



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Octobre 2023**

**L'élargissement du concept de
l'hôpital magnétique aux enjeux
contemporains des établissements
publics de santé.**

**Exemple au Centre Hospitalier de
Saint-Quentin.**

Umair KHALID

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le Directeur Général du Centre Hospitalier de Saint-Quentin, M. Christophe BLANCHARD pour m'avoir accueilli durant mon stage de direction dans le cadre de la formation de Directeur d'hôpital ainsi que l'ensemble de l'équipe de Direction pour leur accueil, leur grande disponibilité et leurs précieux conseils dans le cadre des différents projets de l'institution qui m'ont été confiés.

Je tiens également à remercier la Directrice Générale Adjointe, Mme Nathalie BÉCRET, le Secrétaire Générale du GHT, M. Laurent CURTI, la Directrice des Soins Mme Céline DOGNA, La Directrice des Affaires Financières Mme Gaëlle SANGER, ainsi que la Directrice des Ressources Humaines Mme Mélanie ALMEIDA pour leur accompagnement quotidien durant ce stage de direction.

Je remercie Monsieur le Président de la Commission Médicale d'Établissement, le Dr Mahen AL BADAWI pour sa disponibilité et son accompagnement autour du projet relatif au déploiement de l'expérience patient.

Je remercie également l'ensemble des équipes de la Direction Générale, de la Direction des Ressources Humaines, de la Direction des Affaires Financières et de la Direction de la Gestion des Risques, de la Qualité, des Usagers et de la Communication avec qui j'ai eu un grand plaisir à collaborer et à échanger.

Je tiens enfin à remercier l'ensemble des professionnels que j'ai rencontré durant ces deux années pour leur disponibilité, leur professionnalisme, leur enthousiasme et leur accueil.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie.....	4
Contexte général de l'établissement hospitalier.....	5
1 Le concept de l'hôpital magnétique initialement imaginé entendait répondre à une crise d'attractivité du personnel paramédical et médical.....	7
1.1 La large définition du magnétisme hospitalier	7
1.2 Trois valeurs structurent le concept du magnétisme hospitalier.....	9
1.3 Les effets attendus du magnétisme hospitalier sont pluridimensionnels.....	11
1.4 Le modèle de l'hôpital magnétique fait ressortir des indicateurs regardés de très près par les organisations syndicales ainsi que les professionnels des ressources humaines.....	12
1.5 La transférabilité du concept de l'hôpital magnétique : utopie ou réalité ?.....	12
1.6 Quelles implications pratiques en termes de GRH dans le cadre de l'hôpital magnétique ?.....	13
1.7 L'hôpital magnétique dans le paysage français : une conception plus large à développer ?.....	14
2 Les préoccupations des différents acteurs : partenaires, professionnels et patients entendent illustrer une nouvelle vision de l'hôpital magnétique sur son territoire.....	16
2.1 L'implication des pouvoirs publics dans le cadre de l'attractivité régionale et locale	17
2.1.1 Les facilités de restauration au sein de l'IFSI de Saint-Quentin : une initiative du Conseil Régional.....	18
2.1.2 La mise en place de Journées d'Accueil des Nouveaux Arrivants (JANA) par la Mairie de Saint-Quentin.....	18
2.1.3 La mise en place future d'une journée des nouveaux arrivants au sein du Centre Hospitalier de Saint-Quentin	18
2.2 L'implication des usagers et des professionnels à travers le développement de l'expérience patient.....	19
2.2.1 Une démarche innovante partie intégrante des percées managériales conduites par le Chef d'établissement	19
2.2.2 La création d'un Comité Expérience Patient et son rattachement à une instance décisionnelle.....	20
2.2.3 Le choix de la composition des membres du Comité Expérience Patient.....	21
2.2.4 Les différentes phases de travail du Comité Expérience Patient	22

2.2.5	Les avancées en matière d'amélioration de l'expérience patient	26
2.3	Le développement de la marque-employeur	27
2.3.1	La proposition de mise en place de la marque-employeur s'inspire des établissements voisins du Centre Hospitalier mais également du secteur privé.....	28
2.3.2	Les forces et faiblesses de la marque-employeur au sein des établissements publics de santé : Exemple au Centre Hospitalier de Saint-Quentin.....	30
2.4	La visibilité de l'offre de soins pour les patients et les professionnels sur le territoire : l'exemple de la mise en place d'une filière addictologie au GHT ANHS	32
2.4.1	Le PMSP : un outil qui permet d'apporter aux professionnels et aux patients une lisibilité dans l'offre de soins.....	33
2.4.2	L'organisation par filière comme outil de structuration de l'offre de soins et d'affirmation de magnétisme territorial en matière de spécialisation.....	33
2.5	L'amélioration des délais de paiement	35
2.5.1	Le cadre réglementaire relatif aux délais de paiement des fournisseurs.....	35
2.5.2	L'amélioration progressive des délais de paiement en fonction des fournisseurs à partir de l'élaboration d'une priorisation de ces derniers.	36
2.6	La Responsabilité Sociale des Organisations : un parent pauvre de l'hôpital magnétique.	36
2.6.1	La RSO relative aux ressources humaines.....	37
2.6.2	La RSO relative à l'engagement du respect de l'environnement : l'exemple du tri des déchets	38
2.6.3	La RSO relative à une mobilité plus propre et respectueuse de l'environnement	38
3	Néanmoins la structuration actuelle des établissements publics de santé encourage à réfléchir de nouvelles modalités de magnétisme à l'échelle du GHT.	39
3.1	Le magnétisme hospitalier face à la réglementation encadrant les fonctions mutualisées dans le cadre des GHT.....	39
3.2	La mise en place d'une marque-employeur au niveau du GHT	40
3.3	La mise en place d'une politique RSO au niveau du GHT	41
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection Longue Durée
ANHS : Aisne Nord Haute-Somme
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CDU : Commission Des Usagers
CME : Commission Médicale d'Établissement
COSTRAT : Comité Stratégique
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CTEL : Comité Territorial des Élus Locaux
DGRQUC : Direction de la Gestion des Risques de la Qualité, des Usagers et de la Communication
DRH : Direction des Ressources Humaines
DC : Direction Commune
GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire
GRH : Gestion des Ressources Humaines
HAD : Hospitalisation À Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IFEP : Institut Français de l'Expérience Patient
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
JANA : Journées d'Accueil des Nouveaux Arrivants
LDG : Lignes Directrices de Gestion
MDA : Maison des Adolescents
PET : Prime d'Exercice Territoriale
PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement
PM : Personnel Médical
PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé
PNM : Personnel Non-Médical
RTC : Retraitement Comptable
TAS : Territoire d'Animation Sanitaire
QVCT : Qualité de Vie et Conditions de Travail

Introduction

En France et plus largement au sein des pays développés, le désarroi grandissant des professions hospitalières est manifeste. En France, la récente enquête de la DREES¹ met en lumière cette tendance notamment concernant le métier d'infirmier-ère, « près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière ». Ces chiffres illustrent d'une part que le personnel infirmier peut être ouvert à de nouvelles opportunités de carrière mais montre également la volonté de ces derniers à découvrir de nouvelles conditions de travail. Cette dynamique ne date pas d'hier et ne se cantonne pas seulement à la profession infirmière puisque déjà en 2011, près de 15% des médecins et des infirmières se déclaraient fréquemment prêt à quitter la profession (Estryn-Behar et al., 2011).

Ainsi, l'enjeu pour les établissements publics de santé est crucial de renverser ces tendances et de disposer de manière durable de personnels performants, à même de garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins rendus aux patients. Face à cet enjeu, la communauté infirmière américaine apporte depuis trente ans, une réponse originale au moyen d'un programme de labellisation, le Magnet Hospital Recognition Program (ANCC, 2008), qui distingue les hôpitaux dits « magnétiques » ou « aimants », reconnus pour allier d'une part des résultats sanitaires performants et d'autre part des conditions de travail jugées favorables par les soignants. Cette notion trouve sa genèse dans le contexte nord-américain, marqué par la publication d'ouvrages comme « Le Prix de l'Excellence » et l'avènement de la psychologie positive, et où s'est développée une recherche en santé publique et en soins infirmiers. Cette approche a cependant des leçons transférables dans le contexte français et européen, frappé par cette montée des risques psychosociaux et cette désaffection du personnel hospitalier. Elle ouvre de nouvelles pistes de réflexions et d'actions, pour les professionnels.

Le « Magnet Hospital » classiquement traduit par hôpital magnétique, exprime cette propriété physique de la matière aimantée, mais également par extension la communication d'un fluide « magnétique » à un objet, ici l'établissement public de santé ou hôpital. L'expression d'hôpital « aimant » est aussi utilisée au Québec, signifiant au sens propre la capacité d'une part de rétention et d'autre part d'attractivité et au sens figuré la capacité de fournir du bien-être à leurs patients comme à leurs personnels. Cet outil de standardisation des pratiques de Gestion des Ressources Humaines (GRH) se focalise sur les dimensions positives du contexte hospitalier, qui favorisent le désir de

¹ Pierre PORA, Près d'une infirmière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière, Juillet 2023.

rester plutôt que l'envie de partir. Ce concept analyse les plus-values des établissements de santé et la manière dont ces derniers peuvent consolider leur positionnement. Bien plus qu'un guide normatif de bonnes pratiques de ressources humaines dédiées aux « infirmières », le concept se présente aujourd'hui comme un mode de management réconciliant la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) ainsi que la performance organisationnelle pour toutes les professions administratives, médicales, médico-techniques, paramédicales et techniques.

Néanmoins, la question de l'hôpital magnétique est aujourd'hui pensée de manière protéiforme compte-tenu des évolutions sociétales et générationnelles. Il est vrai qu'à l'heure de la naissance de ce concept, de nombreux paramètres n'étaient pas ou peu observés. D'autant plus que la crise sanitaire de 2020 liée au SARS-COV-2 a bouleversé le fonctionnement traditionnel des établissements de santé, et ce partout dans le monde. À titre d'exemple, la question de l'implication des professionnels et des patients notamment dans l'amélioration de leur propre expérience ou encore la prise en compte de l'engagement à travers le concept de Responsabilité Sociale des Organisations (RSO) des établissements de santé n'étaient pas au cœur du sujet initial de l'hôpital magnétique. De même que la réputation de l'établissement public de santé comme « client » pour les fournisseurs ou encore la possibilité de mobilité au sein de l'établissement – vers des fonctions managériales ou encore d'hyperspécialisation de type IPA - n'ont que faiblement été étudiées dans la conception de l'hôpital magnétique, alors que ces derniers se reposent sur la même méthodologie de « bouche à oreille » de la réputation d'un établissement, conduisant ainsi à un magnétisme favorable ou non-favorable des clients, des patients ou encore des professionnels.

