés, soit au niveau de la qualité des soins, soit au niveau financier via la T2A. C'est le cas par exemple de la pose de prothèse de hanche en traumatologie.³⁶

Je souhaitais donc travailler dans un premier temps sur un projet dont les effets ne sont ni quantifiés en termes de soins, ni en termes d'impact financier, afin de montrer que certaines thérapies non-médicamenteuses dépendent de l'initiative de certaines équipes, ont un

³⁵ Kleszczowski Julien, 2016, « Education : quel retour sur investissement ? », pages 55-62

³⁶ Huber J, Krummenauer F, Husson J-L, 2010, Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Volume 96, n° 4S pages 37-40 (juin 2010) Doi : 10.1016/j.rcot.2010.03.031

impact en termes de qualité des soins ou d'impacts sociaux, mais ne sont pas tarifiés, donc pas forcément viables sur le long terme.

En lien avec la Directrice Qualité du CH de Calais, et après avoir établi un protocole, mon choix s'est porté sur le circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire : ce projet avait été lancé en juin 2018, donc il était mature mais ses effets n'étaient pas connus. De plus, cette prise en charge a comme objectif de réduire l'angoisse des patients et a des effets supposés sur la qualité des soins, comme un meilleur réveil des patients anesthésiés, sans que cet impact sur les soins ne soit tarifié.

Après avoir choisi ce projet au mois de février, j'ai pu m'entretenir avec l'auteur de la thèse, Julien Kleszczowski le 26 février qui m'a conseillé, dans le cadre de mon mémoire, de me concentrer sur la méthode de la mesure d'impact social, en se focalisant sur la phase de la cartographie de l'impact social. Selon lui, « *c'est le processus même qui génèrera du sens pour votre démarche* »³⁷ et trop peu de temps est passé sur la cartographie des impacts alors même que cette cartographie est essentielle.

2.1.2 La mesure d'impact social du circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire.

La première phase de la méthode a donc été la cartographie des impacts sociaux en chirurgie ambulatoire. Pour ce faire, j'ai suivi dans un premier temps pendant deux fois deux heures fin février l'Aide-Soignante qui descend les patients debout au bloc opératoire, pour me familiariser avec le circuit. Puis j'ai réalisé une série d'entretiens :

- Cinq soignants qui sont parties prenantes au circuit du bloc opératoire (Aide-Soignante qui vient chercher les patients, IDE en salle de réveil, IDE d'ambulatoire ...) dans le courant du mois de mars.
- Quatre patients, le 22 mars, une fois qu'ils étaient remontés du bloc opératoire, pour comprendre comment ils avaient vécu cette nouvelle prise en charge et ce qu'ils en pensaient.
- Le médecin anesthésiste porteur du projet, le 25 avril, pour comprendre l'impact de descendre debout au bloc opératoire sur la technique d'anesthésie ou sur le réveil post-opératoire.

Ces entretiens individuels étaient composés de questions larges, destinés à « faire parler » mes interlocuteurs sur ce sujet. La synthèse de ces entretiens m'a permis de dégager quelques impacts que je souhaitais mesurer : en descendant debout au bloc opératoire, le

³⁷ Entretien téléphonique le 26 février 2019

patient ne se sent pas « malade » alors qu'en descendant en brancard, même pour une opération bénigne comme une opération des dents de sagesse, il avait davantage l'impression d'être hospitalisé. Il est possible aussi de citer la suppression de la pré-médication comme une économie pour l'hôpital ou le fait que le patient est davantage acteur de sa prise en charge ...

De ces impacts, j'en ai déduit un questionnaire (cf. Annexes) composé uniquement de questions destinées à s'autoévaluer a posteriori. Par exemple, pour évaluer si oui non le patient est davantage acteur de sa prise en charge, la question était :

*Sur une échelle de 1 à 5, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la phrase suivante :
"En descendant debout au bloc opératoire, je me sens acteur de mon hospitalisation"*

Ce questionnaire a aussi été décliné pour les soignants, afin d'évaluer comment ont changé leurs conditions de travail depuis la mise en place de ce projet, comme l'ambiance au travail ou le sens qu'ils trouvaient à leur métier.

L'échelle de 1 à 5 a été choisie selon le modèle de l'échelle de Likert, qui est adaptée aux questionnaires d'auto-évaluation a posteriori, l'existence d'une note pivot (ici 3) permettant d'éviter les biais que comporte une échelle composée d'un nombre pair de mesures, de 1 à 10 par exemple³⁸.

Pour s'intégrer au quotidien d'un directeur en poste, ce questionnaire a été créé par le service qualité pour être exploitable par le logiciel de l'hôpital, et il a été distribué durant tout le mois de mai par le biais des hôtesse du service. Au total, 65 patients ont répondu au questionnaire et les résultats m'ont été envoyés le 3 juin. Si cet échantillon est plutôt représentatif à l'échelle des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire au CH de Calais, il pourrait bien sûr être plus important, mais il livre tout de même des résultats pertinents qui aident à se projeter sur le rôle que pourrait jouer cette technique à l'hôpital.

Parmi, les résultats, ceux qui m'ont semblé être les plus intéressants sont les suivants :

- 50% des patients estiment que leur vie de tous les jours va s'améliorer grâce à la prise en charge du patient-debout.
- 55% ont été davantage acteur de leur hospitalisation que ce qu'ils pensaient.
- 75% ne se considèrent pas comme des personnes « malades » en descendant debout au bloc opératoire.

D'autres résultats sont en revanche plus négatifs et infirment certaines hypothèses :

- L'absence de prémédication ne fait pas gagner plus de 100€ à l'hôpital en six mois, car le prix de chacun des cachets (Atarax et Xanax) est très faible.

³⁸ Survey Monkey, « Qu'est ce qu'une échelle de Likert », disponible sur le site suivant : <https://fr.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>

- Pas de création nette d'emploi : les soignants qui travaillent pour le circuit du patient-debout déclarent tous qu'ils travailleraient tout de même à l'hôpital sans ce projet.
- Les soignants n'estiment pas que la mise en place du circuit du patient-debout a amélioré l'ambiance dans l'équipe (note de 2,33/5 en moyenne).
- L'auto-évaluation des phases de stress par les patients entre le fait de descendre debout au bloc opératoire, la salle d'attente du bloc opératoire, puis le transfert vers le bloc, montre un niveau de stress qui n'évolue pas.

Si l'on se fie à ces résultats, certains intérêts de la mesure d'impact social peuvent apparaître. Il est intéressant par exemple de communiquer aux soignants en charge de ce projet qu'ils rendent davantage acteur les patients de leur hospitalisation, alors qu'un des impacts envisagés, à savoir la réduction du stress, semble peu opérante, en tout cas tant que le patient continue d'attendre dans une salle d'attente et d'être transféré en brancard de la salle d'attente vers le bloc opératoire. La mesure d'impact social permettrait ici de mieux comprendre quels sont les impacts de la prise en charge, et donc d'agir en conséquence afin d'améliorer la prise en charge pour augmenter l'impact qui n'a pas été atteint.

Ce premier essai a permis de lancer la démarche, mais il comporte de nombreuses imperfections.

2.1.3 Les enseignements de cette première mesure d'impact social.

Comme il l'a été mentionné, il est nécessaire de se concentrer avant tout sur la méthode pour qu'elle soit applicable et répliquable à l'hôpital public. Or, la méthode présentée ici a présenté des écueils qui ont dû être corrigés pour la suite des expérimentations :

- La démarche d'entretiens individuels, si elle a permis d'échanger avec toutes les parties prenantes de la prise en charge est trop chronophage, car elle a impliqué la succession de 10 entretiens avec 10 personnes différentes, ce qui n'est pas possible pour un directeur en poste. D'où la nécessité de privilégier des ateliers collectifs.
- Les questions étaient uniquement centrées sur le circuit du patient-debout, ce qui ne permet pas de comparer différentes prises en charge entre elle. D'où la nécessité de créer un référentiel commun.
- Les résultats étaient trop centrés sur le soin, car c'est la focale avec laquelle les patients et les soignants ont abordé la thématique, ce qui répond à une première partie de l'impact social, mais pas à tout : y-a-t-il un impact économique, en permettant aux patients hospitalisés de retourner travailler ? Un impact sociétal, en améliorant la dignité des patients qui se sentent plus acteur de leur hospitalisation ? etc.

- La méthode est trop manuelle, ce qui ne permet pas d'augmenter la représentativité de la cartographie des impacts, ni la taille de l'échantillon : avec une application numérique, comme l'ont fait ABUHB ou les cliniques de Nantes et Limoges mentionnés précédemment, il aurait été possible d'interroger en amont davantage de patients et de soignants pour mieux cartographier les impacts sociaux, et en aval augmenter le taux de réponse au questionnaire.

C'est pourquoi le travail d'expérimentation a été poursuivi avec la prise en charge koala / kangourou, pour améliorer la méthode et concevoir un référentiel.

2.2 La prise en charge koala / kangourou et le programme d'ETP au SSR : proposition d'un référentiel et fiabilisation d'une méthode.

Pour corriger les écueils de la première mesure d'impact mené en chirurgie ambulatoire, sur les conseils de mon directeur de mémoire Frédéric Kletz, et des conseils informels de Julien Klecszowski, un référentiel qui reprendrait l'ensemble des impacts sociaux d'un hôpital public, pour l'utiliser comme fil rouge d'une méthode plus collective, a été travaillé. La prise en charge koala / kangourou est l'exemple qui sera le plus repris dans ce mémoire.

2.2.1 Proposition d'un référentiel répertoriant l'ensemble des impacts sociaux de l'hôpital public.

A la suite d'un rendez-vous avec Frédéric Kletz le 19 avril, il a été décidé de formaliser un référentiel qui aurait pour vocation de reprendre l'ensemble des impacts sociaux de l'hôpital, afin de pouvoir comparer les projets et les hôpitaux entre eux sous le prisme de l'impact social, et guider la cartographie des impacts sociaux pour que celle-ci soit la plus large possible et qu'elle ne se focalise pas seulement sur l'amélioration de la qualité des soins.

Créer un tel référentiel, seul, n'avait pas de sens. Comme le thème de la mesure d'impact social provient des pays anglo-saxons, il y avait de fortes chances que des organisations structurées aient déjà conçu des référentiels pertinents. C'est le cas du Sustainable Development Unit³⁹, qui a conçu le « Social Value Calculator » (Calculateur de Valeur Sociale). Le SDU est hébergé au sein de Cambridge. Il travaille pour le NHS afin de favoriser l'émergence d'un système de santé plus durable et le calculateur de valeur social a été conçu à la fois par des partenaires privés, publics, et des universités, ce qui assurait

³⁹ Social Value Calculator, disponible à l'adresse suivante : <https://www.sduhealth.org.uk/areas-of-focus/social-value/social-value-calculator.aspx>

une fiabilité certaine. De plus, un grand nombre d'études de cas témoignent de la confiance accordée par les hôpitaux anglais à ce type de mesures⁴⁰.

L'objectif du calculateur de valeur sociale est de « *permettre aux organisations de quantifier les bénéfices environnementaux et socio-économiques (valeur sociale) créés par leurs processus et leurs opérations* ». Cet objectif est très proche des objectifs d'une mesure d'impact social, aussi ce travail a été repris pour l'adapter à la réalité du système de santé français, conscient qu'il s'agit seulement d'une première étape, et que pour être parfaitement fiable, ce référentiel devrait être consolidé par des travaux d'experts pour être utilisable en France.

Le calculateur de valeur social (cf annexes) se décompose de la façon suivante :

- Il comporte 5 thèmes, comme par exemple le thème « *SOCIAL – Creating Healthier, more Sustainable, and more Resilient Places and Communities* ».
- Ces thèmes se déclinent en 31 objectifs. Par exemple, un des objectifs du thème précédent est « *People are supported to have control over their lives* ».
- Ces objectifs se déclinent eux-mêmes en 71 mesures. Par exemple, une des mesures de l'objectif précédent est « *Initiatives to promote independent living, particularly for people with long-term conditions i.e money advice, befriending schemes, practical healthy lifestyles advice, digital inclusion support* ».

Il s'agit donc dans cet exemple de mesurer les initiatives qui favorisent une certaine indépendance pour des personnes éprouvant des difficultés sociales (bénéficiant par exemple de conseils financiers), ce qui répond à un objectif de permettre aux citoyens d'avoir un meilleur contrôle sur leur vie, le tout répondant à un objectif social plus général. Un tel indicateur correspond par exemple au travail des assistantes sociales du CH de Calais.

Dès lors, un travail a été réalisé pour adapter ce tableau aux réalités du système de santé français (cf. Annexes). Le référentiel développé se décompose en :

- 5 thèmes. Exemple : ECONOMIE - Promouvoir une économie responsable et inclusive.
- Ces thèmes se déclinent en 20 objectifs. Par exemple, un des objectifs du thème précédent est « *Développer des partenariats avec le secteur non-lucratif* ».
- A chaque objectif correspond des cases vierges. Ces cases vierges seront complétées par projet selon les impacts cartographiés lors d'ateliers collectifs. Par exemple, concernant le thème et l'objectif précédemment cité, la cartographie du circuit du patient-debout a mis en exergue que les tenues commandées spécialement pour

⁴⁰ Site du SDU, disponible à l'adresse suivante : <https://www.sduhealth.org.uk/resources/case-studies.aspx>

permettre aux patients de descendre debout au bloc opératoire pourraient être commandés auprès d'un fournisseur local pour dynamiser le tissu économique du Calaisis.

L'objectif de laisser ces cases vierges est double :

- Savoir, pour chaque projet, à quels impacts sociaux il répond précisément. Par exemple le projet du patient-debout au bloc opératoire répond à l'objectif « Améliorer la vie de tous les jours de patients » du thème « SOCIÉTAL - Amélioration de la santé de la population grâce à la prévention » mais il ne répond pas à l'objectif « Maitriser la production de déchets » du thème « ENVIRONNEMENT – Protection de l'environnement ».
- Pour les projets qui répondent aux mêmes impacts sociaux, savoir quel projet répond le mieux à l'objectif. Par exemple, la cartographie de l'impact social de la prise en charge koala / kangourou a mis en exergue que cette prise en charge répondait aussi à l'objectif « Améliorer la vie de tous les jours des patients », tout comme le circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire.

Ce référentiel, expérimental, sert de fil rouge aux deux autres mesures d'impact social menées et de base à une méthode plus pragmatique que celle développée pour le circuit du patient-debout en ambulatoire.

2.2.2 Formalisation d'une méthode pour mesurer l'impact social à l'hôpital public.

Les deux grandes parties de la mesure d'impact social sont la cartographie des impacts et la récolte des données. A chacune de ces parties correspond une méthode qui doit être la plus facilement intégrable à la vie de l'hôpital. Cette méthode est présentée ici au travers de la mesure réalisée pour la prise en charge koala / kangourou.