L'écosystème des établissements publics de santé demeure l'un des plus complexes au 21^{ème} siècle compte-tenu des responsabilités qui s'y affèrent à ces derniers. Principal pourvoyeur d'emploi dans certaines communes ou encore en situation de monopole dans le cadre de l'accès aux soins dans d'autres, l'hôpital public endosse de multiples responsabilités afin d'assurer ses missions de soins et de prévention. Il n'en demeure pas moins que ce dernier est soumis aux mêmes principes de concurrence en matière de ressources humaines et d'offre de soins que les établissements de santé privés ou encore les entreprises privées². Soumis à une forte concurrence à la fois sur le plan des ressources humaines et des parts de marché de soins, l'hôpital public s'inspire, s'innove et s'adapte à son environnement et aux nouvelles générations qui sont les professionnels de demain.

² Avec le développement de l'HAD, des entreprises privées de soins à domicile proposent des offres d'emploi aux IDE selon des conditions de travail et des rémunérations plus attractives que les grilles de la FPH.

Au-delà des leviers nationaux, régionaux et territoriaux mobilisés par les pouvoirs publics, comment un établissement public de santé parvient-il à mobiliser de nouveaux leviers afin de prendre en compte l'ensemble des éléments de son écosystème ayant un impact sur son attractivité ? Dans quelle mesure ces nouveaux leviers sont-ils complémentaires au concept de l'hôpital magnétique ? Peuvent-ils être des composants du magnétisme des établissements publics de santé ? Quelles sont les difficultés auxquels sont confrontés les établissements publics de santé lorsqu'ils mettent en place des mesures relatives au magnétisme hospitalier ?

Après avoir dressé une analyse détaillée du concept de l'hôpital magnétique en France et à l'étranger (I) seront exposés les éléments complémentaires qui viennent alimenter ce concept au sein du Centre Hospitalier de Saint-Quentin en intégrant les stratégies territoriales dans le cadre du GHT (II). Enfin sera abordée les questions concernant d'une part les difficultés inhérentes au développement de l'hôpital magnétique compte-tenu de son intégration au sein des GHT et d'autre part les solutions envisagées afin de limiter ces dernières (III).

Méthodologie

La méthodologie de recueil utilisée afin d'élaborer ce mémoire se fonde dans un premier temps sur la littérature concernant le concept de l'hôpital magnétique. Celle-ci est alimentée par une pluralité de publications du continent nord-américain. Néanmoins elle se raréfie au niveau européen et plus précisément en France. C'est en ce sens que ce sujet a contribué à inspirer mon enthousiasme à analyser cette thématique. Trois références (McClure et al., 1983 ; Sibé Mathieu, 2009 ; Yves Brunelle, 2009) ont en particulier permis de nourrir mes connaissances du concept de l'hôpital magnétique.

L'élargissement de l'analyse du concept de l'hôpital magnétique a été nourri au fur et à mesure des rencontres avec d'une part les professionnels administratifs, médicaux et paramédicaux, médico-techniques et techniques et d'autre part des patients et partenaires – fournisseurs - du Centre Hospitalier de Saint-Quentin. Des entretiens complémentaires ont également été réalisés auprès des équipes des différents établissements du Groupement Hospitalier de Territoire Aisne-Nord Haute-Somme.

Concernant les entretiens au sein du Centre Hospitalier de Saint-Quentin, ces derniers représentaient une source d'information relative aux inspirations des équipes concernant les mécanismes de magnétisme – hospitalier propres au Centre Hospitalier de Saint-Quentin.

Concernant les entretiens effectués au sein des établissements du GHT, ces derniers visaient à recueillir la position du GHT et notamment du développement des filières de soins dans l'attractivité d'une part des professionnels et d'autre part des patients.

Contexte général de l'établissement hospitalier.

Avec près de 900 lits et places couvrant une large gamme d'activités sanitaires et médicosociales (MCO, psychiatrie, SSR, USLD, EHPAD, SSIAD, CAMSP, CSAPA, ...) pour un budget avoisinant les 200 millions d'euros, fédérant près de 2 700 salariés, le Centre Hospitalier de Saint-Quentin est le second établissement de santé le plus important de l'ex région Picardie, derrière le CHU d'Amiens-Picardie. Le Centre Hospitalier de Saint-Quentin est en direction commune avec le CH de Chauny, le CH de Péronne, ainsi que le CH de Guise et de Bohain. De plus, le centre hospitalier de Saint-Quentin est l'établissement support du GHT Aisne-Nord – Haute-Somme, le troisième plus important en taille de la région Hauts-de-France. Il regroupe onze établissements, implantés sur un bassin de vie d'environ 400 000 habitants.

xz

Le Centre Hospitalier de Saint-Quentin développe de nouvelles modalités de prise en charge sur son territoire notamment en étant établissement pivot en matière d'animation territoriale. Au sein de cette dynamique, d'une part, le CH est en phase de déployer un Contrat Local de Santé alliant médecine de ville et établissement de santé privé de son territoire afin de créer des parcours de soin et d'autre part d'élaborer des filières de prise en charge ciblées selon certaines spécialités.

Le Centre Hospitalier de Saint-Quentin eu regard des engagements du Directeur Général, M. Christophe BLANCHARD, s'insère dans une lancée innovante en matière de management et d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.

Premièrement, quatre percées managériales viennent impulser le projet d'établissement 2022-2026 qui insufflera un positionnement contemporain de l'établissement au service des professionnels et des usagers, gage d'attractivité.

Deuxièmement, six axes stratégiques viennent nourrir une vision réflexive et réactive de la qualité et de la gestion des risques au fil de l'eau.

Ces dynamiques inscrivent le Centre Hospitalier de Saint-Quentin dans un ancrage territorial solide et dans un dispositif inédit d'innovation continue, témoignant du dynamisme des équipes et de leur implication dans la vie de l'établissement au service des usagers du territoire Aisne Nord Haute-Somme

1 Le concept de l'hôpital magnétique initialement imaginé entendait répondre à une crise d'attractivité du personnel paramédical et médical.

Le concept de l'hôpital magnétique initialement imaginé entendait répondre à une crise d'attractivité du personnel paramédical et médical. Son champ néanmoins est circonscrit au sein d'une large définition du concept (1.1) qui s'articule autour de trois valeurs essentielles (1.2) dont les effets attendus sont pluridimensionnels (1.3). Par ailleurs, le modèle de l'hôpital magnétique met en avant des indicateurs au centre de l'attention des ressources humaines ainsi que des organisations syndicales (1.4). Ce concept interrogé, issu du continent Nord-Américain il est intéressant de se questionner sur sa transposabilité au sein des établissements publics de santé français (1.5) et de ses implications pratiques en termes de GRH (1.6). Enfin, le questionnement autour d'un élargissement du regard de l'hôpital magnétique paraît intéressant compte-tenu des évolutions auxquels sont confrontés les établissements publics de santé aujourd'hui (1.7).

1.1 La large définition du magnétisme hospitalier

L'hôpital magnétique est un concept historiquement construit par et pour les soignants. A l'origine, il se définit comme étant « un établissement qui a la capacité d'attirer et de retenir les personnels soignants » (McClure et al., 1983). Il s'agit donc de prime abord d'un concept RH qui s'articule autour d'une part de l'attractivité et d'autre part de la rétention du personnel infirmier. L'objectif poursuivi par ce concept était initialement d'améliorer les conditions de travail des soignants dans les établissements hospitaliers

Deux décennies plus tard, l'hôpital magnétique est défini d'une manière complémentaire, le concept est défini comme « un contexte organisationnel qui rend possible la meilleure performance de chaque professionnel de santé » (Lundmark, 2008). Par phénomène de contagion, le magnétisme hospitalier affecte l'ensemble de la communauté professionnelle des soignants, y compris les médecins. L'impact du magnétisme hospitalier s'étend désormais à la performance globale de l'hôpital, incluant l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins.

Récemment, le québécois Yvon Brunelle (2009) considère qu'un hôpital magnétique est « un hôpital où il fait à la fois bon travailler et bon se faire soigner ». La définition inclut selon l'auteur la dimension du patient. Nous observons qu'à travers l'élargissement du

spectre du concept, que ce dernier apporte de plus en plus d'éléments afin de définir ce concept.

Les organisations aux attributs « magnétiques » sont ainsi aptes à conjuguer d'une part le bien-être au travail et d'autre part la qualité des soins. Le magnétisme hospitalier offre ainsi une solution aux préoccupations actuelles sur l'amélioration de la qualité de vie et des conditions au travail (QVCT) et de la santé au travail des personnels hospitaliers, comme le réclament, notamment en France, les rapports gouvernementaux successifs et les travaux de la Haute Autorité en Santé (Couty & Scotton, 2013)³.

De nombreux auteurs ont identifié de multiples autres facteurs clés de magnétisme comme :

- La décentralisation de l'organisation – ou la gestion polaire de proximité
- La flexibilité des horaires de travail – ou les schémas d'horaires innovants⁴
- La communication systématique entre le management et l'équipe
- Le développement professionnel
- Le soutien organisationnel ;
- Les relations collaboratives entre soignants et médecins – notamment dans le cadre du PMSP
- L'autonomie clinique des soignants – avec le développement des compétences dans le cadre des IPA
- Le contrôle sur l'environnement de la pratique soignante – avec le développement de nouvelles modalités d'environnement de soins comme l'HAD par exemple.

³ Synthèse de travaux « Le pacte de confiance pour l'hôpital ».

⁴ Mis en place par l'AP-HP dans le cadre des « 30 leviers pour agir ensemble », Décembre 2022.

Comme mentionné ci-dessus, le spectre de définition du magnétisme hospitalier demeure vaste et protéiforme. C'est à partir de 2004 que le concept de l'hôpital magnétique se stabilise dans la littérature scientifique à l'aide d'une liste de facteurs organisationnels répartis en huit dimensions dites « essentielles » :



1.2 Trois valeurs structurent le concept du magnétisme hospitalier

Le magnétisme hospitalier se structure autour de trois valeurs (Mathieu Sibé, David Alis, 2008) :

- La bienveillance ou le « care » vis-à-vis d'une part des patients et d'autre part des professionnels ;
- L'autonomie dans un cadre organisé par les réglementations professionnelles en vigueur – déontologie de chaque métier inscrit au sein du Code de la Santé Publique ;
- Et enfin la complémentarité des actions des pouvoirs administratifs, médicaux et soignants visant la responsabilisation et la coopération.

Concernant la première valeur, l'hôpital magnétique obéit « à un système pétri des valeurs éthiques du care » (Mathieu Sibé, 2008). Ce système est défini comme la recherche d'une bienveillance à l'égard des patients et des malades. Il s'agit ici d'une boucle vertueuse qui entend répondre à une logique de « don contre don ». L'organisation « aimante » contribue à la réalisation de chaque individu et accueille avec une bienveillance les attentes personnes des professionnels. Les objectifs personnels des professionnels ainsi que les buts de l'établissement peuvent être conciliés de manière harmonieuse, à condition d'adapter l'organisation au facteur humain.

Concernant la deuxième valeur, l'organisation dite magnétique se doit de reconnaître le rôle singulier de chaque acteur dans la chaîne du soin. L'autonomie est encouragée sans pour autant rimer avec la notion « d'indépendance ». Chaque profession de santé au sein d'une organisation se doit d'exercer ses missions en fonction de la réglementation ordinaire qui lui est applicable. Néanmoins la pluridisciplinarité et la décision partagée représentent un ingrédient essentiel dans le cadre du magnétisme.

Concernant la troisième valeur, la conception de l'hôpital magnétique se base sur la complémentarité entre le corps administratif, médical et soignant considérant « qu'en dehors de cette conception de structuration du pouvoir, rien ne peut changer » (McClure et al., 1983). La structure décisionnelle « est plate et décentralisée, pour favoriser le partage du pouvoir et garantir à chacun la maîtrise du contenu de son travail et son autonomie professionnelle ». McClure et al. s'alignent ainsi sur le point de vue de Rollo May (1972), selon lequel « le pouvoir est l'aptitude à opérer ou prévenir le changement ». Ainsi, il ne s'agit pas d'une recherche du pouvoir pour le pouvoir au sens propre du terme, qui serait un pouvoir « exploiteur » (pouvoir en tant que force), ou un pouvoir « manipulateur » (pouvoir « sur »), ou même un pouvoir « compétitif » (pouvoir « contre »). L'exercice magnétique du « pouvoir » prend la forme d'un pouvoir « nourricier » et « intégrateur » (pouvoir « pour » et « avec »), qui découle de la préoccupation pour le bien-être du groupe dont la personne a la responsabilité, et qui à partir d'une approche dite non violente de la critique, de la différence et du conflit favorise une prise de conscience, une responsabilisation et une coopération.

Cette troisième a d'ailleurs nourri les réflexions des pouvoirs publics notamment dans le cadre de la mise en place de la Charte de Gouvernance ainsi que des Contrats de Pôle qui à travers la contractualisation interne instaure un principe d'équilibre de la gouvernance et de l'alliance médico-administrative⁵.

⁵ Pilier 3 du Ségur de la Santé.

À travers l'analyse de la littérature consacrée à l'hôpital magnétique ainsi que des travaux s'y intéressant, nous pouvons observer une prise en compte des différents facteurs et valeurs organisationnels au gré des réformes de notre système de santé. Ainsi, le concept d'hôpital magnétique tant sur plan conceptuel que sur le plan opérationnel ne cesse d'être nourri et enrichi avec des effets parfois non-attendus.

1.3 Les effets attendus du magnétisme hospitalier sont pluridimensionnels

Le magnétisme hospitalier dépasse la simple fidélisation des professionnels soignants comme nous avons pu l'évoquer, entre autres ce dernier porte également sur l'efficacité, la qualité ainsi que la sécurité des soins.

Concernant le champ des risques psychosociaux au travail, les travaux de recherche de Alken et Sloane en 1997 mettent en avant un effet protecteur sur les accidents du travail, notamment en matière de burn-out ou encore d'absentéisme médical pour convenance personnelle (Tigert & Laschinger, 2004).

En termes d'attitudes et des états psychologiques ressentis par les professionnels soignants, le magnétisme renforce l'implication ainsi que la satisfaction au travail. Ce dernier a également un impact sur le turn-over (Stone et al., 2007), maintien l'équilibre vie privée / professionnelle (Ko, 2013) et améliore la qualité et la productivité perçue des soins (Kramer, 2011).

Concernant la performance des soins, selon la littérature scientifique, les hôpitaux dits magnétiques démontrent une capacité supérieure pour obtenir des taux de mortalité plus faibles, une satisfaction des patients plus élevée que les autres établissements hospitaliers, des plaintes moins fréquentes des patients et de leur proche, et des indicateurs de qualité meilleurs quels que soient les domaines de soins envisagés (Aiken et al. 2000). Plus récemment, des travaux autour de la pression accrue sur la sécurisation des épisodes de soins, montrent que le magnétisme coïncide avec des erreurs plus faibles (Lake et al., 2010).

1.4 Le modèle de l'hôpital magnétique fait ressortir des indicateurs regardés de très près par les organisations syndicales ainsi que les professionnels des ressources humaines.

La mise en perspective des résultats des travaux empiriques mentionnés permet d'explicitier le modèle synthétique de l'hôpital magnétique. Agissant comme un cadre « intégrateur de la performance globale d'un établissement hospitalier », son modèle est de type causes-conséquences, à effets attitudeux et comportementaux directs et positifs. Aux huit dimensions essentielles du magnétisme hospitalier de Kramer et Schmalenberg, quatre résultats viennent illustrer le modèle de l'hôpital magnétique :

- Une meilleure performance des soins : notamment en matière de qualité, sécurité des soins et satisfaction des patients ;
- Une plus grande mobilisation des soignants : satisfaction au travail, implication professionnelle ;
- Une meilleure santé mentale et physique : taux d'accident du travail en dessous de la moyenne, taux d'arrêts maladie en dessous de la moyenne ;
- Une plus grande attractivité et fidélité à l'organisation : taux d'absentéisme en dessous de la moyenne, turnover plus faible, taux de rétention.

Ces indicateurs sont également ceux mis en avant dans le cadre du projet social et transmis aux organisations syndicales qui suivent de manière vigilante ces indicateurs.

1.5 La transférabilité du concept de l'hôpital magnétique : utopie ou réalité ?

Le concept de l'hôpital magnétique tire ses origines du modèle Nord-Américain qui se caractérise par des variables systémiques et organisationnelles différentes. D'une part, les variables systémiques entendent répondre à un cadre légal et réglementaire en France relatif à la fonction publique hospitalière – recrutement, mise en stage, intégration, formation et qualification, promotion et plan de carrière, horaires et conditions de travail, repos de sécurité - qui n'existe pas dans le système de santé Nord-Américain. D'autre part les variables organisationnelles ne répondent pas aux mêmes attentes que les établissements de santé privés du continent Nord-Américain. En effet les valeurs du service public hospitalier alimentent des organisations ne pouvant être aussi souples que celles d'un établissement de santé privé.

Néanmoins les récentes évolutions législatives en France permettent aux établissements publics de santé de mettre en place de nouvelles modalités systémiques⁶ et organisationnelles innovantes⁷.

Dans le cadre des carrières paramédicales, l'ouverture de la profession d'IPA en 2018⁸ entend également modifier le paysage du partage de compétences médico-soignantes favorisant une autonomie clinique qui était jusqu'à présent limitée.

Enfin dans le cadre de la structuration de la gouvernance des pôles ainsi que des services, le binôme encadrant médico-soignant instaure de facto un climat relationnel qui conduit les établissements publics de santé vers le modèle magnétique.

1.6 Quelles implications pratiques en termes de GRH dans le cadre de l'hôpital magnétique ?

L'hôpital magnétique ouvre une perspective basée sur le développement du bien-être au travail et des capacités positives des organisations de santé.

De l'autre côté de la Manche, comme le dicte Matthieu Sibé (2008), le National Health Service (NHS) a mis en place de nombreux leviers afin d'améliorer la qualité de vie et des conditions au travail notamment en instaurant des pratiques managériales bienveillantes, en modifiant le régime de rémunération ou encore en instaurant des schémas horaires innovants. Néanmoins, ce dernier n'a pas été épargné après la crise sanitaire d'une hausse spectaculaire des démissions⁹. En termes de pratiques GRH l'actualisation des politiques RH (à travers les LDG), la vigilance importante du bien-être des professionnels par les RH ainsi que la prise d'appui sur les capacités organisationnelles et managériales existantes (à travers la co-construction de projets) permettent de se rapprocher du modèle RH de l'hôpital magnétique.

⁶ Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS), 2016.

⁷ Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018

⁸ Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée modifié par l'arrêté du 12 août 2019 et par l'arrêté du 22 octobre 2021

⁹ <https://www.20minutes.fr/sante/3221399-20220121-covid-19-royaume-uni-33000-soignants-demissionnent-trois-mois-epuises-pandemie#:~:text=Quelque%2033.000%20employ%C3%A9s%20m%C3%A9dicaux%20du,vie%2C%20selon%20des%20statistiques%20officielles>.

Plus largement au sens pratique, Matthieu Sibé met en lumière six dispositifs incitatifs qui existent au sein du secteur privé RH depuis 1990 – développé notamment dans le cadre de la marque-employeur – pouvant alimenter le modèle de l'hôpital magnétique :

- Un recrutement soigné (onboarding)
- Une intégration réussie
- Une formation renforcée
- Une rémunération incitative
- Des conditions de travail bienveillantes
- Une responsabilisation et un développement des compétences psycho-sociales des managers de proximité.

Le concept d'hôpital magnétique n'est pas forcément une solution à tous les maux, notamment avec le recul de la crise sanitaire.

Le concept d'hôpital magnétique a inspiré de manière importante les pouvoirs publics à travers les différentes réformes de notre système de santé depuis les années 2016. Néanmoins, ce concept trouve matière à être approfondi notamment en prenant en compte plus largement l'écosystème des établissements publics de santé.

1.7 L'hôpital magnétique dans le paysage français : une conception plus large à développer ?

Les établissements publics de santé sont aujourd'hui au cœur d'un écosystème au sein duquel les acteurs interagissent entre eux. Élus locaux, étudiants, fournisseurs, patients, professionnels et usagers ont pour point commun d'interagir avec « l'hôpital ». La notoriété d'un établissements publics de santé peut être abordé par plusieurs angles.

Concernant les élus locaux, ces derniers sont vigilants à la conduite générale de l'établissement et des offres de soins pouvant être dispensées pour leurs administrés. Président du Conseil de Surveillance, le Maire de la commune de l'établissement public hospitalier s'intéresse également de près aux ressources humaines employées. En effet dans de nombreuses petites et moyennes villes, les établissements publics de santé restent les principaux pourvoyeurs d'emploi, ce qui représente un bassin d'emploi non-conséquent pour un représentant local.