De la même manière que le circuit du patient-debout en ambulatoire, le choix s'est porté sur le projet koala / kangourou qui est un « soin invisible », non-tarifé et un projet mature. Il a été choisi en concertation avec la Directrice Qualité du CH de Calais, et ce projet est d'autant plus intéressant que la maternité du CH de Calais est une maternité de niveau III.

La prise en charge koala / kangourou consiste à proposer aux mères un contact « peau-à-peau » avec leur bébé plutôt que celui-ci soit placé dans une couveuse. C'est une méthode initiée par Edgar Rey et Hector Martinez en 1978 en Colombie car la Colombie à ce moment-là manque d'incubateurs, et qui a été reprise dans de nombreux pays⁴¹. Les

⁴¹ Huraux-Rendu Christiane, Charpak Nathalie, « La méthode kangourou : pour la restauration d'un lien prématurément interrompu », dans : Michel Dugnat éd., *Bébés et cultures*. Toulouse, ERES, « Hors collection », 2008, p. 117-120. DOI : 10.3917/eres.dugna.2008.01.0117. URL : <https://www.cairn.info/bebes-et-cultures--9782749210131-page-117.htm>

nouveau-nés prématurés sont placés dans des chambres koala selon différents critères, comme le poids, et, si ces critères sont plus graves, en chambre kangourou. Plus largement, la démarche s'inscrit dans les préconisations du label IHAB⁴² pour lequel la maternité du CH de Calais souhaite candidater.

La cartographie de ce projet a commencé par une rencontre avec la Cadre Supérieure du Pôle Femme-Mère-Enfant du CH de Calais le 17 avril qui m'a présenté le projet et m'a montré son application dans une chambre de l'hôpital, alors que pour le projet du patient-debout au bloc opératoire la mesure avait commencé par deux immersions de deux heures.

Puis, le 6 juin, un atelier de 1h15 a été organisé. Il réunissait toutes les parties prenantes de cette prise en charge, à savoir : deux patients qui avaient récemment bénéficié de cette prise en charge, la conseillère en lactation du service, une puéricultrice, la pédiatre du service, la cadre supérieure du pôle FME, et la directrice qualité. La trame de l'atelier a été la suivante :

- « *Icebreaker* ». Cette technique consiste à proposer un jeu pour « briser la glace » entre les participants et semble d'autant plus nécessaire que les participants doivent se relâcher alors qu'ils s'inscrivent dans des rôles sociaux différents, entre la représentante de la direction, la pédiatre qui est la supérieure fonctionnelle des soignants du service, ou encore les patients qui peuvent être intimidés face au médecin qui les a fait accoucher. Ici, les participants se sont réunis par binôme. Chaque membre du binôme avait deux minutes pour se présenter à l'autre, avec interdiction d'évoquer sa vie professionnelle, pour que chacun évoque plutôt son lieu de naissance, ses passions ... Enfin, chaque personne présente à l'ensemble du groupe son interlocuteur lors d'un tour de table. Aucun des binômes ne se connaissait au préalable (la puéricultrice n'était pas avec sa pédiatre par exemple).
- Présentation de la mesure d'impact social via une vidéo de Lise Penillard, tirée du Mooc de Ticket for Change et d'HEC Paris « Devenir entrepreneur du changement »⁴³, en insistant bien sur la notion de changement plutôt que de résultat.
- Travail en deux sous-groupes, pour répondre à la question suivante : qu'est-ce que la prise en charge koala / kangourou a changé pour la patiente ? le bébé ? sa famille ? les soignants ? l'hôpital ?
- Pendant ce temps cinq *paper boards* ont été affichés avec sur chacun d'entre eux un thème du référentiel présenté précédemment et sa déclinaison en objectifs.

⁴² Site de l'IHAB, disponible à l'adresse suivante : <https://amis-des-bebes.fr/>

⁴³ Plateforme Coursera, MOOC « Devenir Entrepreneur du Changement », HEC Paris & Ticket for Change (2015), chapitre 6.4.1 « Mesurer l'impact social de son projet ».

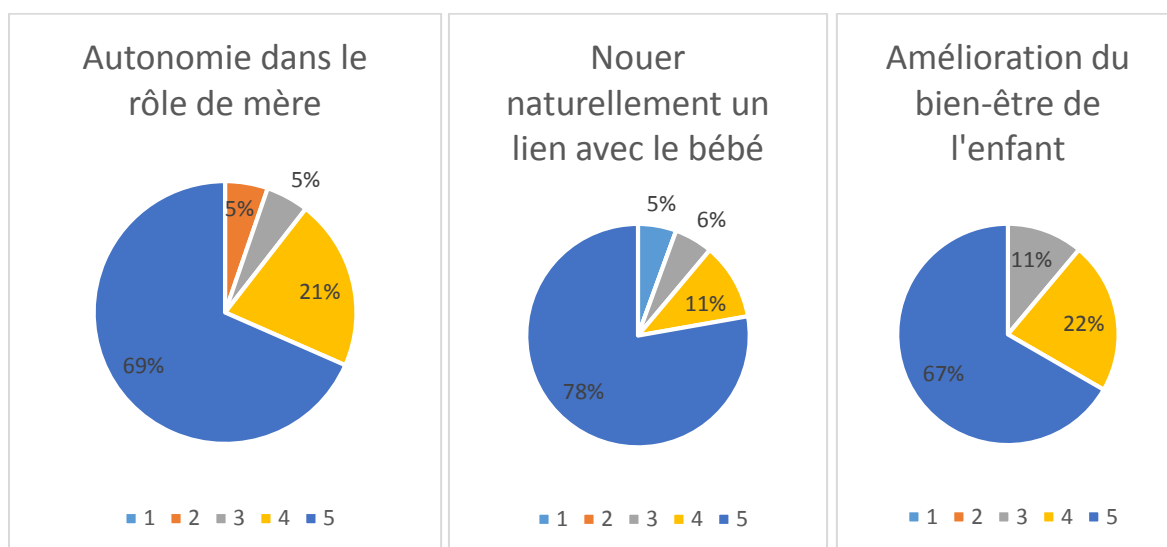
- Chaque sous-groupe a restitué des post-its présentant les changements qu'il a envisagé pour toutes les parties prenantes de la prise en charge. Ces post-its ont été classés par thème et objectif du référentiel.
- Puis l'ensemble des participants a rajouté des impacts qu'ils n'avaient pas anticipés en se concentrant successivement sur chaque thème et ses objectifs. Par exemple, même s'il peut paraître mineur, un impact soulevé a été, dans l'objectif « Améliorer l'efficacité énergétique » du thème « ENVIRONNEMENT - Protection de l'environnement » la réduction d'énergie en privilégiant dans de nombreuses chambres le peau-à-peau au moins 16h par jour plutôt que l'alimentation électrique des incubateurs.

Dès lors, en 1h15, plutôt qu'en dix entretiens successifs, l'ensemble des impacts sociaux de la prise en charge selon l'ensemble de ses parties prenantes a été obtenu, et, grâce à l'utilisation du référentiel, l'exhaustivité des impacts est assurée. Cette démarche est donc plus approfondie que celle testée avec le circuit du patient-debout, qui était chronophage et centrée sur le soin. De plus, l'organisation d'un atelier d'une heure et quart s'inscrit dans la vie de l'établissement et d'un directeur en poste, puisque je me suis appuyé sur la pédiatre pour joindre les deux patientes qu'elle m'avait conseillé pour cet atelier (l'une étant pour la prise en charge koala, l'autre pour la prise en charge kangourou).

La deuxième partie de la mesure d'impact social concerne la récolte des données. A partir de la cartographie travaillée dans l'atelier, une série de questions auto-évaluatives à administrer aux patients et aux soignants a été déduite (cf. Annexes). Ces questions sont de deux types, qu'il est possible d'illustrer avec l'impact suivant, remonté lors de l'atelier koala kangourou, à savoir « *autonomisation de la mère dans son rôle* » :

- Des questions larges, qui traduisent sous forme de questions l'atteinte ou non de l'un des 20 objectifs du référentiel. Par exemple, l'impact mentionné au-dessus est catégorisé dans l'objectif : « Rendre le patient acteur de ses soins et plus généralement de sa santé ». Une question générique est conçue : Dans quelle mesure l'hospitalisation au CH de Calais vous a – t-elle rendu actrice de vos soins et plus généralement de votre santé ? Si l'impact d'un autre projet correspond aussi à cet objectif, alors la même question sera posée, ce qui permettra de comparer les projets et les hôpitaux entre eux sur la base de ces 20 objectifs.
- Des questions spécifiques à la prise en charge koala / kangourou. Pour le même impact mentionné plus haut, une question spécifique est posée : Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou vous rend-elle davantage autonome dans votre rôle de mère ? Ce qui permettra de mesurer certains impacts précis de la prise en charge pour rendre compte au personnel, aux financeurs, communiquer sur les réseaux sociaux ...

Par le biais des hôtesse du service, le questionnaire a été distribué aux patientes des chambres kangourou et koala du 17 juin au 15 juillet. 21 d'entre elles ont répondu. Les résultats, s'ils sont peu représentatifs, mettent en exergue certains aspects spécifiques de la prise en charge koala / kangourou. Les trois plus importants sont :



89% des patients estiment que la prise en charge koala / kangourou les rend plus autonome dans leur rôle de mère ; 88% estiment que cette prise en charge leur a permis de nouer un lien naturel avec le bébé ; 88% estiment que la prise en charge améliore le bien-être de l'enfant.

Ces indicateurs permettent de se projeter dans l'intérêt que pourrait avoir une mesure d'impact social davantage construite. En effet, ils permettent de savoir quels impacts sont les plus importants. Par exemple, 72% des patientes estiment que la prise en charge les déculpabilise vis-à-vis de leur enfant, contre 89% qui estiment que la prise en charge les rend davantage autonome dans leur rôle de mère. Donc en termes de communication pour expliquer la prise en charge auprès des familles ou sur les réseaux sociaux, il vaut mieux insister sur l'autonomisation de la mère ou le bien-être de l'enfant, plutôt qu'une réduction du stress engendré par une forme de culpabilité.

De plus, ces résultats ont été restitués à la pédiatre du service, une gynécologue, 3 puéricultrices et la cadre du service le 18 juillet. Bien que ça ne soit pas quantifiable, les soignants étaient intéressés de savoir que leur prise en charge rendait les mères de famille plus autonomes, ce qui était leur objectif recherché. Elles ont conclu la restitution par « *on retourne courir, mais au moins on sait pourquoi on court* ». Par ailleurs, depuis l'atelier organisé, la pédiatre du service s'est inspirée de ce questionnaire pour en administrer un autre aux patientes du service et ainsi mesurer l'atteinte ou non des objectifs du service, avant éventuellement de changer leurs pratiques : elle s'est rendue compte lors de l'étude

que les patientes n'étaient pas toujours au courant qu'elles étaient prises en charge dans une chambre koala donc elle a enjoint les soignants à améliorer les communications et créer des affiches.

Cette communication et ces pratiques, à ma connaissance, n'existaient pas avant sa participation à la mesure d'impact social, qui a donc permis, toute proportion gardée, de modifier et d'améliorer certaines pratiques professionnelles en étant plus proche des besoins des patientes, et en permettant aux soignants de mieux comprendre le rôle de leur prise en charge.

La méthode présentée ici – entretien avec la cadre supérieure, atelier collectif, mesure a posteriori – a été répliquée pour l'évaluation d'un programme d'ETP du patient au SSR (réadaptation cardiaque) : la cadre supérieure a été rencontrée avec ses équipes le 28 mai, un atelier a été organisé avec 3 patients, le psychologue, la diététicienne, deux IDE et deux professeurs APA du service le 28 juin, pour une mesure d'impact lors de la dernière séance de trois programmes le 23 juillet. Cette troisième mesure a permis de fiabiliser le référentiel, tester à nouveau la méthode, et offrir un autre point de comparaison.

2.3 Les enseignements de la mesure d'impact social de trois projets-pilotes au CH de Calais.

Ces enseignements sont présentés selon trois modalités : au niveau de la méthode utilisée, au niveau des résultats, et au niveau de l'intégration dans la vie d'un directeur d'hôpital.

En ce qui concerne la méthode, différents éléments positifs ressortent de ces expérimentations. Tout d'abord, le fait de « briser la glace » a une importance dans l'organisation de l'atelier afin créer des liens entre les parties prenantes qui ne se connaissent pas, ne sont pas toutes à l'aise pour parler à l'oral, ou s'enferment dans des rôles sociaux. Le travail en sous-groupe permet aussi à chacun de mieux s'exprimer que par des tours de table.

De plus, les ateliers ont permis de regrouper ensemble des patients, des soignants, un médecin, et des représentants de la direction, ce qui est plutôt rare. Or, réunir dans le même pièce les parties prenantes d'une prise en charge permet à chacun de prendre du recul sur son activité et de mieux comprendre ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas. Par exemple les patientes de la prise en charge koala / kangourou ont verbalisé le fait que voir sans arrêt des puéricultrices venir dans leurs chambres, qu'elles n'avaient pas forcément identifié

comme des chambres koala / kangourou, les a inquiétées plus que rassurées, car elles pensaient que leur bébé avait un problème. La puéricultrice et la pédiatre ont alors compris l'importance de communiquer sur cette prise en charge auprès de leurs patientes, ce qui se retrouve dans le suivi des objectifs qu'elles ont formalisé lors de la restitution de l'étude.

Par ailleurs, l'utilisation du référentiel a été d'un précieux appui pour élargir les impacts des projets étudiés à des impacts sociétaux, économiques, environnementaux ou innovants, alors que dès le premier tour de travail en sous-groupe ce sont majoritairement des impacts en matière de soins qui ressortent de ces prises en charge. Systématiquement, le personnel s'est rendu compte de l'ensemble de l'impact qu'il pouvait avoir, et a souhaité conserver ce référentiel pour s'en servir sur d'autres projets. Qui plus est, chaque atelier s'est conclu par un tour de table visant à « critiquer » les thèmes et les objectifs choisis, afin d'avoir le retour de différentes personnes sur la pertinence de cette grille, ce qui a permis de l'enrichir. Au dernier atelier, sur la mesure du programme d'ETP au SSR, les personnes présentes avaient peu de retours, ce qui conduirait à penser que le référentiel pourrait se stabiliser.

Enfin, la restitution des résultats est importante, ne serait-ce que pour remercier les équipes de leur mobilisation et leur rendre compte de cet atelier un peu particulier. Mais elle permet aussi, au niveau du management, de faire prendre conscience aux équipes de l'ensemble des impacts qu'ils ont, de leur fournir des clés de lecture différentes des indicateurs classiques sur leur activité, et d'envisager avec eux la manière de poursuivre ce travail.

Bien sûr, la méthode est encore perfectible. Il y a notamment trop peu de patients à chacun des ateliers : deux pour la prise en charge koala / kangourou, trois pour l'ETP au SSR. Pour pérenniser la méthode, et pour que les impacts sociaux décrits soient plus représentatifs, il faudrait être capable d'organiser soit plus d'ateliers collectifs, soit de faire venir plus de patients à l'atelier. Des difficultés ont été éprouvées par ailleurs pour récolter les données, donc les échantillons sont peu représentatifs : un questionnaire papier a été administré par les hôtessees en même temps qu'un questionnaire de satisfaction, dont les résultats ont été saisis sur un fichier Excel. A terme, comme pour l'hôpital ABUHB ou les cliniques ELSAN de Nantes et Limoges, un support numérique serait plus pertinent pour augmenter le taux de réponse. Enfin, la méthode d'auto-évaluation a posteriori est la moins fiable des méthodes dans l'échelle des types de mesure d'impact.

Sans aller jusqu'à une randomisation, des questionnaires distribués avant la prise en charge puis après la prise en charge et enfin six mois à un an après permettraient d'obtenir des résultats plus fiables et de mieux envisager le changement apporté par la prise en charge. Par exemple, le 23 juillet, la fin du programme d'ETP au SSR a permis de distribuer

le questionnaire réalisé à une vingtaine de patients : les retours ont été très mauvais. En effet, les questions, larges, n'étaient pas toujours bien comprises par les patients. De plus, ceux-ci éprouvaient de réelles difficultés à noter et apporter une nuance entre 1 et 5 à ces questions destinées à évaluer une dimension qualitative. Ce projet aurait nécessité une évaluation au début puis à la fin du programme, voire aussi six mois après, avec quelques items tirés de la vie de tous les jours des patients. Les soignants du service m'ont orienté, à raison, vers l'échelle d'Epworth qui évalue de 1 à 5 des phrases comme « Je souffre de mon essoufflement » ou « Je suis somnolent dans la journée ».

Au niveau des résultats des mesures d'impact, cette expérimentation a permis également de mieux saisir l'intérêt que pourrait avoir ces mesures. Elles sont considérées dans ce mémoire comme des « prototypes d'une mesure d'impact social », dont l'intérêt est de se projeter dans l'intérêt et les limites de mesures d'impact plus abouties.

En interne, elles permettent un dialogue médico-administratif ou soignant-administratif sur la base d'indicateurs parlants. Il est plus facile de présenter l'activité de la maternité sur la base de l'autonomisation des patientes dans leur rôle de mère ou sur la base de l'amélioration du bien-être des bébés plutôt que sur la base d'indicateurs financiers, essentiels mais peu parlants, ou sur la base d'IQSS, utiles mais très axés sur le soin et sur le processus.

En interne, mais aussi en externe, elles permettent une comparaison entre projets et hôpitaux, grâce aux questions qui évaluent a posteriori l'atteinte d'un des vingt objectifs du référentiel. Par exemple, 50 % des patients qui sont descendus debout au bloc opératoire estiment que leur hospitalisation va améliorer leur vie de tous les jours, contre 78 % pour la prise en charge koala / kangourou. Dès lors, si, au niveau institutionnel, un objectif du projet d'établissement est d'améliorer avant tout la vie de tous les jours des patients une fois qu'ils seront sortis de l'hôpital, alors il vaut mieux miser sur le projet kangourou / koala que sur le patient-debout en chirurgie ambulatoire. Entre hôpitaux également, si l'objectif de financeurs comme l'Assurance-Maladie est que les hôpitaux publics améliorent la vie de tous les jours de patients, plutôt que, par exemple, favoriser le tissu économique des territoires autour des hôpitaux publics, alors les incitations financières ou autres devront se porter vers les hôpitaux qui ont les meilleurs scores en termes d'impact sur cet objectif précis.

Tout comme la méthode, les résultats présentent des limites. La première d'entre elle est, qu'à la différence des indicateurs PROMS ou PREMS, les besoins des patients ne sont pas connus de façon précise. Par exemple, la prise en charge koala / kangourou « rend plus

autonome les patientes dans leur rôle de mère ». Mais ce verbatim est encore trop large, et il aurait été intéressant de creuser ce qui dans le développement de cette autonomie est plus important pour elles : Est-ce qu'elles se sentent plus capables changer les couches de leur enfant ? Est-ce qu'elles sont plus en confiance pour allaiter ? Il aurait fallu que ces indicateurs soient plus représentatifs de la vie du patient, comme le sont les indicateurs PROM et PREM par exemple sur l'opération de la hanche, en évaluant si la patiente arrive à descendre les escaliers ou rester assis. Cette remarque vaut aussi pour le questionnaire d'impact distribué au service de SSR.

De plus, la mesure d'impact social a toujours été déclinée aussi pour les soignants, notamment pour mieux appréhender les objectifs du thème « EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL - Créer des emplois justes, stables, et accessibles à tous ». A chaque atelier les soignants ont fait remonter que ces nouvelles prises en charge leur donnait plus de sens dans leur travail, leur avait fait découvrir de nouvelles techniques de soins ... mais le manque de représentativité a empêché l'exploitation de ces questionnaires : seules deux soignants de la maternité ont répondu à l'enquête.

Par ailleurs, si la mesure d'impact social a pour vocation de mesurer des changements, au sens d'Esther Duflo, en l'absence de consensus sur sa méthode, il vaut mieux de façon pragmatique se concentrer dans un premier temps sur des résultats, pour comparer les établissements entre eux ou lancer la démarche en interne. Il existe trop de variables différentes (protocoles, délai de collecte, profil des patients ...) entre établissements pour les comparer sur une base aussi poussée que des changements nets : il est plus facile de savoir si une prise en charge rend davantage autonome une mère de famille (le résultat) que mesurer si c'est *uniquement* cette prise en charge qui la rend davantage autonome (le changement).

Enfin, faute de temps, tous les impacts sociaux n'ont pas pu être mesurés. Il aurait été intéressant de mesurer les économies d'énergie réalisées par le peau-à-peau plutôt que l'alimentation électrique des incubateurs ou les patients qui ont suivi le programme d'ETP au SSR qui ont pris une licence dans un club de sport du territoire, pour envisager, de façon plus exhaustive, les impacts économiques ou environnementaux de ces prises en charge.

Le troisième enseignement de ces expérimentations concerne leur inscription dans la vie d'un directeur d'hôpital. A titre personnel, ces expérimentations m'ont permis de progresser dans l'animation d'ateliers collectifs et dans ma façon d'engager le dialogue avec les médecins et les soignants.

Par ailleurs, ces expérimentations ont permis de comprendre qu'elles pouvaient s'insérer dans le quotidien d'un directeur en poste, qui serait un directeur de la qualité sur ce type de sujets. En effet, les rencontres avec les cadres supérieurs ont duré 30 minutes, l'atelier collectif 1h15, et l'administration des questionnaires passent par les hôtesse qui, dans tous les cas, administrent des questionnaires de satisfaction. Le tout est analysé via les outils dont dispose déjà l'hôpital.

Ces expérimentations ont été présentées au Directoire, le 17 juin, puis en Comité de Direction le 26 août. Le Comité de Direction a adopté deux mesures à la suite de cette présentation : soumettre chaque nouveau projet de l'hôpital au référentiel présenté en annexes, et compléter chaque nouveau projet par un indicateur de résultat. Ces mesures seront mises en œuvre concernant le développement de la filière de soins en addictologie voulue par le CH de Calais.

2.4 Conclusion de la deuxième partie

La succession de ces trois expérimentations, les conseils extérieurs de mon tuteur Frédéric Kletz et de l'auteur de la thèse sur l'impact social, Julien Kleszczowski, et les conseils en interne de la Directrice Qualité le Dr Caillon m'ont permis de grandement faire évoluer la méthode de la mesure d'impact social appliquée à un hôpital public. De longues phases d'immersions, d'une succession d'entretiens, et d'indicateurs spécifiques à une prise en charge, la méthode a évolué vers un court entretien avec les cadres supérieurs de pôle, un atelier collectif, et la création d'un référentiel adapté du système de santé anglais et qui s'est fiabilisé au fil du temps.

Le thème de la mesure d'impact social est donc capable de s'intégrer dans la vie d'un directeur en poste et dans la dynamique d'un hôpital public : elles sont d'autant moins chronophages qu'une méthode et un référentiel uniques pourraient être utilisés, elle a des enjeux de management fort, et suppose une animation dynamique d'ateliers qui font partis de la formation des directeurs d'hôpital.

Cependant, pour qu'elle soit pérennisée dans les hôpitaux publics, la mesure d'impact social suppose d'adopter une évolution au sein des établissements qui ne sera possible que par une évolution au niveau national.

3 Adopter la démarche de la mesure impact social dans les hôpitaux publics suppose un changement de paradigme au niveau national.

3.1 Propositions pour adopter la mesure d'impact social dans les hôpitaux publics.

Comme les trois expérimentations ont permis de le constater, la méthode est aussi importante que les résultats dans la mesure d'impact social. Celle-ci, qui peut s'intégrer dans le fonctionnement des hôpitaux et dans l'emploi du temps des directeurs, pourrait irriguer le fonctionnement des hôpitaux publics de trois façons différentes.

3.1.1 Systématiser l'organisation d'ateliers pluridisciplinaires organisés par la Direction Qualité de l'établissement.

Lors des expérimentations de la mesure d'impact social auprès de trois projets-pilotes du CH de Calais, l'organisation de ces ateliers a permis de réunir dans une même pièce toutes les parties prenantes d'une prise en charge. Ces ateliers favorisent la prise de recul des équipes dans leur prise en charge, à la manière des CREX, mais, ici, sans la survenue d'événements indésirables. Trois types de projets se prêtent à l'organisation de ces ateliers :

- Les nouveaux projets, lancés par des services ou des pôles, et qui structurent une nouvelle façon de prendre en charge le patient, comme c'est le cas au CH de Calais du patient-debout en ambulatoire ou de la prise en charge koala / kangourou en maternité.
- La formation des chefs de service et des chefs de pôle à leur fonction. Les praticiens qui occupent ces fonctions ont un rôle de management essentiel, et peuvent ainsi être un vecteur de changement dans les pratiques professionnelles, en ayant la légitimité pour insuffler une posture différente, pour peu qu'ils soient formés à la culture du changement inhérente à la mesure d'impact social. Par exemple, au CH de Calais, un organisme de formation doit former tous les chefs de pôle et de service au pilotage médico-économique. Si, pour reprendre Pierre-Louis Bras, la performance qualité devient l'égal de la performance économique, alors une telle formation doit aussi exister pour tous les chefs de pôle et de service.
- Les priorités institutionnelles, qui ont besoin, pour faire adhérer l'ensemble du personnel, d'indicateurs qui reflètent l'engagement des équipes soignantes et

médicales, en plus d'indicateurs financiers. Par exemple, la Directrice du CH de Calais souhaite développer la filière d'addictologie. Pour ce nouveau projet, structurant pour l'établissement, une mesure d'impact social construite entre patients, IDE de l'EHLA, addictologue, médecins généralistes de ville ... permettrait d'engager les équipes autour d'objectifs sociétaux communs.

De plus, certains projets, selon leur degré de priorité, pourraient être creusés, à la manière de la maladie de Parkinson pour l'ABUHB. En effet, l'atelier collectif pourrait être poursuivi sous forme de COPIL, qui ferait intervenir toutes les parties prenantes d'une prise en charge. Ce COPIL aurait pour objectif de formaliser un parcours patient extrêmement précis, pour y repérer les points de blocage et le fluidifier, avant d'y intégrer la réponse à un questionnaire. La réponse au questionnaire suppose un lien fort avec les équipes du service informatique, car les expérimentations ont montré les limites d'un questionnaire papier pour obtenir un taux de réponse satisfaisant, alors qu'à l'inverse l'exemple de l'ABUHB ou d'Erasmus Medical Center ont montré l'intérêt de la construction d'une solution numérique. Le CH de Calais, sur ce sujet, est porteur d'une plateforme régionale (Prédice), qui, à partir de 2020, permettra aux patients et aux médecins de consulter les résultats médicaux issus de différents établissements de santé et de la médecine de ville d'une seule et même personne sur une plateforme unique. A ce titre, des questionnaires de mesure d'impact social pourraient y être insérés.

A court terme, au-delà des intérêts managériaux ou d'évolutions des pratiques professionnelles que comporte l'engagement dans la mesure d'impact social, cette démarche pourrait permettre aux directions qualité d'être en phase avec les exigences de la certification V2020. En effet, le premier des impacts sociaux d'un hôpital public, évoqué avec les indicateurs PROM et PREM, est de mieux comprendre les besoins des patients en termes de soins pour y répondre de façon plus pertinente. D'une manière générale, la mesure d'impact social s'attache à comprendre les changements apportés par des prises en charge.

Or, ces notions seront présentes, voire même essentielles, dans la V2020 de la certification. En effet, la HAS a présenté les bases de la nouvelle version de la certification⁴⁴. L'une des trois orientations décidée est de « *passer d'une culture de moyen à une culture de résultat, pour mieux prendre en compte la pertinence des soins et renforcer le travail en équipe* ». Cette notion de changement apporté aux patients sera donc essentielle, comme l'a été l'introduction de l'indicateur « e-satis +48h MCO » en 2018. A terme, pour une V2024 ou

⁴⁴ HAS, 20 mai 2019, « Découvrir la V2020 », disponible sur le site : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/en/decouvrir-la-v2020

V2026, peut-être que les hôpitaux publics devront aussi prouver un impact social plus large que le curatif ?

Ces deux façons d'envisager la mesure d'impact social – le curatif et, dans un deuxième temps, un impact social plus exhaustif – doivent faire appel à des prestataires extérieurs si les hôpitaux publics souhaitent dépasser le stade de la méthode de la mesure d'impact social et que ces mesures produisent des résultats sur lesquels ils pourraient fonder une partie de leur stratégie.

3.1.2 Formaliser des conventions tripartites pour produire des mesures d'impact social fiables.

Passeport Avenir, dans son rapport de mesure d'impact social⁴⁵, précise que six mois ont été nécessaires pour la réaliser, mobilisant en interne deux ETP, un stagiaire, et l'accompagnement de certains professionnels de l'ESSEC spécialisés en mesure d'impact social. Il est donc illusoire que des hôpitaux publics, au vu du manque de personnel et de ressources financières, puissent internaliser cette compétence. C'est pourquoi signer des conventions tripartites entre un hôpital public, un financeur, et un prestataire extérieur pourrait soulever la limite des ressources financières des établissements.