Concernant les étudiants, les IFSI rattachés aux établissements publics de santé sont souvent les viviers de recrutement des futurs professionnels. Leur expérience en tant qu'élève est le plus souvent révélatrice de leur volonté de travailler ou non au sein de l'établissement public de santé au sein duquel ils ont été formés et ont développé leurs compétences professionnelles. Ainsi, la réputation d'un établissement publics de santé auprès de ces publics peut être un réel obstacle si cette dernière est négative.

Concernant les fournisseurs, les établissements publics de santé sont également des « clients » pesant parfois pour plus de la moitié de leur chiffre d'affaires. Ces derniers sont également des relais de la notoriété d'un établissement, ils savent identifier les bons et les mauvais élèves lorsque les délais de paiement ne sont respectés.

Concernant les patients – ou usagers -, leur prise en charge et leur expérience en tant que patient influent sur le lieu où ces derniers souhaitent être pris en charge. En effet outre les classements annuels des « meilleurs hôpitaux », les établissements publics de santé peuvent rapidement souffrir d'une mauvaise presse au niveau local. Véritable service public, l'hôpital se doit d'intégrer le ressenti des patients¹⁰ qui restent acteurs de leur prise en charge et qui peuvent accompagner les équipes de Direction à améliorer le service rendu aux usagers par l'apport de leur propre expérience. Le magnétisme hospitalier vise également à soigner l'image de l'établissement auprès des patients et des proches qui sont à l'origine de la demande à laquelle l'hôpital répond grâce à une offre.

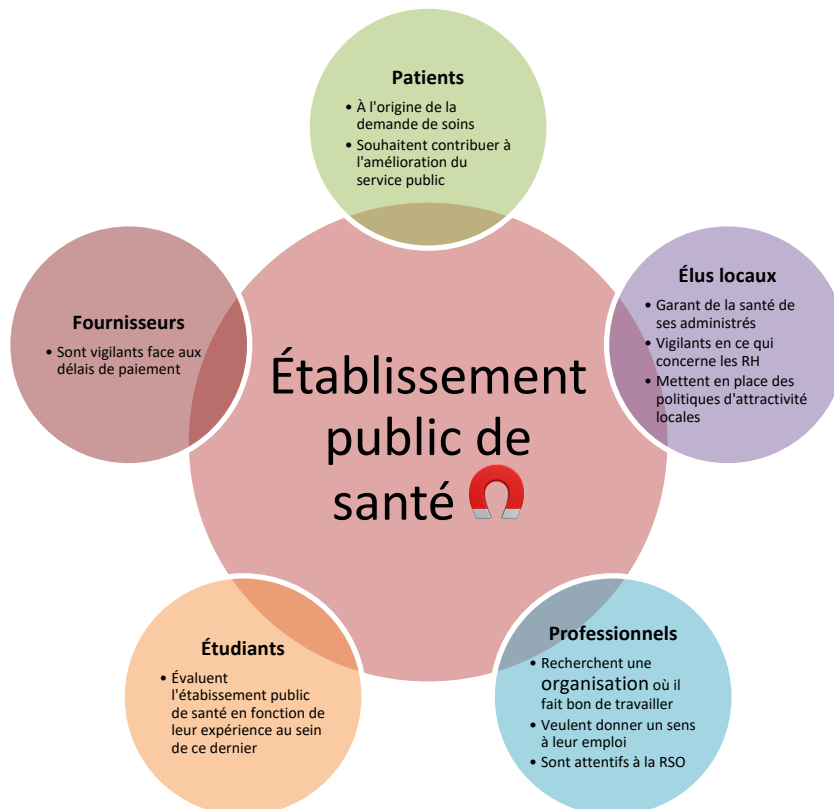
Concernant les professionnels, l'établissement public de santé est certes leur employeur mais il reste soumis à une concurrence forte des autres secteurs d'activité – libéral, secteur industriel privé, secteur sanitaire privé, autres établissements publics de santé -. Les professionnels nécessitent une attention particulière notamment dans le cadre d'une politique de ressources humaines qui se doit d'une part d'être à la fois attractive, solide afin de fidéliser ces derniers et d'autre part vigilante aux parcours professionnels de chacun. En effet, les carrières se dynamisent et nécessitent d'y trouver un accompagnement dans le cadre des obligations qui incombent l'ensemble des employeurs publics comme privés.

Par ailleurs, les nouvelles générations de professionnels sont regardant d'une part sur leur capacité à pouvoir être acteur de leur organisation, notamment en matière

¹⁰ « Le ressenti des patients » signifie de nouvelles modalités de consultation de la voix de ces derniers par l'intermédiaire d'un canal différent des obligations réglementaires qui incombent aux établissements publics de santé (E-SATIS ; CDU).

décisionnelle et d'autre part sur la responsabilité sociale de l'organisation pour laquelle ces derniers œuvrent au quotidien.

En conciliant l'ensemble de ces éléments, le concept d'hôpital magnétique trouve l'ensemble des éléments influant sur son magnétisme ou son attirance, c'est durant mon stage de Direction au Centre Hospitalier de Saint-Quentin que j'ai pu inscrire toutes les démarches auxquelles j'ai participé au sein d'un cadrage général favorisant le magnétisme de ce dernier.



L'écosystème des établissements publics de santé dans le cadre du magnétisme hospitalier.

2 Les préoccupations des différents acteurs : partenaires, professionnels et patients entendent illustrer une nouvelle vision de l'hôpital magnétique sur son territoire.

L'hôpital magnétique est un concept qui englobe l'ensemble des différentes parties prenantes autour de projets structurant l'attractivité des établissements publics de santé.

Néanmoins, ces projets ne s'articulent que rarement autour d'une politique unique tel que définie au sein du concept d'hôpital magnétique. En effet, lors de mon arrivée au sein du territoire de l'Aisne, j'ai pu observer que de nombreuses initiatives existaient afin de revitaliser le territoire. Ces initiatives sont souvent l'apanage des pouvoirs politiques locaux¹¹ (2.1). Il serait inexact d'analyser le magnétisme hospitalier sans discuter de ces initiatives qui viennent en complémentarité des mesures mises en place par les établissements publics de santé. À ce titre, la quête d'un établissement hospitalier plus démocratique au sens Kouchnerien du terme s'illustre par le déploiement de l'expérience patient mêlant usagers et professionnels au sein d'un Comité que j'ai mis en place au Centre Hospitalier de Saint-Quentin (2.2). De surcroît, le magnétisme hospitalier trouve également des éléments nutritifs à travers la mise en place de la marque-employeur (2.3) à destination de tous les professionnels – présents ou en cours de recrutement – de l'établissement. Par ailleurs, la création récente des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) a invité à une pluralité d'établissements d'un territoire à structurer un PMSP. Le PMSP est un outil qui permet d'apporter plus de visibilité de l'offre de soins au sein des différents établissements membres notamment en contribuant à la mise en place de filières qui permettent aux patients et aux professionnels de s'orienter de manière plus optimale dans le cadre de leur pathologie. La mise en place de filière est également un dispositif qui permet de nourrir le magnétisme d'un établissement voire d'un territoire (2.4). Outre ces leviers, l'image du Centre Hospitalier est également véhiculée par les relations avec les fournisseurs – ou partenaires – qui jugent de l'efficacité des services administratifs lors de leurs interactions avec ces derniers (2.5). Enfin, les futurs professionnels de santé – paramédicaux comme médicaux – sont aujourd'hui enclin à questionner les établissements sur leur responsabilité sociale et environnementale qui est souvent de deux natures : d'une part les relations sociales et d'autre part l'implication de l'établissement dans une démarche écologique (2.6).

2.1 L'implication des pouvoirs publics dans le cadre de l'attractivité régionale et locale

L'attractivité des établissements publics est intimement liée au territoire sur lequel ces derniers se situent. À titre d'exemple, le Centre Hospitalier de Saint-Quentin dispose d'une géographie qui le place entre Paris, Amiens et Lille, avec une desserte par la voie routière et ferroviaire directement depuis Paris.

Outre ces avantages de positionnement géographique, la Région Haut-De-France met en place des dispositifs incitatifs concernant les étudiants en soins infirmiers (2.1.1). De plus,

¹¹ Région, département, communauté d'agglomération, commune.

la ville de Saint-Quentin organise deux fois par an, une journée d'accueil des nouveaux arrivants – néo recrutements - pour l'ensemble des employeurs publics et privés (2.1.2).

2.1.1 Les facilités de restauration au sein de l'IFSI de Saint-Quentin : une initiative du Conseil Régional.

Le Conseil Régional des Hauts-De-France dispose des compétences en matière de formation des métiers sanitaires et sociaux. Parmi les formations proposées au sein du territoire du Saint-Quentinois, l'IFSI du Centre Hospitalier de Saint-Quentin dispense les formations d'infirmiers et d'aide-soignant.

Afin de rendre attractif ce territoire pour les élèves en soins infirmiers, le Chef d'établissement ainsi que le Président du Conseil Régional ont convenu d'une convention depuis 2021 afin de prendre en charge 100 repas gratuits pour les élèves en soins infirmiers boursiers d'un échelon 3 à 7.

2.1.2 La mise en place de Journées d'Accueil des Nouveaux Arrivants (JANA) par la Mairie de Saint-Quentin.

La Mairie de Saint-Quentin a mis en place une politique locale relative à l'accueil de nouveaux arrivants notamment en l'inscrivant comme un axe majeur de l'attractivité. En ce sens, une conseillère municipale déléguée aux nouveaux arrivants assure deux sessions de journées annuelles d'accueil des nouveaux arrivants. La première session concerne l'arrivée des internes en médecine et en pharmacie¹² au mois de novembre et au mois de mars. La deuxième session quant à elle concerne le recrutement des nouveaux arrivants du secteur public et privé hors internes en septembre.

Ces sessions de JANA ont pour objectif de mettre d'une part en valeur le patrimoine local et d'autre part d'assurer une rencontre entre les nouveaux administrés et les administrateurs. Les JANA viennent en effet consolider l'attractivité territoriale au sein de laquelle le Centre Hospitalier de Saint-Quentin participe en sus des dispositifs déployés.

2.1.3 La mise en place future d'une journée des nouveaux arrivants au sein du Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Les JANA au niveau de l'établissement sont des journées essentielles pour les nouveaux professionnels recrutés au sein de l'établissement. Elles permettent d'une part de présenter l'établissement aux professionnels – locaux, services administratifs, interlocuteurs privilégiés, services de restauration, locaux de la CGOS, représentants du

¹² En maïeutique et en odontologie dans les années à venir également.

personnels -. En sus du guide d'accueil des nouveaux arrivants, la JANA au niveau du CH participe à l'intégration des recrutements.