En effet, les hôpitaux publics peuvent, dans le cadre d'appels à projet qu'ils remportent, obtenir un prix et, avec ce prix, externaliser la réalisation d'une prestation auprès d'un acteur extérieur. Par exemple, lors de mon stage extérieur chez OZ'IRIS Santé, une agence spécialisée dans la conception de parcours de santé centrés sur l'expérience-patient, l'entreprise a remporté un appel à projet de la CNSA qui finance des projets de « design social au service du handicap et de la perte d'autonomie »⁴⁶. OZ'IRIS a été financée par la CNSA pour réaliser un projet dans un établissement public : il s'agit là d'une convention tripartite. De même, dans le cadre de mon stage, j'ai travaillé sur la réponse à un appel à projet de l'ARS Hauts-de-France en matière de démocratie sanitaire pour lequel la Directrice du CH de Calais avait également cette orientation : remporter un prix pour financer une prestation extérieure qui réponde aux objectifs de l'appel à projet. Il s'agirait alors d'une convention tripartite entre le CH de Calais, l'ARS, et un prestataire extérieur.

⁴⁵ Passeport Avenir, « Le retour social sur investissement de Passeport Avenir », disponible sur le site <https://www.avise.org/articles/la-demarche-sroi>

⁴⁶ CNSA, 8 février 2019, « 16 projets de design social au service du handicap et de la perte d'autonomie financés par la CNSA », disponible sur le site : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/16-projets-de-design-social-au-service-du-handicap-et-de-la-perse-dautonomie-finances-par-la-cnsa>

Ce type de convention tripartite pourrait être utile pour la mesure d'impact social à deux niveaux.

Dans un premier temps, pour financer une prestation qui permettrait de mieux comprendre les besoins des patients et construire en retour des indicateurs révélateurs de la façon dont l'hôpital y répond, à la manière des indicateurs PROMS et PREMS et du premier champ de la mesure d'impact social évoqué précédemment. Dans ce cas, un prestataire extérieur pourrait être une entreprise spécialisée dans la compréhension de l'expérience-patient.

Dans un deuxième temps, ces conventions pourraient être utiles pour mieux comprendre l'impact social au sens développé dans ce mémoire, à savoir un impact exhaustif, à la fois économique, sociétal, environnemental ... Cette mesure s'appliquerait à des projets prioritaires d'un point de vue institutionnel comme pourrait l'être le développement de la filière d'addictologie au CH de Calais. Dans ce cas, un prestataire extérieur pourrait être une entreprise spécialisée dans la mesure d'impact social, d'autant plus que ce marché se développe.

La mesure d'impact social amène à l'hôpital des nouveaux types d'indicateurs dont l'un des intérêts est de rendre compte auprès de ses financeurs, auprès du personnel, ou auprès des citoyens du territoire, de l'impact de l'hôpital. Dès lors, il faut organiser de façon institutionnelle cette restitution.

3.1.3 Créer un « bilan sociétal », pendant du bilan social.

Le bilan social, telle qu'il existe aujourd'hui à l'hôpital public, récapitule auprès des instances le taux d'absentéisme du personnel, le nombre d'ETP par catégorie d'agents, la masse salariale ... Il s'agit d'un outil de gestion très utile aux Ressources Humaines.

Pour que les établissements s'engagent dans la voie de la mesure d'impact social, un « bilan sociétal » permettrait de rendre compte de l'impact d'un hôpital public. Il pourrait comporter sept chapitres :

- Un chapitre « curatif », qui montrerait, pour les prises en charge mesurées selon des indicateurs proches des besoins des patients, les résultats obtenus.
- Cinq chapitres, reprenant les cinq thèmes du référentiel développé. Par exemple il montrerait sur l'année l'ensemble des changements environnementaux induits par l'hôpital, ou l'ensemble des changements économiques.

- Un chapitre « comparaison interne et externe », qui préciserait les projets qui ont le plus fort impact social dans l'établissement, et, si un référentiel commun est adopté, comment se situe l'hôpital en question par rapport aux autres établissements.

Le « bilan sociétal » pourrait être présenté à différentes instances : le Conseil de Surveillance, pour rendre compte aux élus et aux représentants des usagers de l'impact de l'hôpital de leur ville, la CME, pour rendre compte des changements générés par les équipes médicales, le CTE / CHSCT pour rendre compte des changements apportés par les équipes soignantes, et la CDU, pour rendre compte des changements apportés aux patients.

La mesure d'impact social peut donc se développer dans les hôpitaux publics autour des trois propositions présentées ici. En systématisant des ateliers pluridisciplinaires pour exploiter l'intérêt managérial de la démarche de la mesure d'impact social, en signant des conventions tripartites pour externaliser la mesure d'impact social de projets institutionnels afin d'obtenir des résultats fiables, et en présentant le tout dans un bilan sociétal pour rendre compte de la mesure d'impact social auprès des acteurs qui participent au fonctionnement de l'hôpital, que ce soit en interne (personnel), ou en externe (représentants des usagers, élus ...).

Cependant, pour que l'utilisation des outils de la mesure d'impact social soit pérennisée, une impulsion au niveau national est nécessaire.

3.2 Propositions pour adopter la mesure d'impact social au niveau national et ainsi la pérenniser dans les établissements de santé.

Les autorités de régulation du système de santé ont une influence importante sur le fonctionnement des établissements de santé, comme en témoigne l'évolution des pratiques professionnelles depuis l'instauration de la certification.

Dès lors, quatre propositions peuvent être hiérarchisées pour orienter le fonctionnement du système de santé vers une prise en compte de l'impact social de ses acteurs :

- Les deux premières consistent à proposer une base pour adopter la mesure d'impact social au niveau national, à savoir la création d'un « référentiel d'impact social » commun à tous les hôpitaux, et des registres par pathologie construits autour d'indicateurs centrés sur les besoins des patients.
- Les deux autres propositions présentent deux incitations pour que les hôpitaux publics s'engagent dans la voie de la mesure d'impact social : une incitation non-financière

(« une certification d'impact social ») et une incitation financière (un « financement à la performance sociétale »).

3.2.1 Confier à la HAS la création d'un « référentiel d'impact social » commun à tous les établissements de santé.

L'objectif d'un « référentiel d'impact social » serait de cadrer les attendus de cette mesure et de comparer les établissements entre eux. La HAS a démontré au fil du temps son expertise pour créer des indicateurs, qui sont suivis par les établissements. Par exemple, au cours de mon stage au CH de Calais j'ai travaillé plusieurs mois à l'amélioration de la satisfaction des patients quant à leur repas, ce résultait faisant partie de l'indicateur « e-satis 48h+ MCO » qui conditionne en partie le montant de l'FAQ auquel l'établissement peut prétendre. La HAS détaille trois types d'indicateurs⁴⁷ :

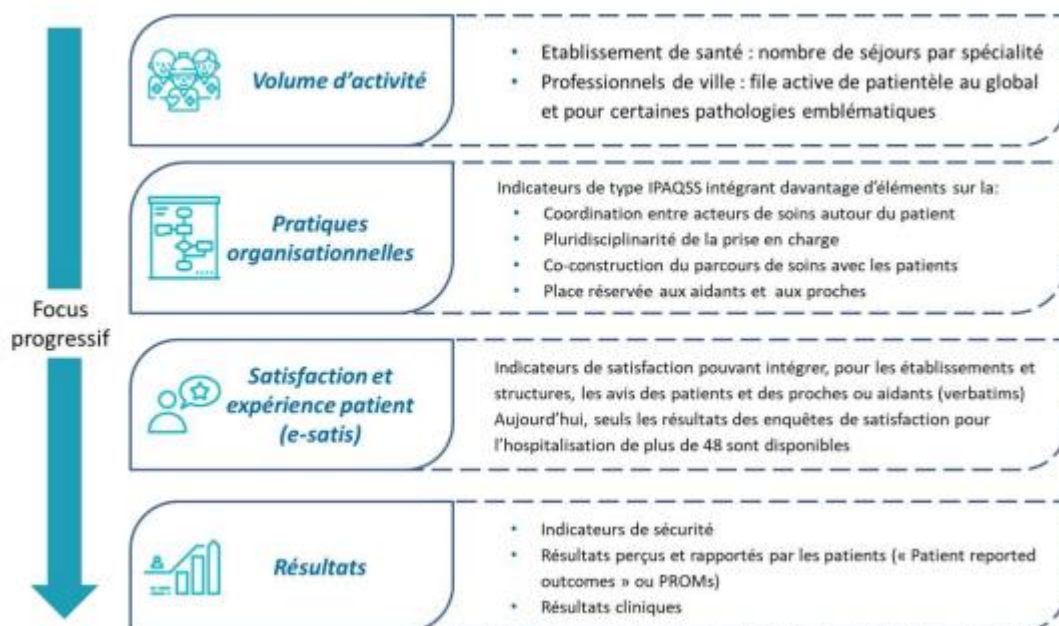
- Indicateurs de structure, qui mesurent la qualité de la gestion des ressources humaines ou financières nécessaires aux processus de soin.
- Indicateurs de processus, qui mesurent la qualité de la mise en œuvre d'une activité de soins.
- Indicateurs de résultats, qui mesurent directement, « *à l'issue de la mise en œuvre d'un processus de soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité, de satisfaction et de sécurité.* », tel que l'indicateur « e-satis 48h+ MCO ».

Or, les indicateurs de santé évoluent de plus en plus vers des indicateurs de résultat. Alain-Michel Ceretti, président de France Assos Santé, le montre dans le rapport « Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des pratiques et des organisations »⁴⁸, préfigurateur en partie à la loi Ma Santé 2022, en proposant un historique de l'évolution des indicateurs qui est le suivant :

⁴⁷ HAS, Janvier 2017, « Qu'est-ce qu'un Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins », disponible à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456631/fr/qu-est-ce-qu-un-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins

⁴⁸ « Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques », octobre 2018, p.21

Catégories de données mises à disposition pour chaque domaine de prise en charge



La France, via l'indicateur « e-satis 48h + MCO » serait donc entrée dans la troisième phase de cette historique, qui correspond bien à la définition des indicateurs de résultat donnée par la HAS. La HAS a donc toute la légitimité pour s'inscrire dans la création d'un référentiel d'impact social commun à tous les hôpitaux.

Pour ce faire, elle dispose d'une méthodologie qui a déjà fait ses preuves. Lors d'un entretien avec le Dr Grenier, celle-ci m'expliquait que la méthode de la HAS consistait, en résumé, à notamment analyser la littérature pour un sujet donné, à réunir un groupe d'experts dans chaque domaine et à mener des expérimentations en utilisant la science de la métrologie pour éliminer les biais et ainsi comparer les établissements entre eux.

Par exemple l'IFAQ a été construit selon cette méthodologie⁴⁹. Des experts de la DGOS, de l'ANAP, de la DREES, de l'ATIH ... ont été missionnés dès 2012, puis deux expérimentations se sont déroulées entre 2012 et 2015 dans respectivement 222 et 500 établissements, puis le dispositif a été généralisé en 2016. Il est donc possible qu'une méthodologie similaire soit appliquée par la HAS pour construire un référentiel d'impact social commun à tous les établissements.

Selon le cabinet spécialisé en mesure d'impact social (IM)PROVE, contacté dans le cadre de ce mémoire, la création d'un tel référentiel est possible pour peu qu'il mesure une « performance sociétale », un « résultat », au sens d'Alain-Michel Ceretti. En revanche, selon ce cabinet, un référentiel comparant les établissements entre eux sur la base d'un « changement » apporté par l'établissement, au sens d'Esther Duflo, est illusoire, car les

⁴⁹ HAS, 12 juillet 2018, « L'incitation Financière pour l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) », disponible à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_493937/fr/l-incitation-financiere-pour-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq

variables d'un établissement à l'autre sont trop différentes (caractérisation de la population, temps de récolte, protocole de récolte ...).

La HAS pourrait mobiliser des acteurs du secteur privé (par exemple des entreprises de l'ESS et des cabinets spécialisés en mesure d'impact social), des représentants de la société civile (par exemple des chercheurs en mesure d'impact social, les associations de patients ...), et des acteurs du secteur public (notamment des représentants de la DGOS, de la CNAM, de la FHF, de l'ATIH). Enfin, le référentiel pourrait être expérimenté pendant au moins un an, afin de récolter toutes les données d'un exercice, dans les hôpitaux volontaires, pour peu qu'ils soient représentatifs, entre privé, ESPIC, publics, et, dans le secteur public, CH, CHU ...

Ce référentiel d'impact social commun pourrait prendre la même forme que le Calculateur de Valeur Sociale développée par le NHS, et repris en partie pour les expérimentations menées au CH de Calais, en s'appuyant sur :

- Des grands thèmes, qui structurent les impacts sociaux des établissements de santé.
- Des objectifs, qui structurent ces thèmes.
- Des impacts généraux, qui structurent ces objectifs, et des impacts plus spécifiques, qui correspondent à des pathologies, en s'appuyant sur les sociétés savantes. Ces impacts seraient au sens de la HAS, d'(IM)PROVE, et d'Alain-Michel Ceretti, des indicateurs de résultats.

Le tableau utilisé dans ce mémoire n'est qu'une expérimentation et il va de soi qu'un groupe d'experts missionnés par la HAS qui piloterait une expérimentation dans de nombreux établissements de santé aboutirait à un référentiel bien plus construit et fiable que celui utilisé pour les expérimentations menées au CH de Calais.

Sur la base de ce référentiel développé par la HAS, des indicateurs communs pourraient donc être construits.

3.2.2 « Développer et diffuser des indicateurs de résultats des parcours de soins rapportés par pathologie » (Alain-Michel Ceretti).

Dans de nombreux pays il existe des registres qui, par pathologie, récoltent un certain nombre de données sur les patients, sur les établissements de santé, sur la qualité des soins ... En Suède⁵⁰, il existe 38 registres depuis le début des années 1990 qui répertorient

⁵⁰ « Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques », octobre 2018, p.24

des données socio-démographiques (stade initial de la maladie et comorbidité, âge, sexe, hygiène de vie ...), l'évaluation par le patient des soins apportés avant et après le traitement, et des données cliniques.

En France, hormis certaines initiatives, comme EPITHOR pour la chirurgie thoracique⁵¹, il n'existe pas de registre d'après le Pr Katz. Pourtant, la création de registres a un impact sur l'amélioration de la qualité des soins. En effet, quatre ans après la mise en place d'un registre sur le cancer colorectal aux Pays-Bas, la mortalité intra-hospitalière baissait de 43%. De la même façon, une revue publiée en 2017 montre que sur 17 registres mis en place, 16 ont témoigné d'une amélioration des processus et des résultats, même s'il existe encore peu d'études sur le sujet⁵². La mise en place de registres en France pourrait donc avoir un impact sur la qualité des soins.

Alain-Michel Ceretti appelle de ses vœux que ces registres soient constitués par des indicateurs de résultats à la manière des PROMS et des PREMS. La France pourrait alors s'appuyer sur les travaux de l'OCDE. En effet, l'OCDE travaille depuis janvier 2017 sur un projet appelé « PaRIS » qui vise à développer des indicateurs plus spécifiquement centrés sur le patient dans les systèmes de santé. L'OCDE a fait le constat que les indicateurs PROMS et PREMS ont été développés de façon hétérogène, parfois uniquement par pathologie, et souhaite donc développer des registres par pathologie qui utiliseraient de façon uniforme ces indicateurs⁵³. Deux types d'indicateurs seraient développés :

- Des indicateurs généraux, pour comparer les pays entre eux.
- Des indicateurs par pathologie, grâce aux travaux des sociétés savantes.

Ces travaux sont menés de concert avec ICHOM et sont en cours, car des premiers résultats doivent être présentés en novembre dans le Panorama de la santé de 2019.

Ainsi, la France aurait-elle un intérêt à structurer des registres par pathologie en utilisant les travaux existants pour uniformiser, au sein du référentiel d'impact social présenté précédemment, des indicateurs destinés à améliorer la qualité des soins et qui tiennent compte davantage du ressenti et de la vie de tous les jours des patients. De plus, cet enjeu répond à un enjeu de société, puisque *« 66% des patients ont le sentiment aujourd'hui qu'il est difficile d'obtenir des informations sur la qualité des soins dans les établissements de*

⁵¹ HAS, avril 2018, « Indicateurs de résultats qui importent aux patients », intervention du Pr Marcel Dahan, chef de service chirurgie thoracique du CHU de Toulouse.

⁵² Hoque DME, Kumari V, Hoque M, Ruseckaite R, Romero L, Evans SM. Impact of clinical registries on quality of patient care and clinical outcomes: A systematic review. PLoS One 2017;12(9):e0183667

⁵³ HAS, avril 2018, « Indicateurs de résultats qui importent aux patients », interventions de Francesca Colombo, cheffe de la division santé de l'OCDE.

santé » (malgré les progrès induits par Scope Santé) et « 91% jugent que la publication d'indicateurs serait une bonne chose ».⁵⁴

La construction d'un « référentiel d'impact social » et de registres posent les bases d'une façon différente de mesurer l'activité des établissements de santé. Pour que ces derniers s'en saisissent, ils pourraient alors bénéficier d'incitations. Dans un premier temps sera présentée une incitation non-financière, puis, dans un deuxième temps, une incitation financière. L'incitation non-financière porte sur les modalités de la certification des hôpitaux publics.

3.2.3 Vers une « certification de l'impact social » des établissements de santé.

La certification des établissements de santé évolue à chaque nouvelle version. Les travaux présentant la V2020, bien que le nouveau manuel de certification ne soit pas publié, évoquent la nécessité de prendre davantage en compte le ressenti du patient. Le foisonnement des initiatives concernant l'expérience-patient ou la démocratie sanitaire témoigne de cette évolution. Dès lors, deux évolutions pourraient être anticipées.

Une première évolution, dès la V2020, qui impliquerait une certification davantage centrée sur l'expérience-patient. En ce sens, la proposition précédente, ainsi que les travaux d'ICHOM ou de l'OCDE, permettraient aux hôpitaux publics de mieux se lancer vers cette démarche.

Une seconde évolution, pour la V2024 ou V2026, pourrait intégrer un impact social plus global sur la base du référentiel d'impact social présenté à la première proposition. Les établissements de santé seraient alors incités à améliorer non seulement la qualité de l'expérience-patient, mais, de façon plus globale, les changements économiques, sociétaux ou environnementaux qu'ils génèrent. Sur ce point, la V2014 pose déjà les bases de la prise en compte de ces enjeux plus larges, puisqu'elle comprend des critères comme « *l'engagement dans le développement durable* » (critère 1.b), ou encore « *les achats écoresponsables et approvisionnements* » (critère 6.f).

Or, la certification est un excellent levier pour améliorer les pratiques des établissements de santé. La communication et la transparence qu'elle impose responsabilise les hôpitaux pour s'engager le plus efficacement possible vers une amélioration de leur fonctionnement.

⁵⁴ Étude Kantar - Résultats d'enquêtes « Les Français, le système de santé et les indicateurs de qualité des soins » pour l'Institut Montaigne, mars 2019.

Ce levier ne permet pas en revanche une concurrence entre hôpitaux. En effet, le CH de Calais, pourtant certifié A, ne bénéficie pas de plus d'activité que le CH de Boulogne-sur-Mer, certifié B, car les patients, comme le note Pierre-Louis Bras, continuent d'effectuer leurs choix selon la proximité géographique ou leur ressenti personnel, et non sur la notation de la certification. Un article anglais corrobore ce postulat, montrant que la certification n'a pas d'impact sur le choix d'un établissement plutôt qu'un autre⁵⁵.

En revanche, le simple fait de publier les résultats, et de devoir communiquer dessus, améliorent les pratiques professionnelles, du fait du souci de transparence, car les établissements souhaitent avoir la meilleure note possible⁵⁶. De façon plus coercitive, mais toujours non-financière, l'Institut Montaigne, en février 2019, propose de relier les autorisations de soins à des indicateurs de résultats, en commençant par « *les indicateurs de résultats les plus proches de la sécurité des soins comme par exemple le taux de mortalité ou le taux de ré-hospitalisations* ». À terme indique le rapport, « *l'ensemble des indicateurs de résultats sélectionnés pourraient faire l'objet d'un seuil minimum, en jeu dans l'autorisation d'une activité de soins* ».⁵⁷

Dès lors, lier la qualité des soins du point de vue du patient et les impacts sociaux globaux des établissements de santé à la certification permettrait, dès 2020, d'inciter les établissements de santé à s'orienter vers un impact social plus fort. Des incitations financières, alors que le financement à l'activité passera en 2022 à 50% du financement total des hôpitaux⁵⁸, permettraient d'aller un cran plus loin.

3.2.4 Faire d'un « financement à la performance sociétale » le pendant du financement à l'acte.

Pierre-Louis Bras évoquait la nécessité de faire de la performance qualité l'égal de la performance économique. En janvier 2019, le rapport Vers un modèle de paiement combiné, dit rapport Aubert, préconise notamment un paiement à la qualité et à la pertinence et de « *faire une place plus importante aux résultats pour les patients et de pouvoir ainsi garantir à chacun une prise en charge de qualité* ». ⁵⁹

⁵⁵ A. Dixon et al., *Patient choice, How patient choose and how provider respond?* The King's Fund, 2010

⁵⁶ A. Ryan, B. Nallamothu, J. Denick, « Medicare's public reporting initiative on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions », *Health Affairs*, 31, 3, 585-592, 2012

⁵⁷ Institut Montaigne, avril 2019, « Système de santé : Soyez consultés ! », p.167

⁵⁸ Ministère de la Santé, 12 février 2019, disponible à l'adresse suivante : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/article/reformer-le-financement-pour-encourager-qualite-et-cooperation>

⁵⁹ Rapport Aubert, janvier 2019, « Vers un modèle de paiement combiné ».

Il serait possible, sur le long terme, d'aller au-delà de la seule qualité des soins, et d'envisager un financement à la performance sociétale. Cette évolution suppose une incitation financière pour les établissements de santé, qui existe déjà au travers de l'IFAQ, et qui devrait être développée aussi bien quantitativement que qualitativement.

Quantitativement, le montant de l'IFAQ, d'un montant de 200 millions d'euros en 2019⁶⁰, augmente chaque année, puisqu'il était de 60 millions d'euros en 2018, et la croissance pourrait grandement s'accélérer dans les années qui arrivent. Cependant, il ne représente que 0,2% du montant de l'ONDAM consacré aux établissements de santé (82,7 milliards d'euros). En 2012, Pierre-Louis Bras évoquait les incitations financières à la qualité en Angleterre en ces termes : « *une majoration des ressources des établissements, dans une proportion, il est vrai, limitée (1,5 % en 2010-2011), est possible en cas d'atteinte de certains objectifs négociés* »⁶¹. Ce qui signifie que l'incitation financière à la qualité en Angleterre était déjà jugée faible en 2010 – 2011, alors qu'elle est bien plus importante proportionnellement que ce que représente l'IFAQ dans les dépenses de santé consacrés aux établissements de santé en France. Dès lors, une montée en charge de l'IFAQ est à prévoir au fil du temps : le montant de l'enveloppe passera de 60 millions d'euros en 2018 à 1 milliard d'euros en 2022⁶². Le rapport de l'Institut Montaigne de février 2019 préconise lui un financement à la qualité des établissements de santé de l'ordre de 5% des dépenses hospitalières, soit 4,8 milliards d'euros.⁶³

Qualitativement, l'incitation financière à la qualité pourrait être double.

Dans un premier temps, elle pourrait concerner le financement selon une qualité des soins exprimée par les patients, conformément aux propositions précédentes, et ce grâce aux travaux d'ICHOM, de l'OCDE, et de l'évolution de la certification via la V2020. Comme le mentionne Alain-Michel Ceretti dans le rapport Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des processus, la mortalité à cinq ans d'un cancer de la prostate opéré par prostatectomie n'est pas vraiment différente d'un établissement à l'autre, pourtant il s'agit d'un indicateur utilisé pour témoigner de la qualité des soins prodigués. En revanche, aux Etats-Unis, selon les établissements, un patient a jusqu'à sept fois plus de risques de souffrir sur le long terme des troubles érectiles et deux fois plus de risques de souffrir

⁶⁰ Arrêté du 18 juin 2019 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé

⁶¹ A. Masson, P. Ward, A. Street, « *England: the healthcare resource group system* », in : R. Busse et al. (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe ...*, op. cit.

⁶² Le quotidien du médecin, 26/04/2019, « Financement à l'hôpital : un milliard d'euros pour la qualité d'ici 2022, disponible à l'adresse suivante : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/remuneration/financement-lhopital-un-milliard-deuros-pour-la-qualite-dici-2022>

⁶³ Institut Montaigne, avril 2019, « Système de santé : Soyez consultés ! », p.173

d'incontinence. Ces deux derniers critères ne sont cependant pas pris en compte dans l'évaluation de la qualité des soins des établissements de santé, et les lier à l'IFAQ via un travail poussé sur la création d'indicateurs plus proches des besoins des patients permettrait d'améliorer la qualité des soins du point de vue du patient.

Dans un deuxième temps, l'incitation financière à la qualité des soins pourrait s'inscrire dans une prise en compte plus large des impacts sociaux des hôpitaux publics, sur la base du référentiel d'impact social évoqué précédemment. Ce référentiel permettrait de connaître les établissements qui offrent les meilleures conditions de travail à leur personnel, qui œuvrent le plus pour faciliter une transition écologique, qui ont le plus d'impact économique à l'échelle locale ou encore qui respectent le plus la dignité des patients. L'obtention de labels par le CH de Valenciennes et le CH de Thuir prouve que ces impacts globaux ne sont pas l'apanage des CHU.

Par exemple, si l'une des priorités de la Stratégie Nationale de Santé est d'améliorer les conditions de travail du personnel hospitalier, alors les établissements qui auraient les meilleurs scores sur cet item pourrait obtenir des financements supplémentaires, ce qui permettrait de briser la spirale négative du manque de ressources à l'hôpital puisqu'une politique QVT ambitieuse suppose des moyens financiers. Or, aujourd'hui, mener une politique QVT ambitieuse est vu comme une source de coût aux résultats financiers incertains et pas forcément quantifiables : baisse éventuelle de l'absentéisme, baisse éventuelle du turnover ...

Les établissements de santé qui auraient les meilleurs scores sur cet item, car ils auront proposé une politique de QVT ambitieuse, pourrait recevoir dans la même année une rétribution financière. Dès lors, ils percevraient dans les comptes de l'exercice en cours une compensation sécurisant leur investissement dans la politique de QVT. Puis, sur les années suivantes, il récolterait les fruits plus intangibles de cette politique : baisse de l'absentéisme, baisse du turnover ... A la manière des hôpitaux magnétiques, il a été prouvé qu'il existait un lien fort entre bonheur au travail et qualité des soins⁶⁴.

Dès lors, avec une incitation financière plus importante, et davantage reliée à la fois aux besoins des patients et à l'impact social des hôpitaux, les établissements de santé pourraient orienter leur stratégie vers la réalisation de leur raison d'être, leur « *cri originel* » : l'utilité sociétale des hôpitaux publics.

⁶⁴ BRUNELLE Y, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner » Pratiques et Organisation des Soins volume 40 n° 1 / janvier-mars 2009, p.44/45

3.2.5 Un changement de paradigme latent qui ne se fera pas sans difficultés.

Les transformations évoquées ici supposent donc un changement de paradigme au niveau national. Le système de santé français semble être mature pour intégrer dans son fonctionnement la dimension de mesure d'impact social.

D'un côté, la notion même de mesure d'impact social émerge de plus en plus concrètement dans le secteur public : les travaux du G8, de la Commission Européenne, et de French Impact le prouvent à une échelle nationale et internationale et les travaux de l'OCDE (via PaRIS) initiés en 2017 et qui doit produire des indicateurs de résultats dans les pays membre d'ici à 2023⁶⁵, les travaux d'ICHOM, et les multiples initiatives d'hôpitaux mentionnés ici comme le CHU de Limoges, le groupe Elsan, le CH de Thuir ou le CH de Valenciennes le prouvent à un niveau national.

D'un autre côté, les aspirations vis-à-vis du système de santé évoluent aussi. En termes de démocratie sanitaire, les patients sont de plus en plus en attente d'une « décision partagée » et la notion de « patient-expert » au Canada supplante celle de « patient-traceur ». Par exemple, l'Université Pierre et Marie Curie abrite depuis 2009 « l'Université des patients », qui intègre des patients-experts dans des formations d'ETP⁶⁶. Qui plus est, en termes de pathologie, les maladies chroniques se développent de plus en plus : en France, 20 millions de personnes vivent avec une pathologie chronique⁶⁷ (et 13 millions avaient une limitation dans la vie courante⁶⁸). Ces pathologies nécessitent une approche plus globale, intégrant des notions de prévention et d'ETP bien plus qu'une approche précise, reflet d'un acte technique caractéristique de l'hôpital.