2.2 L'implication des usagers et des professionnels à travers le développement de l'expérience patient

L'expérience patient se définit comme « l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée » (IFEP, 2021). Cette démarche nouvellement importée dans le paysage du système de santé français entre dans la nouvelle démarche de certification Version 2023 (V2023) de la Haute Autorité de la Santé (HAS) qui définit cette dernière comme un concept qui participe à « l'amélioration de la qualité des soins, en prenant en compte le point de vue des patients qui est aujourd'hui essentiel et complémentaire à l'évaluation menée par les professionnels »¹³.

Sous l'impulsion du Chef d'établissement, le Centre Hospitalier de Saint-Quentin a déployé quatre percées managériales au sein desquelles figurent la mise en place de l'expérience patient (2.2.1). Cette démarche pilotée par un Comité de pilotage intégré au Comité Expérience Patient a été rattaché à une instance de l'établissement dont le rôle est de se prononcer sur la qualité des soins (2.2.2). Par ailleurs, la mise en place du Comité Expérience Patient a nécessité une composition pluridisciplinaire de ses membres afin de diversifier les points de vue (2.2.3) permettant de mettre en lumière des axes d'amélioration court-termiste du vécu des patients (2.2.4).

2.2.1 Une démarche innovante partie intégrante des percées managériales conduites par le Chef d'établissement

Les quatre percées d'un projet managérial ambitieux et innovant a été insufflé dès le début de l'année 2021. À partir d'un temps de réflexion et de partage « Groupe dit T », le Centre Hospitalier de Saint-Quentin a initié un projet managérial comportant un :

- 1^{er} axe : l'accompagnement polaire à la gestion de proximité ;
- 2^{ème} axe : l'expérience patient comme guide des améliorations managériales et institutionnelles attendues ;

¹³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3276221/fr/recueillir-le-vecu-des-patients-pour-optimiser-la-qualite-des-soins

- 3^{ème} axe : Le CRM (Crew Ressources Management) en vue d'un renforcement de la gestion des facteurs humains et organisationnels en équipe au Centre Hospitalier de Saint-Quentin ;
- 4^{ème} axe : la recherche du décloisonnement avec le public, le privé et l'international.

Le déploiement de l'expérience patient est ainsi la traduction opérationnelle du deuxième axe des quatre percées managériales attendues. Pour ce faire, j'ai été accompagné de l'IFEP.

-

2.2.2 La création d'un Comité Expérience Patient et son rattachement à une instance décisionnelle

La création d'un Comité Expérience Patient est une étape cruciale du déploiement de ce projet qui vise d'une part à impliquer des professionnels administratifs, médicaux, médico-techniques et paramédicaux et d'autre part des patients autour des difficultés que ces derniers peuvent rencontrer durant les prises en charge. L'idée d'une composition pluridisciplinaire était au cœur de la démarche qui nécessite un éclairage des problématiques à travers différents faisceaux. En effet, les problématiques rencontrées dès l'entrée au sein de l'établissement – par exemple au niveau des services d'admission – entrent dans l'expérience que vit le patient en se rendant au sein de l'établissement.

Il a été confirmé avec les équipes de la DGRQC, qu'une incompatibilité de mandat devait être au cœur de la composition du Comité, à savoir :

- Des professionnels qui ne seraient pas en présence d'une hiérarchie directe ;
- Des patients qui ne seraient pas ceux siégeant à la CDU.

En amont de l'appel à manifestation d'intérêt, les différentes instances ont été informées du déploiement futur du projet (CSIRMT et CME notamment).

Par ailleurs, la décision de rattacher le Comité Expérience Patient à une instance déjà existante avait pour objectifs d'une part d'éviter la mobilisation d'un temps dans le cadre d'un projet compte-tenu de la faible disponibilité des professionnels et d'autre part d'ajouter une nouvelle instance qui ne serait peu ou pas visible. Une palette de possibilités a été présentée au Directeur afin qu'il se positionne autour de celle qui d'une part répondait au mieux aux exigences de la réglementation et d'autre part serait à même

de confirmer ou contester le lancement des démarches expérimentales. Ainsi, le Directoire a été l'instance à laquelle fut rattaché le Comité Expérience Patient.

i) Méthodologie de recensement des professionnels de l'établissement.

La méthodologie utilisée afin de recenser des professionnels a été celle de dresser une liste non-exhaustive des métiers essentiels afin d'apporter une pluralité des points de vue. La procédure de désignation s'est basée sur un appel à candidature avec une fenêtre de manifestation de 15 jours. Les professionnels ainsi que leur hiérarchie¹⁴ ont ensuite été notifiés par courrier de leur intégration au comité.

ii) Méthodologie de recensement des patients « partenaires ».

La méthodologie utilisée afin d'intégrer des patients « partenaires » manifestait un biais conséquent. Les services administratifs des établissements de santé ne doivent entrer en contact avec les patients compte-tenu du secret médical qui ne leur permet pas d'avoir accès au dossier médical de ces derniers. Ainsi, je me suis tourné vers la communauté médicale et notamment le PCME ainsi que les Chefs de Pôle afin qu'ils puissent dans un premier temps proposer à des patients suivis dans le cadre d'une ALD de participer au Comité. Après concertation avec des patients suivis régulièrement au sein de l'établissement, les coordonnées de trois patients partenaires m'ont été transmises.

2.2.3 Le choix de la composition des membres du Comité Expérience Patient

La démarche expérience patient a su manifester un engouement notamment auprès de professionnels qui n'étaient pas visés par l'appel à candidature, cette précaution a été prise lors de la rédaction de l'appel à manifestation d'intérêt. Ainsi tous les candidats à la démarche ont été intégrés au Comité.

Afin d'assurer le suivi de la démarche, quatre pilotes¹⁵ regroupant un Chef de projet – moi-même), le Président de la CDU, un rapporteur, Assistante Qualité et Gestion des risques ainsi qu'un Ingénieur Qualité, se réunissaient en amont des rencontres afin de préparer l'ordre du jour et d'organiser le déroulement des rencontres. Ces derniers étaient également membre du Comité Expérience Patient.

Les membres du Comité Expérience Patient au sens propre du terme étaient composés des quatre pilotes ainsi que :

¹⁴ Dans un souci d'accepter la présence de l'agent au Comité pendant les horaires de poste.

¹⁵ Annexe III

- D'un soignant des urgences (IDE) : pour sa présence au point d'entrée de l'établissement ;
- D'un soignant de néphrologie, de dialyse ou d'oncologie (IDE) : pour son point de vue concernant la prise en charge des patients en ALD ;
- D'une secrétaire médicale : pour son point de vue concernant les premiers contacts avec les patients ;
- D'un brancardier : pour son point de vue transversal des différents services et qui représente le plus souvent « le confident » des patients transportés ;
- D'un agent des admissions : pour son point de vue concernant également le premier contact avec les patients ;
- D'un gynécologue-obstétricien : pour son point de vue autour d'une prise en charge le plus souvent non-pathologique et en lien avec l'actualité autour des maltraitances obstétricales ;
- D'un cadre supérieur de santé : pour son point de vue différent des soignants – manager de proximité ;
- D'un chef de pôle : pour son point de vue médical et managérial ;
- D'un responsable de la gestion administrative : pour son point de vue concernant les différentes doléances pour lesquelles ce dernier est sollicité ;
- De trois psychologues de services différents : pour leur point de vue concernant la prise en charge et le parcours de soin ;
- De deux formatrices en IFSI : pour leur point de vue de formateur et de soignant, afin que ces derniers puissent également sensibiliser les futurs professionnels autour de l'expérience patient ;
- Ainsi que de trois patients partenaires en ALD : pour leur point de vue d'une grande importance compte-tenu de leur parcours au sein de l'établissement.

Le Comité Expérience Patient comptait ainsi 20 membres.

2.2.4 Les différentes phases de travail du Comité Expérience Patient

Se réunissant toutes les six semaines à partir du mois de mars, le Comité Expérience Patient a dans un premier temps été formé aux enjeux de l'expérience patient, à savoir se mettre à la place du patient et identifier les irritants pouvant être perçus par les patients durant leur prise en charge.

Ainsi, le Comité Expérience Patient joue un rôle stratégique et opérationnel notamment en contribuant à l'état des lieux de la prise en compte du vécu des patients au sein de l'établissement. L'objectif recherché était d'analyser les différentes sources réglementaires ou non du ressenti des patients ainsi que de leur proche autour de leur expérience au Centre Hospitalier. À partir d'un regroupement des verbatims communs au sein de différents services, de témoignages des professionnels et des patients partenaires, le Comité Expérience Patient a proposé cinq démarches prioritaires visant à améliorer le vécu des patients et des proches à partir de « mini-chantiers » ne nécessitant en soi des projets de grande envergure.

i) La phase d'état des lieux

a- Méthodologie

À la suite de l'analyse des verbatims les plus fréquents au sein des enquêtes de satisfaction (E-SATIS), un questionnaire élaboré par l'IFEP a été transmis à l'ensemble des encadrants des services du Centre Hospitalier (Cadres et Cadres Supérieurs). Avec un taux de retour supérieur à 50%, Ce questionnaire composé de deux grandes parties autour d'un cadrage général de l'expérience patient et de l'évaluation sur les pratiques d'amélioration et de management de l'expérience a permis aux membres du Comité d'analyser la prise en compte de l'expérience patient par les équipes.

b- Les résultats

Concernant la partie de cadrage général de l'expérience patient au sein du Centre Hospitalier, les résultats ont mis en avant :

- Une méconnaissance de la démarche expérience patient.
- Que de nombreux services ne savent pas ce qu'est la commission des usagers.
- Que l'accueil de l'expérience patient peut être compliqué avec les soignants. Certains disent « non, chacun sa place ».
- Que la voix du patient n'est pas encore intégrée dans la culture du soin. C'est important que les nouvelles générations y soient formées.
- Que de s'orienter vers le patient est une forme de civisme. Il faut avoir la conscience de l'impact sur les patients.