Dès lors, articuler cette capacité à rendre compte aux patients des changements apportés par les soins qui leur sont prodigués avec leur volonté de participer davantage à la décision médicale est une nécessité très actuelle de notre système de santé : 96% des français souhaiteraient répondre à des questionnaires dès lors que ceux-ci améliorent la qualité des soins.⁶⁹

Le changement de paradigme que cette articulation suppose ne se fera pas sans difficultés. En effet, si, dans un avenir proche, les hôpitaux sont davantage financés à la « performance

⁶⁵ Institut Montaigne, avril 2019, « Système de santé : Soyez consultés ! », p.68

⁶⁶ <http://universitedespateurs.org/>

⁶⁷ Etude ComPaRe, « Les maladies chroniques », disponible à l'adresse suivante : <https://compare.aphp.fr/l-etude/liste-maladies.html>

⁶⁸ Ministère de la Santé et des Solidarités, 2012, « Vivre avec une maladie chronique », disponible à l'adresse suivante : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

⁶⁹ Étude Kantar - Résultats d'enquêtes « Les Français, le système de santé et les indicateurs de qualité des soins » pour l'Institut Montaigne, mars 2019.

sociétale », il est probable qu'un service d'addictologie ou d'ETP soit davantage financé qu'un service d'ophtalmologie ou que des actes ambulatoires, ce qui ne serait pas sans conséquence. Au niveau d'un hôpital, un tel changement entraînerait inévitablement des fermetures de lit. Au niveau médical, les rapports médecins / patients seraient bouleversés, puisque le médecin aurait davantage un rôle éducatif que clinique. Enfin, au niveau soignant, la reconnaissance du métier serait différente : lors de l'atelier organisé au SSR, les IDE du service regrettaient qu'elles n'étaient pas considérées par leurs collègues infirmières comme leur égal car elles n'avaient pas la même dimension technique dans leur métier, alors qu'elles jugeaient leur rôle comme essentiel pour le patient. Tous ces obstacles sont autant de contraintes qu'il faudra pouvoir lever pour répondre favorablement à cette demande de changement de paradigme. Mais, en même temps, cette démarche véhicule de multiples enjeux, et l'introduction d'une logique « d'impact social » pourrait tirer l'ensemble des établissements vers des nouvelles actions, des nouvelles formes d'organisation, et des nouvelles modalités de prise en charge des patients.

3.2.6 Conclusion de la troisième partie

Il a été vu que les établissements de santé peuvent, d'eux-mêmes, s'orienter vers davantage de mesure d'impact social, soit en privilégiant la méthode, au travers d'ateliers pluridisciplinaires, soit en privilégiant les résultats, au travers de conventions tripartites. Le tout pourrait être présenté dans un « bilan sociétal » aux instances concernées.

Pour engager davantage les établissements de santé sur le chemin de la mesure de l'impact social, différentes propositions hiérarchisées doivent être réalisées. En premier lieu, construire un « référentiel d'impact social » commun à tous les hôpitaux. Puis construire des registres par pathologie comprenant des indicateurs plus proches des besoins des patients. Ces deux aspects serviraient de base à une incitation pour les hôpitaux à faire évoluer leur modèle, par le biais d'une incitation non-financière (une « certification d'impact social ») et une incitation financière (une « performance sociétale »). Ce changement de paradigme, qui s'inscrit dans des enjeux actuels, ne se fera pas sans difficultés, mais il permettrait à terme aux hôpitaux publics de proposer des soins plus adaptés aux patients et de renouer avec leur raison d'être.

Conclusion

La mesure d'impact social, initiée dans le secteur de l'ESS, fait son apparition dans le champ des politiques publiques notamment au travers des travaux d'Esther Duflot. Son intérêt est double : prouver l'impact social d'une organisation à but non-lucratif, et améliorer son impact.

Le premier impact social des hôpitaux publics concerne les soins. Ceux-ci pourraient être améliorés si des indicateurs plus proches des besoins des patients étaient développés, à l'instar des travaux menés notamment dans les pays anglo-saxons.

Mais les hôpitaux publics ont aussi un impact social plus large : ils ont un impact économique, environnemental, sociétal ... D'où l'importance de développer des indicateurs multidimensionnels mesurant cet impact.

Trois expérimentations ont pu être menées au CH de Calais afin de tester un référentiel, qui servirait de base pour mesurer l'impact social des hôpitaux, et une méthode, qui a vocation à inclure la mesure d'impact social dans le quotidien d'un directeur en poste et dans le fonctionnement des hôpitaux publics. Ces expérimentations ont montré certains avantages de la mesure d'impact social (management, dialogue médico-administratif) mais aussi des limites (faible représentativité des patients, faible taux de réponse sans solution numérique).

Les directeurs d'hôpital peuvent orienter leurs stratégies vers davantage d'impact social par l'organisation d'ateliers pluridisciplinaires ou la signature de convention tripartites. Mais, pour pérenniser la démarche, un changement de paradigme au niveau national devra s'opérer. Il conviendra alors de créer un « référentiel d'impact social » commun à tous les hôpitaux, sous l'égide de la HAS, des indicateurs centrés sur les besoins des patients, une « certification d'impact social » et le développement d'une « performance sociétale » incitée financièrement par l'évolution de l'IFAQ. L'objectif final de ces mesures est d'inciter les établissements de santé à renouer avec leur raison d'être, à savoir leur utilité sociétale sur un territoire, même si derrière cette idée se cachent des difficultés de méthodes et un changement de paradigme qu'il faudra relever par des travaux scientifiques et un certain management du changement.

Bibliographie

Articles de périodiques, revues :

BRAS Pierre-Louis, « Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ? », *Les Tribunes de la santé*, 2012/2 (n° 35), p. 29-41

BRUNELLE Y, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner » *Pratiques et Organisation des Soins* volume 40 n° 1 / janvier-mars 2009

DIXON.A *et al.*, *Patient choice, How patient choose and how provider respond?* The King's Fund, 2010

DUFLO Esther, « Évaluer l'impact des programmes d'aide au développement : le rôle des évaluations par assignation aléatoire », *Revue d'économie du développement*, 2005/2 (Vol. 13), p. 185-226

MASSON A, WARD.P, STREET.A, « England: the healthcare resource group system », in : R. Busse *et al.* (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe ...*, op. cit.

ROTENSTEIN.L, HUCKMAN.R, WAGLE.N. Making Patients and Doctors Happier — The Potential of Patient-Reported Outcomes *N Engl J Med* 2017; 377:1211-1213 September 28, 2017

RYAN. A, NALLAMOTHU.B, DENICK.J B. « Medicare's public reporting initiative on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions », *Health Affairs*, 31, 3, 585-592, 2012

Etudes, rapports :

ASHOKA & MC KINSEY, mars 2012, Etude d'impact de l'entrepreneuriat social, p.39

CH de Valenciennes, 2016, « Déclaration environnementale du CHV », p.28

CHU de Limoges & CCI Limoges Haute-Vienne, 2014, « Etude d'impact économique et social du CHU de Limoges sur le Limousin ».

FONDATION REXEL et (IM)PROVE, Guide de la mesure d'impact social, 2015

HAS, 2019, « Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes », page 7

ICHOM, mars 2017, « Case study : implementing ICHOM's standard sets of outcomes: Parkinson's disease at Aneurin Bevan University Health Board in South Wales, UK »

INSTITUT MONTAIGNE, février 2019, « Système de santé : soyez consultés ! ».

KANTAR PUBLIC – baromètre annuel Paul Delouvrier, 2018, « Les services publics vus par les français et les usagers », page 1.

KLESZCSOWSKI.J, 2016, « Education : quel retour sur investissement ? », page 17

PASSEPORT AVENIR, « Le retour social sur investissement de Passeport Avenir »

Pr LE GULUDEC, CERETTI Alain-Michel, Pr LYON-CAEN « Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques », octobre 2018, p.21

RAPPORT AUBERT, janvier 2019, « Vers un modèle de paiement combiné ».

Ressources en ligne :

CNSA, 8 février 2019, « 16 projets de design social au service du handicap et de la perte d'autonomie financés par la CNSA », disponible sur le site : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/16-projets-de-design-social-au-service-du-handicap-et-de-la-perte-dautonomie-finances-par-la-cnsa>

HAATCH, « La mesure d'impact social, par où commencer ? », disponible sur le site <https://www.haatch.fr/blog/11/mesure-d-impact-social-par-ou-commencer>

HOSPIMEDIA, 30/04/2018, « L'impact économique du CH de Valenciennes sur son territoire est estimé à 509,6 M€ »

IHAB, disponible à l'adresse suivante : <https://amis-des-bebes.fr/>

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN, 26/04/2019, « Financement à l'hôpital : un milliard d'euros pour la qualité d'ici 2022, disponible à l'adresse suivante : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/remuneration/financement-lhopital-un-milliard-deuros-pour-la-qualite-dici-2022>

SCIENCES ET AVENIR, reportage sur l'ASCO, disponible sur le site https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cancer/asco-2017-une-application-web-permet-d-augmenter-l-esperance-de-vie_113557

SDU HEALTH, « Social Value Calculator », disponible à l'adresse suivante : <https://www.sduhealth.org.uk/areas-of-focus/social-value/social-value-calculator.aspx>

Conférence & cours en ligne :

COURSERA, MOOC « Devenir Entrepreneur du Changement », HEC Paris & Ticket for Change (2015), chapitre 6.4.1 « Mesurer l'impact social de son projet ».

HAS, avril 2018, « Indicateurs de résultats qui importent aux patients », interventions d'Agnès Audier (BCG) et Léa Marais (ICHOM)

Liste des annexes

- Calculateur de Valeur Sociale (« Social Value Calculator »), disponible à l'adresse suivante : <https://www.sduhealth.org.uk/areas-of-focus/social-value/social-value-calculator.aspx>
- « Référentiel d'impact social » proposé.
- Questionnaire et réponses de la mesure d'impact social du circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire.
- Questionnaire et présentation de la mesure d'impact social du projet kangourou / koala en maternité.
- Questionnaire du programme d'ETP au SSR.

Calculateur de Valeur Sociale (« Social Value Calculator »)

Social - Creating Healthier, more Sustainable and more Resilient Places and Communities	People are supported to have control over their lives	1.1	Initiatives to promote independent living, particularly for people with long-term conditions i.e. money advice, befriending schemes, practical healthy lifestyles advice, digital inclusion support
	The role and impact of ill-health prevention is strengthened	1.2	Initiatives that tackle homelessness (i.e. supporting temporary housing schemes, etc)
		1.3	Initiatives that tackle alcohol abuse targeted to higher risk drinkers, delivered in addition to core services
		1.4	Additional drug misuse programmes delivered – Professional and comprehensive programmes that tackle drug misuse to reduce dependency, delivered in addition to core services
		1.5	Initiatives that tackle smoking to reduce dependency, delivered in addition to core services
		1.6	Initiatives that promote healthy eating, drinking and exercise to tackle obesity
	Mental health is promoted	1.7	Initiatives or interventions taken to promote good mental health
		1.8	Initiatives that increase access to mental health support
	Carers' quality of life is improved	1.9	Initiatives to support carers to feel less isolated and develop new social and peer support networks
	Health literacy is improved	1.10	Time volunteered by Health Champions in your workforce (or other volunteering initiatives)
		1.11	Investment in promoting Health Champions (or other volunteers) in your workforce
		1.12	Initiatives that promote positive parenting for target groups
		1.13	Initiatives that raise awareness of service users' own rights to personal entitlements
	Children are given the best start in life	1.14	Volunteering time dedicated to talks in school or the community on substance misuse, healthy eating, sexual health and physical wellbeing (or support existing campaigns such as Change4life, Start4life, RiseAbove and Frank)
	Awareness of Adverse Childhood Experiences (ACE) and other vulnerabilities is promoted	1.15	Demonstration of organisational ACE-awareness/ trauma informed approach for service users beyond the scope of the core service provided. Please include a description in the Commentary box
	Community asset building and community health services are promoted	1.16	Time volunteered to engage with community groups, for example to give talks or share information and offer practical health awareness support
		1.17	Time volunteered to engage with community groups, for example to give talks or share information and offer practical support relevant to the wider determinants of health (e.g. debt advice, fuel poverty advice)

Jobs - Creating Fair Employment and Good Work for All	More opportunities for people with long-term conditions	2.1	No. of jobs (FTE) created for people with disabilities
	More local people in employment	2.2	No. of local people (FTE) employed on contract for one year or the whole duration of the contract, whichever is shorter
		2.3	% of local people employed on contract (FTE)
	More opportunities for disadvantaged people	2.4	No. of employees (FTE) taken on who are long term unemployed (unemployed for a year or longer)
		2.5	No. of employees (FTE) taken on who are rehabilitating young offenders (18-24 y.o.)
	A healthy standard of living for all	2.6	The number of people (including as a %) in your workforce and supply chain that are paid at least the real Living Wage
	Employment promotes equal opportunities	2.7	Diversity training provided for employees, contractors and subcontractors
		2.8	Initiatives to support women back into the workplace who are returning from career breaks or long-term parental leave
		2.9	Flexible working initiatives - travel time saved for employees
		2.10	Opportunities created for more equal distribution of care among household members
	People are supported to maximise their capabilities	2.11	No. of weeks spent on training opportunities on contract (BTEC, City & Guilds, NVQ, HNC) that have either been completed during the year, or that will be supported by the organisation to completion in the following years - Level 2,3, or 4+
		2.12	No. of weeks of apprenticeships on the contract that have either been completed during the year, or that will be supported by the organisation to completion in the following years - Level 2,3, or 4+
		2.13	No. of weeks spent on meaningful work placements or pre-employment course; 1-6 weeks student placements (unpaid and accessible to all young people under 24 yrs old)
		2.14	Meaningful work placements that pay Minimum or National Living Wage according to eligibility - 6 weeks or more (internships that are accessible to all young people under 24 yrs old)

Growth - Supporting Inclusive, Diverse and Responsible Business	Employee wellbeing is supported and incentivised	3.1	Demonstrate commitment to work practices that improve staff wellbeing, recognise mental health as an issue and reduce absenteeism due to ill health. Identify time dedicated for wellbeing courses
		3.2	The number of people (including as a %) in your workforce that are mental health first aid trained
		3.3	Have you signed up to Time to Change pledge? If Yes, please upload your Employer's Pledge
	Partnerships with VCSEs are developed or improved	3.4	Total amount (£) spent with VCSEs within your supply chain
		3.5	Provision of expert business advice to VCSEs and SMEs that support people's health and wellbeing (e.g. financial advice / legal advice / HR advice/HSE)
		3.6	Equipment or resources donated to VCSEs (£ equivalent value)
		3.7	Total amount (£) spent in LOCAL supply chain through the contract.
		3.8	Number of contracts reserved for sheltered workshops and economic operators whose main aim is the social and professional integration of disabled or disadvantaged persons (as defined within Public Contracts Regulations 2015)
		3.9	Total spend on contracts reserved for sheltered workshops and economic operators whose main aim is the social and professional integration of disabled or disadvantaged persons (as defined within Public Contracts Regulations 2015)
	Businesses operate in a friendly environment to all	3.10	Initiatives to create dementia-friendly environments
	Existing resources are used to deliver social value	3.11	Hours of pro bono room usage dedicated for other services to provide health and wellbeing activities (e.g. voluntary groups, informal patient-led activities)
	Ethical Procurement is promoted	3.12	Number of procurement contracts that include commitments to ethical procurement
		3.13	Total spend on procurement contracts that include commitments to ethical procurement
		3.14	Are you legally required to have a Modern Slavery and Human Trafficking Statement, as outlined in the Transparency of Supply Chain clause of the UK Modern Slavery Act 2015?
		3.15	If you have one, please include a link to your Modern Slavery and Human Trafficking Statement
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2019	Social Value embedded in the supply chain	3.16	Number of contracts with the supply chain on which Social Value commitments, measurement and monitoring are required
		3.17	Total spend with the supply chain on contracts where Social Value commitments, measurement and monitoring are required
	Service users are engaged	3.18	Number of contracts where services users have been involved in the design and development services

Environment - Protecting and Improving Our Environment	Environmental Impacts are reduced	4.1	Savings in Greenhouse Gas (GHG) emissions on a contract not from transport (specify how these are to be achieved)
		4.2	Initiatives to provide advice to local residents to reduce energy consumption such as advice around energy savings and fuel switching - specifically targeting groups that struggle with fuel poverty
		4.3	Reduction in waste generated (kg) on your care pathway module, compared to previous year (including as a %)
		4.4	Waste avoided by donating medical devices or pharmaceuticals no longer needed to charities, non-profit organisations or other industries
		4.5	Initiatives to reduce or replace the use of single use plastics
	Air pollution is reduced	4.6	Savings in Greenhouse Gas (GHG) emissions on the contract from transport
		4.7	Savings in NOx emissions on the contract from transport
		4.8	Savings in PM2.5 emissions (fine particles with a size (diameter) generally less than 2.5 micrometres emitted directly into the atmosphere) on the contract
	Sustainable travel is promoted	4.9	Car miles saved on the project
		4.10	Number of low or no emission staff vehicles included on project (miles driven)
		4.11	Initiatives to promote flexible working, including working from home, to reduce unnecessary staff travel
	"Care Miles" are reduced	4.12	Support the development of services that promote care to be delivered more locally through the digitisation of services
	Better places to live	4.13	Voluntary time dedicated to the creation or management of green infrastructure, to increase biodiversity, or to keep green spaces clean
		4.14	Initiatives to ensure that the positive impact on local green space as a result of the contract will be maximised
	Sustainable and ethical governance is promoted	4.15	Number of procurement contracts that include sustainable procurement commitments or other relevant requirements and certifications (e.g. to use local produce, reduce food waste, and keep resources in circulation longer)
		4.16	Total spend on procurement contracts that include sustainable procurement commitments or other relevant requirements and certifications (e.g. to use local produce, reduce food waste, and keep resources in circulation longer)

Innovation - Promoting Social Innovation	Service user quality of life is improved (beyond the scope of the service)	5.1	Arts and Culture initiatives in care facilities to improve the user experience of the care environment
	Non-clinical treatment is promoted	5.2	Investment in social prescribing schemes as a treatment
	Engagement in test beds or pilots is encouraged	5.3	Number of innovative approaches to healthcare delivery that your organisation is participating in, including pilots and test beds
	Other measures (TBD)	5.4	Other measures (£) - please describe any additional initiatives that you would like to make and £ to be invested
		5.5	Other measures (hrs) - please describe any additional initiatives that you would like to make and hrs to be committed (No. expert hrs)
		5.6	Other measures (hrs) - please describe any additional initiatives that you would like to make and hrs to be committed (No. voluntary hrs)

« Référentiel de mesure d'impact social » proposé

Thèmes	Objectifs	Indicateurs d'impacts mutidimensionnels
SOCIÉTAL - Amélioration de la santé de la population grâce à la prévention		
<i>D'un patient spectateur de ses soins ...</i>	Respecter la dignité des patients	
	Rendre le patient acteur de ses soins et plus généralement de sa santé	
	Améliorer la vie de tous les jours des patients	
<i>... à un hôpital acteur de la prévention</i>	Renforcer la confiance en l'hôpital pour améliorer la santé des habitants sur son territoire	
EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL - Créer des emplois justes, stables, et accessibles à tous		
<i>D'un emploi pérenne pour tous ...</i>	Créer des opportunités professionnels stables pour tous	
	Assurer un niveau de vie décent pour tous	
	Amélioration de la Qualité de Vie au Travail du personnel	
<i>... à une formation tout au long de sa vie</i>	Le personnel est soutenu pour maximiser son potentiel	
ECONOMIE - Promouvoir une économie responsable et inclusive		
<i>D'un impact économique direct ...</i>	Augmenter l'impact économique direct sur le territoire	
	Augmenter l'impact économique indirect sur le territoire ("effet d'attraction")	
<i>... à un impact social direct</i>	Développer des partenariats avec le secteur non-lucratif	
ENVIRONNEMENT - Protection de l'environnement		
	Maîtriser la production de déchets	
	Utiliser rationnellement les éléments naturels	
	Améliorer l'efficacité énergétique	
	Diminuer les émissions atmosphériques	
INNOVATION - Promouvoir l'innovation		
<i>D'une invention de l'hôpital ...</i>	Promouvoir la recherche dans l'hôpital	
	Promouvoir l'innovation de produits ou services	
	Promouvoir l'innovation de procédé	
	S'adapter aux besoins des patients par des innovations d'usage	
<i>... à une culture pour l'hôpital</i>	Promouvoir une culture de l'innovation	

Questionnaire pour la mesure d'impact social du circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire



QUESTIONNAIRE PATIENT

Bonjour,
Merci beaucoup de prendre le temps de répondre à ce questionnaire après votre hospitalisation dans le service de chirurgie ambulatoire du CH de Calais.
Je suis élève-directeur d'hôpital à l'EHESP (Rennes), en stage au CH de Calais.
Ce questionnaire a été réalisé pour le compte de mon mémoire de fin d'études sur la mesure d'impact social de certains services de l'hôpital. Il a donc une vocation scolaire, et n'est pas lié au CH de Calais.
Merci beaucoup de prendre 5 minutes pour y répondre, vos retours vont vraiment m'aider !
Romain.

ECHELLE DE VALEUR

- 1 = Non, pas du tout
2 = Non
3 = Neutre
4 = Oui
5 = Oui, tout à fait

En général, sur mon hospitalisation ...

Sur une échelle de 1 à 5, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la phrase suivante :

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - "J'ai été davantage acteur de mon hospitalisation que ce que je pensais" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - "La relation avec le soignant a été de qualité" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - "L'hospitalisation a respecté ma dignité" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - "Mon hospitalisation a des conséquences positives sur d'autres éléments de ma vie que ma santé" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
- (ex : relations avec mes proches, reprise du sport, qualité des liens professionnels ...)

En particulier, sur le circuit du patient-debout...

Sur une échelle de 1 à 5, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la phrase suivante :

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - "En descendant debout au bloc opératoire, je me sens acteur de mon hospitalisation" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - "J'ai noué un lien individualisé avec le soignant qui m'a descendu debout au bloc opératoire" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - "Je ne me considère pas comme une personne "malade" en descendant debout au bloc opératoire" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - "Je me sens plus digne en descendant debout au bloc opératoire qu'en brancard" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Votre niveau de stress aux différents moments de la prise en charge...

Sur une échelle de 1 à 5, évaluez votre stress aux différents moments de la prise en charge :

	1	2	3	4	5
- Dans la chambre	☐	☐	☐	☐	☐
- En descendant à pied	☐	☐	☐	☐	☐
- Dans la salle d'attente	☐	☐	☐	☐	☐
- Vers le bloc	☐	☐	☐	☐	☐

Êtes- vous satisfait d'être descendu(e) debout au bloc opératoire ?

Cocher le chiffre correspondant à votre satisfaction "0" étant la note la plus faible et "10" la note la plus haute :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Résultats de la mesure d'impact social pour le circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire



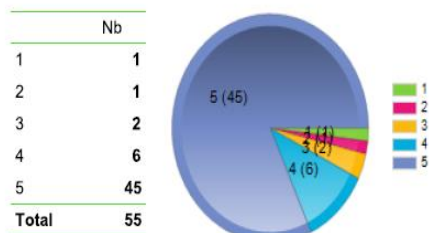
Enquete Chirurgie Ambulatoire

1 / 4

Nombre d'observations : 65

- "L'hospitalisation a respecté ma dignité"

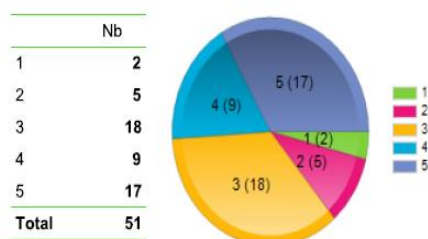
Taux de réponse : 84,6%



- "Mon hospitalisation a des conséquences positives sur d'autres éléments de ma vie que ma santé"

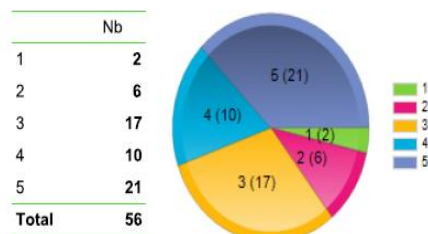
Taux de réponse : 78,5%

Echantillon total



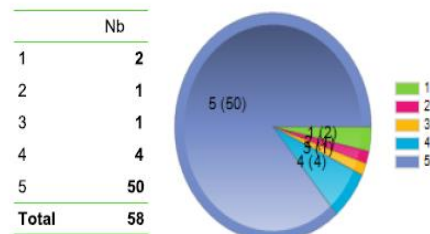
- "J'ai été davantage acteur de mon hospitalisation que ce que je pensais"

Taux de réponse : 86,2%



- "La relation avec le soignant a été de qualité"

Taux de réponse : 89,2%



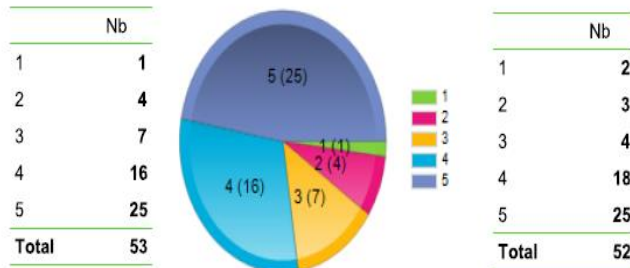
Enquete Chirurgie Ambulatoire

2 / 4

Nombre d'observations :65

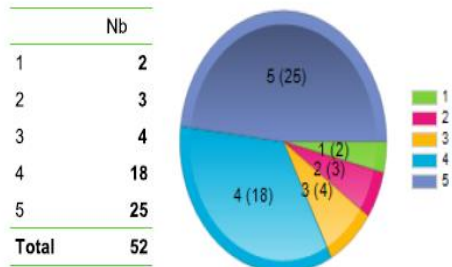
- "En descendant debout au bloc opératoire, je me sens acteur de mon hospitalisation"

Taux de réponse : 81,5%



- "J'ai noué un lien individualisé avec le soignant qui m'a descendu debout au bloc opératoire"

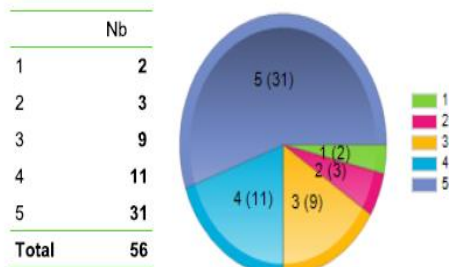
Taux de réponse : 80,0%



Echantillon total

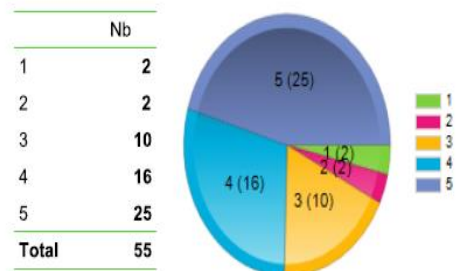
- "Je ne me considère pas comme une personne "malade" en descendant debout au bloc opératoire"

Taux de réponse : 86,2%



- "Je me sens plus digne en descendant debout au bloc opératoire qu'en brancard"

Taux de réponse : 84,6%



Enquete Chirurgie Ambulatoire

3 / 4

Nombre d'observations :65

Votre niveau de stress aux différents moments de la prise en charge

- Dans la chambre

Taux de réponse : 92,3%

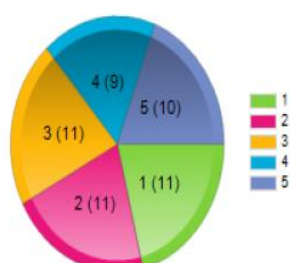
	Nb
1	17
2	12
3	12
4	8
5	11
Total	60



- En descendant à pied

Taux de réponse : 80,0%

	Nb
1	11
2	11
3	11
4	9
5	10
Total	52

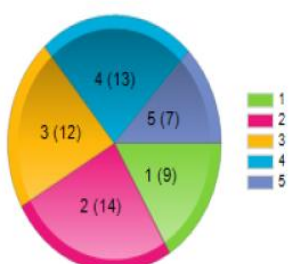


Echantillon total

- Dans la salle d'attente

Taux de réponse : 84,6%

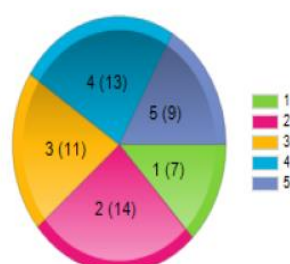
	Nb
1	9
2	14
3	12
4	13
5	7
Total	55



- Vers le bloc

Taux de réponse : 83,1%

	Nb
1	7
2	14
3	11
4	13
5	9
Total	54



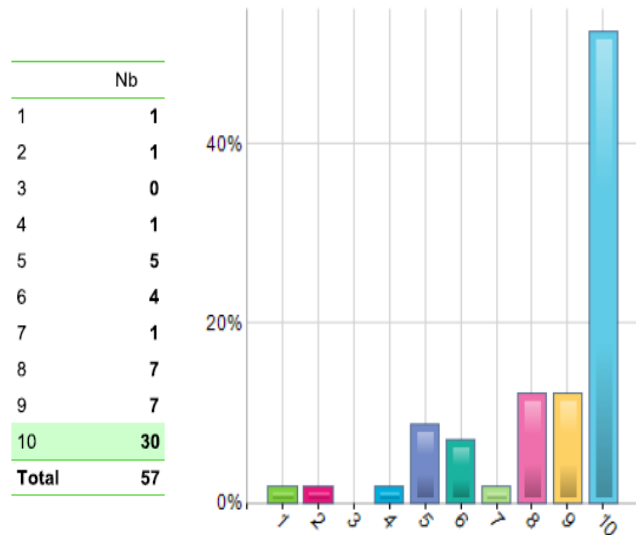
13. Êtes- vous satisfait d'être descendu(e) debout au bloc opératoire ?