Concernant les interrogations sur l'évaluation des pratiques d'amélioration et de management de l'expérience patient :

- L'écoute des patients : existe au sein du Centre Hospitalier, mais que les autres sources de recueil des avis ne sont pas exploitées par les services administratifs (Google)
- L'analyse de la voix des patients : pas d'existence de tableau de bord dans les services relatif au taux de satisfaction, de plus les enquêtes E-SATIS sont trop longues, malgré la mise en place du recueil par QR code, les patients éprouvent parfois des difficultés à les remplir. Par ailleurs l'encadrement nous a signalé le côté « submersif » du recueil des questionnaires avec un manque de temps pour les analyser. Néanmoins, lorsque des éloges sont rédigés ces dernières sont transmises aux services par l'intermédiaire de la Responsable des Affaires Juridiques.
- L'implication des équipes : en fonction de la nature de l'action, les équipes peuvent se mobiliser pour améliorer l'expérience, néanmoins lorsque cela dépasse une certaine envergure, les professionnels ne sentent pas de responsabilités.
- L'évaluation des actions réalisées : il est compliqué de l'analyser puisque la démarche officielle lancée doit s'attarder à analyser ces dernières. Néanmoins les équipes remontent à travers ce questionnaire le faible recueil des impacts après la mise en place d'une action – qui peut parfois ne pas être de nature à améliorer la qualité ou l'expérience des patients -.
- Le positionnement stratégique de l'expérience patient : les équipes encouragent pleinement la démarche qui leur semble logique voire cohérente.
- La communication sur l'expérience patient : les services demandent qu'il faille les rencontrer les professionnels pour échanger autour de cette thématique et ne pas attendre que ce soient les services qui viennent à la rencontre du Comité.

ii) La phase opérationnelle : quelques exemples.

a- *L'analyse des problèmes les plus récurrents au sein des six derniers mois selon leur occurrence au sein des questionnaires de satisfaction.*

Le tableau ci-dessous retrace les quatre problématiques identifiées pouvant être suivies et résolues par des binômes du Comité sur le court-terme (il s'agit d'exemples non-exhaustifs).

Problèmes identifiés	Action administrative ayant déjà été mise en place – sans résultats	Proposition d'actions par les membres du Comité Expérience Patient
« Guichet administratif trop long »	Management des équipes aux admissions, néanmoins retour sur le fait que parfois les agents échangent entre eux lorsqu'ils rencontrent un problème dans la saisie de l'admission d'un patient.	<ul style="list-style-type: none"> - Réorienter les places assises pour les patients ou mettre en place un brise-vue entre la salle d'attente et les guichets : ils attendent actuellement en face des guichets, ce qui parfois peut provoquer une impatience de ces derniers – effet spectacle. - Généraliser la préadmission en ligne.
« Le stationnement avec un véhicule personnel pour les consultants ou les personnes à mobilité réduite impossible car d'autres personnes non autorisées y stationnent »	Mise en place de macarons d'identification des agents sur les véhicules.	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer des remontées des macarons à la Direction pour une convocation des agents ; - Faire remonter les plaques d'immatriculation à la sécurité en vue d'un éventuel enlèvement en fourrière.
« Manque fauteuils roulants pour amener patient du VSL »	Un local avec des fauteuils roulants existait	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un système de prêt de

au rez-de-chaussée »	mais compte-tenu du vol important de ces derniers, ce local n'existe plus et il n'y a plus de fauteuil mis à disposition des ambulanciers.	fauteuil au niveau de la loge ; - Ou d'un système de jeton délivré par le PC sécurité (sur l'exemple des caddies de supermarchés).
« Nouveaux ascenseurs mal programmés (s'arrêtent à tous les étages !) »	Le changement récent d'ascenseur avait pour objectif de rendre la mobilité plus simple pour les patients. Néanmoins la communication faite par le prestataire apparaît comme peu compréhensible par les professionnels et les patients.	- Mettre en place des nouveaux dispositifs d'utilisation des ascenseurs pour les professionnels, les proches et les patients.

Ces axes d'amélioration ont été soumises au Directoire, qui a approuvé les problématiques identifiées ainsi que les solutions pouvant être envisagées afin d'améliorer l'expérience des usagers au sein du Centre Hospitalier.

2.2.5 Les avancées en matière d'amélioration de l'expérience patient

L'expérience patient permet d'identifier des problématiques auxquelles les services administratifs ont tenté de trouver des solutions qui persistent. Par ailleurs la prise en compte de ces irritants par les professionnels et les patients eux-mêmes permet de mettre en lumière la complexité à laquelle peuvent être confrontées les équipes. En effet, parfois de simples solutions sont difficiles à mettre en œuvre compte-tenu de la réglementation qui encadre les établissements publics de santé. L'expérience patient et son déploiement est un outil managérial qui tend à renverser une certaine verticalité compte-tenu de l'empowerment des équipes et des patients. En effet, les professionnels et patients mobilisés autour de l'expérience patient voient leur implication être grandissante au sein de l'établissement pour lequel ces derniers sont employés ou encore sont soignés depuis parfois de nombreuses années.

Ainsi, l'expérience patient est un outil qui contribue à éclairer les professionnels sur la manière dont la Direction prend en compte leur avis, leur point de vue et favorise leur investissement afin d'apporter leur pierre à l'édifice. L'empowerment des professionnels est un dispositif qui favorise le magnétisme hospitalier.

2.3 Le développement de la marque-employeur

La marque-employeur est un concept qui date du 20^{ème} siècle tirant son origine du mot anglophone « employer branding » qui fut utilisé la première durant les années 1990 lors d'une conférence internationale sur le management (Simon Barrow et Tim Ambler). C'est un concept qui vise à créer ou consolider l'identité d'une organisation en mettant en place différents outils au service d'un sentiment d'appartenance.

Ce concept a été développé au début des années 2000 en France au sein du secteur privé lors d'une période de plein-emploi afin de faire face à des difficultés de recrutement. Plus tardivement, ce concept a été développé au sein des administrations publiques afin de servir d'une part la fidélité et d'autre part l'attractivité des collaborateurs (Gouvernement, Ministères, ARS, établissements publics de santé ...). Cette démarche s'intègre au sein des politiques contemporaines des ressources humaines notamment lorsqu'une administration emploie de nombreux collaborateurs – supérieur à 150 - ainsi qu'une diversité de métiers – supérieur à 10 -.

Face aux difficultés de recrutement et d'une nécessité de différenciation, de nombreux établissements publics de santé ont recours au développement de ce concept.

Au Centre Hospitalier de Saint-Quentin, de nombreuses initiatives ont de tout temps existées autour du « onboarding » et « outboarding » du personnel. Néanmoins ces dernières n'étaient pas inscrites dans une stratégie globale de communication interne et externe pouvant contribuer à renforcer le magnétisme de l'établissement notamment en s'inspirant des établissements à proximité du Centre Hospitalier (2.3.1). Par ailleurs, la marque-employeur développée dans le cadre un établissement support du GHT a montré des forces et des faiblesses qui n'ont peu ou pas été pointées par la littérature actuelle (2.3.2). De nouvelles modalités de développement de la marque-employeur dans le cadre de ce contexte ont ainsi pu être proposées afin de concrétiser le positionnement de l'établissement autour de ce composant de l'hôpital magnétique (2.3.2).

2.3.1 La proposition de mise en place de la marque-employeur s’inspire des établissements voisins du Centre Hospitalier mais également du secteur privé.

La proposition mise en place de la marque-employeur au Centre Hospitalier de Saint-Quentin a nécessité de prime abord d’effectuer un état des lieux de ce qui existait au sein de l’établissement, puis d’effectuer un benchmark et enfin de proposer par une méthodologie consultative aux professionnels, la manière dont ces derniers se représentaient l’établissement – une sorte de diagnostic QVCT -.

a- État des lieux de la marque-employeur au Centre Hospitalier de Saint-Quentin

La marque-employeur se repose traditionnellement sur deux éléments. D’une part un logo et d’autre part des valeurs. Le logo représente souvent l’en-tête administratif des courriers des établissements publics de santé – étant ainsi l’identité visuelle officielle - et les valeurs reprises sont celles du service public. Néanmoins d’autres éléments non-exhaustifs viennent nourrir la marque-employeur au sein de l’établissement comme la codification des tenues (créée en 2008), la refonte du livret d’accueil des nouveaux arrivants (2022) ou encore le développement de la communication externe à partir de nouveaux réseaux sociaux professionnels (2023) – LinkedIn par exemple -.

b- Le benchmark auprès des établissements publics de santé du territoire (hors GHT ANHS) ayant mis en place la marque-employeur.

À la suite de l’identification des établissements publics ayant mis en place une communication externe fortement visible sur le territoire – notamment des offres d’emploi ou encore des supports numériques de communication - , des entretiens ont été réalisés avec les interlocuteurs de ces structures afin de s’inspirer de leur stratégie de déploiement de la marque-employeur.

Le tableau ci-dessous illustre quelques tendances saillantes des raisons qui ont nourri le développement de la marque-employeur au sein des différents établissements publics de santé.

	CH A	CH B	CHU C
Raison de la mise en place de la marque-	Besoin d’être attractif, de recruter, garder les agents, mettre en avant	Besoin de recruter, baisse d’attractivité, de faire face à la concurrence du privé,	S’aligner sur la dynamique des autres recruteurs, décision de la

employeur	les avantages internes du CH.		DG.
Date de mise en place	Avril 2022	2018	2016
Composition du groupe de travail / Portage institutionnel	Plusieurs groupes de travail : DG, DRH, Direction de la communication, DSI, DSIH, Représentant des usagers, les OS avec 2 à 3 réunions annuelles. Présentation aux instances à titre informatif	Pas de groupe de travail : initiative de la DRH en collaboration avec la DG après questionnaire QVCT.	Pas de groupe de travail, porté par la Direction Communication et avancées à travers des réunions avec les CS. Pas de présentation en instances
Leviers identifiés par le groupe de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Plaquette institutionnelle - Intranet plus complet sur les informations essentielles - Journal interne - Appli RH (consultation du planning / des congés / dématérialisation du bulletin de salaire) - Goodies 	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux - Journée du personnel / cohésion - Goodies. 	<ul style="list-style-type: none"> - Journées du personnel organisées par les RH - Journée de cohésion (événements) - Journée d'intégration - Goodies
Outils déployés dans le cadre de la marque-employeur	<ul style="list-style-type: none"> - Appli RH - Livret d'accueil - Goodies développement durable - Réseaux sociaux (notamment Twitter car politiques présents dessus) 	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux - Goodies 	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux (Instagram, Twitter, LinkedIn, Facebook) - Goodies lors du on-boarding (Gourdes, Cordons, Lunchbox, Glacières)
RH mobilisés au niveau du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de Directeur de la communication (le DRH valide 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de Directeur de la communication (le DRH valide le plan de communication) 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Directeur de la communication - 1 responsable de la communication

	le plan de communication) - 3 chargés de communication	- 2 chargés de communication - 1 graphiste	- 1 alternante chargée de communication - 1 assistante communication - 3 graphistes
Freins identifiés	Budget limité	Budget limité concernant les Goodies	Aucun
Coûts	NC	NC	Pas de budget arrêté, le budget est affilié à la Direction de la communication
Résultats	Comparatif du baromètre social avant le déploiement vs après le déploiement positif.	Pas de statistiques	Pas de bilan chiffré, mais une meilleure satisfaction des professionnels

Le benchmark au sein des différents établissements de santé met en lumière une volonté pour l'ensemble des établissements publics interrogés de développer la marque employeur dans un souci d'attractivité et de fidélisation. Néanmoins la marque-employeur nécessite une vigilance autour des forces et des faiblesses pouvant y être associées.