Taux de réponse : 87,7%

Moyenne = 7,46 Médiane = 9,00 Ecart-type = 2,23

Min = 0,00 Max = 9,00

Echantillon total





Bonjour,

Merci beaucoup de prendre le temps de répondre à ce questionnaire après votre accouchement à la maternité du CH de Calais. Je suis élève-directeur d'hôpital à l'EHESP (Rennes), en stage au CH de Calais. Ce questionnaire a été réalisé pour le compte de mon mémoire de fin d'études sur la mesure d'impact social de certains services de l'hôpital. Il a donc une vocation scolaire, et n'est pas lié au CH de Calais.

Merci beaucoup de prendre 5 minutes pour y répondre, vos retours vont vraiment m'aider !
Romain.

Echelle de valeur

1 = Pas du tout

3 = Neutre

5 = Oui, tout à fait

2 = Un peu

4 = Plutôt oui

En général, sur mon hospitalisation

Dans quelle mesure l'hospitalisation au CH de Calais a-t-elle respecté votre dignité ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure l'hospitalisation au CH de Calais vous a-t-elle rendu actrice de votre dignité ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure l'hospitalisation au CH de Calais va-t-elle améliorer votre vie de tous les jours ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure l'hospitalisation au CH de Calais renforce-t-elle votre confiance en l'hôpital pour améliorer la santé des habitants du Calais ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure l'hospitalisation au CH de Calais s'est-elle adaptée à vos besoins en tant que patient ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure le CH de Calais promeut-il une culture de l'innovation ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

En particulier, sur le projet koala / kangourou

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou améliore-t-elle le bien-être de votre enfant ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou vous apaise-t-elle ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou vous rend-elle davantage autonome dans votre rôle de mère ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou vous rend-elle moins stressée au quotidien ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou vous donne-t-elle une meilleure image du CH de Calais ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou a-t-elle été décisive dans votre choix du CH de Calais pour votre accouchement ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou vous déculpabilise-t-elle vis-à-vis de votre enfant ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou améliore-t-elle le regard de vos proches sur votre hospitalisation au CH de Calais ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou a-t-elle amélioré la qualité du service rendu par le CH de Calais ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou vous a-t-elle permis de nouer naturellement un lien avec votre bébé ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Êtes-vous satisfaite de la prise en charge Koala / Kangourou ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Remarques sur le questionnaire (questions peu claires, échelle de valeur peu claire, redondance des questions ...) :

Présentation à l'équipe de la maternité de la mesure d'impact social – Prise en charge Koala / kangourou

En 1 mois, 20 questionnaires ont été récoltés, ce qui est assez peu significatif (marge d'erreur de plus de 10%), mais suffisant pour donner quelques indications.

2 types de questions ont été posées :

- Des questions générales, portant sur l'hospitalisation du patient. Ex : Dans quelle mesure l'hospitalisation au CH de Calais a-t-elle respecté votre dignité ?
- Des questions plus précises, portant spécifiquement sur la prise en charge koala / kangourou. Ex : Dans quelle mesure la prise en charge koala / kangourou améliore-t-elle le bien-être de votre enfant ?

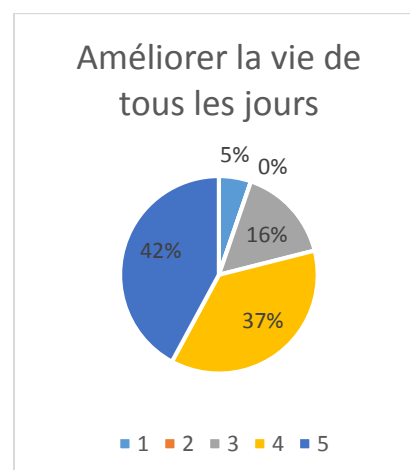
Toutes les questions devaient être notées de 1 à 5 par les patients, 1 étant égal à « pas du tout » et 5 étant égal à « tout à fait ».

Concernant les questions plus générales, les résultats les plus intéressants sont les suivants :

95% des patients estiment que leur hospitalisation au CHC a respecté leur dignité.



78% des patients estiment que leur hospitalisation au CHC va améliorer leur vie de tous les jours. Même si la réponse est assez vague, on est bien dans le registre de « l'impact », car ici c'est bien grâce à l'action du CHC que leur quotidien



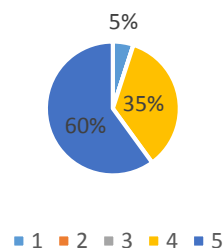
s'améliore (le taux de patientes convaincues de cet impact est de 42%, ce sont celles qui ont répondu « 5 »).

95% des patients estiment que **les équipes du CHC se sont adaptés à leurs besoins**. On est ici dans le registre du résultat, qui est un très bon résultat pour une nouvelle prise en charge qui justement vise à respecter au plus près les besoins des patientes.

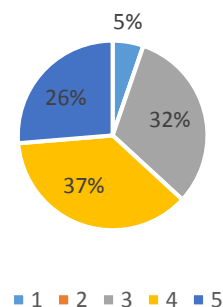
Seulement 63% des patientes estiment **que le CH de Calais promeut une culture de l'innovation**, ce qui, au vu du taux d'adhésion aux autres questions (82% de « 4 » et « 5 » en moyenne) est assez faible, malgré le caractère pourtant innovant de la prise en charge koala / kangourou. Peut-être que les patientes ne sont pas assez conscientes de la différence de cette prise en charge avec une prise en charge plus classiques ?

En ce qui concerne la prise en charge plus spécifique koala / kangourou, le « top 3 » des meilleurs résultats est le suivant :

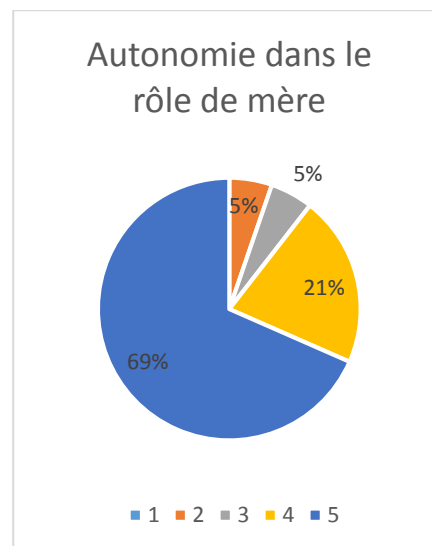
Adaptation du CHC
aux besoins des
patients



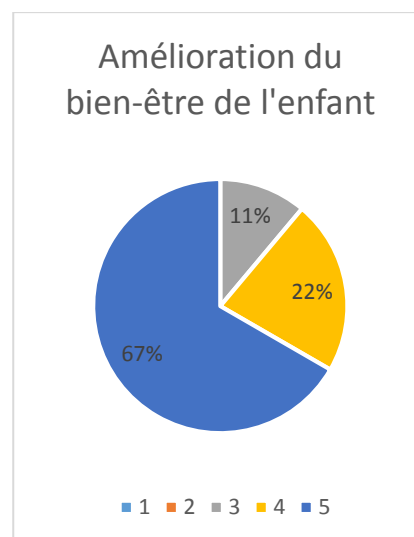
Promotion d'une
culture de l'innovation



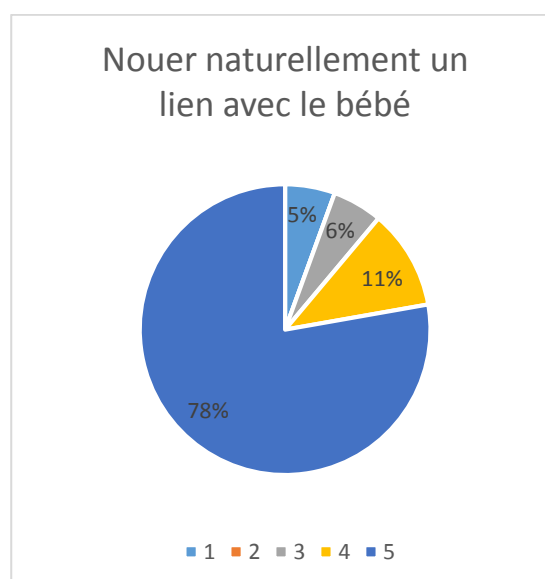
89% des patientes estiment que **la prise en charge koala / kangourou les rend plus autonome dans leur rôle de mère**. Ici, on est dans le registre de l'impact, car c'est bien, selon elles, la prise en charge koala / kangourou qui leur permet d'être (encore) plus autonomes.



88% estiment que **la prise en charge koala / kangourou a amélioré le bien-être de leur enfant**, ce qui valide la qualité du lien développé entre la mère et l'enfant grâce à la prise en charge.



88% estiment que **la prise en charge koala / kangourou leur a permis de nouer naturellement un lien avec leur bébé**, ce qui, à nouveau, entre dans la catégorie de l'impact et du lien entre la mère et l'enfant.



Il est intéressant de noter que ces 3 impacts (liens naturels avec l'enfant, autonomie de la mère et bien-être de l'enfant) se distingue d'autres impacts, qui sont un peu en-dessous, comme : la déculpabilisation vis-à-vis de son enfant (77% des patientes se sentent moins coupables grâce à cette prise en charge), l'amélioration de la qualité du service rendu (72% estiment que le service rendu est de meilleur qualité grâce à la prise en charge koala / kangourou), ou encore la diminution du stress au quotidien (même si 84 % estiment que la prise en charge koala / kangourou les déstresse au quotidien).

Enfin, 30% d'entre elles estiment que cette prise en charge n'a pas été décisive dans leur choix de venir au CH de Calais, et un certain nombre de patientes ont exprimé le fait qu'elles ne connaissaient pas la prise en charge koala / kangourou à la maternité.

Conclusions :

- Au niveau de l'institution, les patientes du territoire n'identifient pas le CH comme un promoteur de l'innovation. Elles ne perçoivent pas encore parfaitement l'intérêt de cette prise en charge koala / kangourou par rapport à d'autres prises en charge : elle n'est pas pleinement un critère de choix du CH de Calais.
- Au niveau des patientes, il apparait que la prise en charge koala / kangourou aurait un rôle précis pour la mère (autonomisation), pour l'enfant (amélioration de son bien-être), et développe le lien entre les deux, ce qui valide certaines hypothèses. Ces 3 rôles pourraient être des axes de communication auprès des patientes.

Questionnaire pour la mesure d'impact social du programme d'ETP au SSR



Bonjour,

Merci beaucoup de prendre le temps de répondre à ce questionnaire après le suivi de votre programme au CH de Calais. Je suis élève-directeur d'hôpital à l'EHESP (Rennes), en stage au CH de Calais. Ce questionnaire a été réalisé pour le compte de mon mémoire de fin d'études sur la mesure d'impact social de certains services de l'hôpital. Il a donc une vocation scolaire, et n'est pas lié au CH de Calais.

Merci beaucoup de prendre 5 minutes pour y répondre, vos retours vont vraiment m'aider !
Romain.

Echelle de valeur

1 = Non, pas du tout

3 = Neutre

5 = Oui, tout à fait

2 = Non

4 = Oui

En particulier sur mon hospitalisation

Dans quelle mesure votre appréhension vis-à-vis de votre pathologie a-t-elle baissé grâce au programme ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure avez-vous suivi tout le programme grâce au groupe ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure le programme vous-a-t-il donné envie de continuer à faire des efforts physiques une fois qu'il est terminé ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Est-ce que vous fumiez ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, est-ce que le programme vous a aidé à arrêter de fumer ?

Dans quelle mesure vous estimez-vous plus heureux aujourd'hui grâce au suivi du programme ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure le programme vous a-t-il permis de mieux comprendre votre pathologie ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure avez-vous une vision plus positive du CH de Calais grâce à la participation à ce programme ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure, grâce au programme, avez-vous envie de jardiner ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure, grâce au programme, vous allez faire vos courses à pied plutôt qu'en voiture ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure considérez-vous que vous êtes en meilleure santé grâce au programme ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

En général, sur mon hospitalisation

Dans quelle mesure, grâce au programme, vous êtes davantage acteur de votre santé ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure, grâce au programme, votre vie de tous les jours s'améliore-t-elle ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure, grâce au programme, votre confiance en l'hôpital de Calais pour améliorer la santé des habitants sur le territoire ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Est-ce que vous habitez le Calais ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que vous allez poursuivre le programme avec une association du Calais ? ☐ Oui ☐ Non

Dans quelle mesure, grâce au programme, vous réduisez votre empreinte carbone ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Dans quelle mesure, grâce au programme, vous avez découvert des nouvelles techniques de soins ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Remarques sur le questionnaire (question non-pertinentes, ou pas clair ...)

GERARD	Romain	Octobre 2019
Directeur d'hôpital Promotion 2018-2019		
Mesurer « l'impact social » de l'hôpital public : référentiel et méthode pour introduire des indicateurs multidimensionnels dans la gestion courante d'un hôpital.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Mines de Paris		
Résumé : La « mesure d'impact social » est une technique héritée du secteur non-lucratif anglo-saxon, destinée à prouver aux financeurs, au personnel et aux citoyens l'utilité d'organisations qui affichent une mission sociale. Si l'hôpital public ne manque pas d'indicateurs, aucun d'entre eux ne rend compte de sa raison d'être, de son utilité sociétale pourtant importante. Par le biais de trois projets pilotes au CH de Calais – circuit du patient-debout en chirurgie ambulatoire, prise en charge koala / kangourou en maternité, programme d'ETP au SSR – un référentiel, cartographiant l'ensemble des impacts sociaux de l'hôpital (impacts environnementaux, économiques, conditions de travail ...) est proposé. Il est accompagné d'une méthode pour lui permettre de s'inscrire dans le quotidien d'un directeur en poste et dans le fonctionnement d'un hôpital public. Deux principaux types d'indicateurs sont mis en avant. Dans un premier temps, des indicateurs centrés sur les besoins des patients, qui mesurent le premier des impacts sociaux de l'hôpital, à savoir la qualité des soins prodigués. Dans un deuxième temps, des indicateurs multidimensionnels, mettant en avant l'impact économique, environnemental, sociétal de l'hôpital public. Les expérimentations menées montrent les multiples intérêts d'appliquer la mesure d'impact social dans un hôpital public : facilitation du dialogue entre l'administration, les médecins, et les soignants, comparaison entre hôpitaux, stratégie orientée vers les besoins de son territoire ... C'est pourquoi des propositions sont formulées pour appliquer la mesure d'impact social dans la gestion courante de l'hôpital, ce qui passera au niveau national par la création d'un « référentiel d'impact social » sur lequel pourront se fonder des incitations non-financières, comme la certification, et des incitations financières, via l'évolution du financement à la qualité des établissements de santé.		
Mots clés : Indicateurs, HAS, référentiel, financement, certification, expérimentation, mesure d'impact social, politiques publiques, management, dialogue de gestion.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