2.3.2 Les forces et faiblesses de la marque-employeur au sein des établissements publics de santé : Exemple au Centre Hospitalier de Saint-Quentin.

La marque-employeur est un concept qui nécessite une mobilisation de la Direction Générale, de la Direction de la Gestion des Risques, de la Qualité, des Usagers et de la Communication ainsi que de la Direction des Ressources Humaines de chaque établissement public de santé. Cependant, la menace identifiée concernant le Centre Hospitalier de Saint-Quentin, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Aisne Nord Haute-Somme, s'illustre par une possibilité d'absorption des initiatives des autres établissements membres si la marque-employeur de ce dernier est prédominante sur le territoire. En effet, lorsqu'une politique d'attractivité est mise en place au sein d'un établissement, cette dernière peut affaiblir les politiques d'attractivité des autres établissements du GHT. À date, les textes ne prévoient pas la mise en place d'une Direction des Ressources Humaines non-médicale au niveau du GHT, ce qui est par

ailleurs le cas concernant le pilotage des ressources humaines médicales odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques¹⁶.

Matrice SWOT dans le cadre de la mise en place de la marque-employeur au Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Identité de l'établissement au niveau territorial (capacitaire, spécialités proposées, école paramédicale) - On-boarding et Out-boarding déjà existant au sein du CH - Logo et valeurs fortement dans la culture de l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité pour les professionnels et les nouveaux recrutements de percevoir cela comme une initiative s'éloignant du service public (peut faire penser au fonctionnement d'une entreprise privée)
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Initiatives de la Région, du Département et de la ville de Saint-Quentin afin d'attirer de nouveaux talents et participer à leur intégration (JANA) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture générationnelle (la marque employeur est regardée par les nouvelles générations, tandis que les plus anciennes n'en voient parfois par l'intérêt) - Les autres établissements du GHT (pouvant être concurrencés / fragilisés) - Les établissements de santé privés (qui peuvent avoir une politique plus offensive en matière d'attractivité et de marque-employeur).

¹⁶ Article L6132-1 et suivants du Code de Santé Publique

La marque-employeur représente un levier non-négligeable dans le cadre du magnétisme hospitalier, notamment en s'armant en faveur de la rétention, de l'attractivité et la fidélisation des PNM. Néanmoins, la structuration actuelle en GHT des établissements publics de santé non-soumis à un régime dérogatoire¹⁷ peut être un obstacle au développement de la marque-employeur au niveau d'un établissement. Ainsi, un développement en faveur d'une marque-employeur unifiée au niveau GHT paraît comme une stratégie ne lézant pas les établissements membres, comme c'est le cas au Québec avec les Centres Intégrés Universitaires de Services Sociaux et de Santé (CIUSSS).

2.4 La visibilité de l'offre de soins pour les patients et les professionnels sur le territoire : l'exemple de la mise en place d'une filière addictologie au GHT ANHS

La mise en place d'un PMSP dans le cadre des GHT a alimenté une véritable stratégie médico-soignantes autour de la prise en charge de certaines pathologies au sein d'un territoire. Chaque GHT élabore un PMSP qui comprend l'organisation par filière d'une offre de soins graduée. Outre l'amélioration des parts de marché des établissements publics au sein du territoire, les filières proposent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Pour chacune de ces filières, le PMSP définit les principes d'organisation des activités avec leur déclinaison par établissement ainsi que les modalités de prise en charge comme :

- la permanence et la continuité des soins ;
- les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;
- les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
- les plateaux techniques ;
- la prise en charge des urgences et soins non programmés ;
- l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- les activités d'hospitalisation à domicile, les activités de prise en charge médico-sociale.

La mise en place d'une filière au sein d'une spécialité à travers le PMSP permet d'apporter aux professionnels et aux patients une lisibilité dans l'offre de soins (2.6.1).

¹⁷ Article L6132-1 du Code de Santé Publique

C'est également un moyen de structuration de l'offre de soins et d'affirmation de magnétisme territorial en matière de spécialisation (2.6.2).

2.4.1 Le PMSP : un outil qui permet d'apporter aux professionnels et aux patients une lisibilité dans l'offre de soins.

Le PMSP représente un outil de visualisation des spécialités médicales pour les professionnels notamment en apportant une lisibilité pour les professionnels sur les différents établissements proposant des activités d'une même spécialité. Le PMSP participe également à identifier des problématiques en termes de ressources humaines médicales et non-médicales.

Par ailleurs, le PMSP permet également d'orienter le patient au sein de son parcours de soins de manière plus efficiente et efficace notamment sur un territoire au sein duquel la gradation des soins entre établissements est riche.

2.4.2 L'organisation par filière comme outil de structuration de l'offre de soins et d'affirmation de magnétisme territorial en matière de spécialisation.

Une filière de soins représente la trajectoire de soins empruntée par le patient pour la prise en charge d'une pathologie donnée, impliquant une organisation cohérente et graduée des soins autour de multiples acteurs et établissements de santé.

Les GHT ont pour ambition de construire leur projet médical partagé autour de filières de soins représentant les principaux enjeux de développement d'activités (filières chirurgies, oncologie, maladies chroniques, pathologies du vieillissement, urgences, mère-enfant...) pour améliorer la part de marché des établissements publics au sein du territoire, en proposant une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Sur de nombreux territoires, en effet, l'offre publique de soins souffre souvent d'un manque de visibilité et de lisibilité, en raison notamment d'une multiplicité d'acteurs publics sans lien de coordination entre eux.

La mise en place d'une filière d'addictologie au sein du GHT ANHS a permis de cartographier les régimes d'autorisation des différents établissements au sein du territoire afin d'adapter la gradation des soins en matière de prise en charge en addictologie. Cette dernière a également permis de mettre en lumière des tensions relatives aux ressources

humaines présentes et à venir compte-tenu de l'évolution de la pyramide des âges dans les années à venir, dessinant la fin de carrière de certains professionnels de santé¹⁸.

¹⁸ Annexe IV

2.5 L'amélioration des délais de paiement

Le concept de l'hôpital magnétique peut également s'intéresser aux interactions des fournisseurs avec les établissements publics de santé. Les fournisseurs sont l'ensemble des personnes physiques ou morales qui fournissent des biens et des services à un « client ».

Véritables partenaires, les fournisseurs contribuent également à la notoriété des établissements publics de santé, notamment lorsque ces derniers sont présents sur un territoire au sein duquel il y a une circulation des informations de manière informelle. Il en va de ce fait d'une réputation de l'établissement qui peut être perçue comme « un mauvais payeur ». Cette réputation peut ternir d'une manière peu mesurable l'attractivité de l'établissement notamment lorsque les cadres réglementaires ne sont pas respectés (2.4.1). Au-delà du côté relationnel, des délais de paiement trop importants peuvent mettre en péril la sécurité voire le déroulement des soins lorsqu'il existe des menaces d'approvisionnements. Ainsi, la mise en place d'une amélioration des délais de paiement en fonction des fournisseurs et de leur importance permet d'atténuer les menaces d'approvisionnement (2.4.2).

2.5.1 Le cadre réglementaire relatif aux délais de paiement des fournisseurs

Les établissements publics de santé recensent en moyenne pour chacun d'entre eux plus de 30 fournisseurs – tous secteurs confondus -. La circulaire interministérielle N°DHOS/F4/DGCP/5B/16 du 16 janvier 2008 relative au délai de paiement des dépenses des établissements publics de santé réaffirme les délais dictés par l'Article 98 du Code des Marchés Publics à savoir 50 jours. Au-delà de ce délai les établissements publics de santé doivent verser à leurs fournisseurs des intérêts dits moratoires. En sus de ces intérêts moratoires, les établissements publics de santé peuvent être menacés de ruptures d'approvisionnement. Ces ruptures d'approvisionnement peuvent concerner d'une part le matériel et d'autre part les ressources humaines notamment dans le cadre des personnels sous contrat d'intérim.

Lorsque les personnels sous contrat d'intérim sont menacés, c'est alors le fonctionnement général des services de soins qui peuvent être menacés faisant peser d'une part un

risque de surchauffe au niveau des effectifs présents et d'autre part une baisse de l'activité de soins¹⁹. Compte-tenu des difficultés de trésorerie qu'accusent les établissements publics de santé dont le Centre Hospitalier de Saint-Quentin, des stratégies sans modification du niveau de trésorerie ont été mises en place.

2.5.2 L'amélioration progressive des délais de paiement en fonction des fournisseurs à partir de l'élaboration d'une priorisation de ces derniers.

L'amélioration progressive des délais de paiement représente une stratégie majeure de lutte contre les menaces d'approvisionnement. Accusant d'un délai moyen de paiement de 92 jours, de nombreuses menaces ont donné naissance à une stratégie. Cette stratégie passe par un levier non structurel au niveau financier à savoir d'une part un benchmark des délais de paiement par fournisseurs et d'autre part la définition d'un ordre de priorité en fonction des fournisseurs dont le délai de paiement est le plus élevé.

En effet, le lissage des délais de paiement en fonction de l'importance du fournisseur dans le cadre du fonctionnement des services de soins a permis de réduire de 20% le délai de paiement des fournisseurs qui étaient le plus éloignés des 50 jours de délai de paiement réglementaire. Cette réduction a permis d'écarter de manière temporaire les risques d'approvisionnement notamment dans le cadre de l'intérim du personnel non-médical.

L'amélioration des délais de paiement permet également de nourrir une image positive de l'établissement de santé, notamment en évitant le risque d'image auprès des fournisseurs voire des futurs professionnels.

2.6 La Responsabilité Sociale des Organisations : un parent pauvre de l'hôpital magnétique.

La Responsabilité Sociale des Organisations (RSO) se définit comme « la manière dont les organisations intègrent, sur une base volontaire, des préoccupations sociales, environnementales et éthiques dans leurs activités économiques comme dans leurs interactions avec toutes les parties prenantes, qu'elles soient internes externes ». La RSO a pour objectif de « redonner du sens », de la cohérence et de faire travailler toutes et tous dans un but commun et ce qu'elle que soit son type d'organisation. De plus, comme

¹⁹ Dans le cadre de la sécurité des soins, des services sont soumis à des ratios de soignants. La non-atteinte de ces ratios oblige l'établissement à diminuer le nombre de lits (capacitaire).

l'indique l'ISO 2600, norme qui standardise la démarche en matière de RSE, elle s'applique aux organisations qu'elles soient privées ou publiques. Ainsi, elle peut également prendre la dénomination de « Responsabilité Sociétale des Organisations -ou des Organismes » (RSO)²⁰. Ainsi, la RSO a de quoi séduire tant le service public que le service privé.²¹ Les nouvelles générations accordent une importance à la RSE de l'organisation pour laquelle ces dernières œuvrent au quotidien. À ce titre, 50% des jeunes recrutements accordent une importance au respect des principes de développement durable par leur employeur.²² C'est en ce sens que le Centre Hospitalier de Saint-Quentin a développé des démarches de développement durable d'une part en matière de ressources humaines (2.5.1) et d'autre part dans le cadre de la réduction de son impact environnemental (2.5.2).

2.6.1 La RSO relative aux ressources humaines.

La Responsabilité Sociale des Organisations en matière sociale est un axe majeur du projet managérial du Centre Hospitalier de Saint-Quentin. Intégrée au Projet Social, ce dernier s'articule autour de deux sous-axes : d'une part la gestion dynamique et anticipatrice des métiers et des compétences et de la qualité de vie au travail (i) et d'autre part la promotion des métiers et des parcours innovants (ii).

- i) Concernant la gestion dynamique et anticipatrice des métiers et des compétences et de la qualité de vie au travail.

Le contrôle de gestion social à travers l'élaboration du bilan social permet d'identifier les métiers en tension à partir d'une anticipation des départs. Cette gestion a priori représente un axe majeur de l'anticipation des ressources humaines. Par ailleurs, la participation à la formation de jeunes professionnels par l'intermédiaire de l'alternance a également été développé afin de coconstruire des parcours au sein de l'établissement voire du territoire.

Par ailleurs, le pilotage de la formation au niveau du GHT représente également un atout concernant les PNM afin d'alimenter l'évolution professionnelle et de répondre aux demandes de formation de manière territorialisée.

²⁰ <https://www.lecese.fr/travaux-publies/responsabilite-societale-des-organisations-rso-dynamique-europeenne-et-outils-internationaux>

²¹ Christelle TRAON, Christian ROBLEDON, Fabrice Guérin. La RSE est-elle applicable dans les établissements publics comme dans n'importe quelle organisation ? Un exemple, les université, Mars 2015, Nancy.

²² <https://start.lesechos.fr/partenaires/choosemycompany/rse-ce-que-les-jeunes-attendent-de-lentreprise-1256454>

ii) Concernant la promotion des métiers et des parcours innovants.

À travers les LDG, le Centre Hospitalier de Saint-Quentin s'est engagé un objectif ambitieux de formation des IPA dès 2021 à travers trois spécialités dans le but de coconstruire des parcours gradués pour les patients. La promotion de ces métiers et de ces évolutions entend encourager les mobilités de carrière au sein de l'établissement en favorisant la rétention et la fidélisation.

2.6.2 La RSO relative à l'engagement du respect de l'environnement : l'exemple du tri des déchets

Une démarche environnementale vertueuse et de développement durable plaçant les patients et les professionnels au cœur de l'organisation a vu le jour. C'est notamment le cas dans le cadre du tri des déchets au Centre Hospitalier de Saint-Quentin, dont plus de 60% des déchets alimentaires sont revalorisés à travers des filières de développement durable.

2.6.3 La RSO relative à une mobilité plus propre et respectueuse de l'environnement

Dans le cadre de la gestion de la flotte automobile du Centre Hospitalier de Saint-Quentin, le renouvellement progressif du parc automobile par des véhicules électriques a été mis en place à partir de 2021. C'est dans ce dessein que les professionnels de l'établissement bénéficient d'une mobilité plus propre dans le cadre de leur déplacement dans le cadre de leur mission. Cette démarche contribue également à réduire l'impact écologique des déplacements professionnels sans pour autant compromettre la qualité des soins dispensés dans le cadre de la HAD.

La RSO, par son orientation à la fois sociale et environnementale nourri le concept de l'hôpital magnétique contemporain, dans un contexte où les jeunes générations apportent de plus en plus de vigilance vis-à-vis de leur employeur et de la prise en compte de ces derniers des thématiques autour de l'impact environnemental.

3 Néanmoins la structuration actuelle des établissements publics de santé encourage à réfléchir de nouvelles modalités de magnétisme à l'échelle du GHT.

Le magnétisme hospitalier peut être observé et élargi au prisme d'un établissement public hospitalier en prenant en compte une pluralité de paramètres comme évoqués. La réglementation actuelle encourage les établissements publics de santé regroupés en GHT au sein d'un territoire à mettre en place des synergies uniquement à travers certaines fonctions (3.1). Néanmoins, les leviers magnétiques mobilisés au sein des établissements publics de santé pourraient être mis en place au niveau du GHT à travers le développement d'une marque-employeur du GHT (3.2) ou encore d'une politique RSO au niveau du GHT (3.3).

3.1 Le magnétisme hospitalier face à la réglementation encadrant les fonctions mutualisées dans le cadre des GHT.

L'article L6132-3 du Code de Santé Publique définit les fonctions mutualisées dans le cadre des GHT. Elles relèvent de trois natures :

- Les fonctions mutualisées obligatoires assurées par l'établissement support « pour le compte » des établissements parties à savoir les activités relatives au Système d'Information Hospitalier, au Département de l'Information Médicale de Territoire, la fonction Achats et la coordination des écoles ainsi que des plans de formation et de développement professionnel continu ;
- Les fonctions obligatoirement « organisées » en commun à savoir les activités de pharmacie, de biologie et d'imagerie
- Les fonctions mutualisées facultatives à savoir les équipes médicales communes, les pôles inter-établissement ainsi que les fonctions logistiques et administratives.

La réglementation laisse ainsi le choix d'une possibilité de mutualiser des fonctions administratives qui restent cependant peu effectives. En effet, la centralisation de certaines politiques d'attractivité voire de fidélisation peuvent avoir un effet inverse à celui espérer. Les politiques d'attractivité et de fidélisation relèvent d'une politique des ressources humaines non-médicales propres à chaque établissement et à chaque territoire. Au sein d'un même GHT, on peut observer des départements différents avec des problématiques bien précises pouvant ne pas être les mêmes.

Les échanges autour d'une mutualisation des politiques d'attractivité viennent exprimer une certaine crainte des établissements de taille intermédiaire, mais également les établissements de taille plus importante du fait d'une différenciation qui serait plus réellement effective. La mise en place des GHT a permis de mettre en place une offre de soin graduée et efficace pour les patients, néanmoins cette dernière n'a pas tenu compte du problème de concurrence entre les établissements publics de santé d'un même territoire.

Contrairement aux établissements privés de santé, les politiques de rémunération des établissements publics de santé répondent à une même grille, les processus de différenciation pour les professionnels se reposent ainsi sur les spécialités médicales proposées par tel ou tel établissement, sur la marque-employeur ou encore sur des initiatives locales – périodes de mise en stage réduites, participation des équipes à des projets divers, index qualité de vie et condition de travail favorable, RSO -. Il convient ainsi de s'interroger sur la stratégie dans les années à venir autour de l'attractivité des établissements publics de santé au sein d'un même GHT, si ces derniers se positionnent de manière identique au sein des initiatives locales. Il convient de souligner que cette problématique propre aux PNM, n'a guère d'être soulevée concernant les PM qui relèvent d'une politique territoriale d'attractivité médicale dans le cadre du GHT.²³

3.2 La mise en place d'une marque-employeur au niveau du GHT

La mise en place d'un marque-employeur au niveau d'un GHT est un levier qui n'a point vu le jour au sein de l'hexagone.

Ce dernier consiste à créer une identité unique au niveau d'un GHT, englobant ainsi la marque-employeur des autres établissements.

Dans le cadre d'une stratégie d'attractivité, de fidélisation et de visibilité, la marque-employeur du GHT peut permettre à des établissements de plus petite taille de bénéficier d'une visibilité au nom des autres établissements de taille plus importante au niveau d'un GHT. Envisagée par de nombreux GHT, la mise en place de logo unique provoque néanmoins des débats dans la crainte de l'effacement identitaire de certains établissements – phénomène d'absorption -.

Par ailleurs, la mise en place d'une marque-employeur au niveau GHT nécessiterait la mutualisation de la fonction communication par l'établissement support dans le cadre

²³ Mémoire DH Apolline HUNAUT, Les leviers offerts par les GHT pour gagner en attractivité médicale : le cas du Centre Hospitalier de Lavaur, 2019.

d'une meilleure allocation des ressources humaines. En effet, dans certains établissements de plus petite taille, la marque-employeur n'est pas développée car cette dernière nécessite des ressources humaines qui ne peuvent être pourvues sur certains bassins d'emploi – compétence en communication -.

De surcroît le développement de la marque employeur au niveau d'un GHT nécessiterait la structuration de politiques RH relatives à l'attractivité et à la fidélisation. Ces politiques sont mutualisables dans le cadre du GHT si l'ensemble des établissements membres s'accordent sur la volonté de co-construire cette dernière, mais également de participer à une stratégie globale commune d'attractivité. Cette stratégie pourrait passer par des journées communes d'intégration au sein d'un établissement du territoire ou dans le cadre d'un parcours d'intégration au sein de quelques établissements du GHT. Cependant compte-tenu parfois des distances entre les établissements au sein d'un GHT et du coût que cela représenterait, le sujet paraît sensible à mettre en place.

3.3 La mise en place d'une politique RSO au niveau du GHT

La mise en place d'une politique RSO au niveau du GHT se compose d'une part d'une politique relative aux ressources humaines et d'autre part à une politique relative au développement durable.

Concernant la mise en place d'une politique relative aux ressources humaines, cette dernière doit prendre en compte les souhaits de parcours de carrière des agents qui se situent néanmoins dans un contexte local. En effet, les interlocuteurs privilégiés des ressources humaines sont ancrés au sein de chaque établissement. Néanmoins, depuis 2016, la mise en place des plans de formation et de DPC au niveau du GHT, a permis de mutualiser de nombreuses offres de formation dans un souci de réponse aux offres de formation par un volume plus important afin de négocier les tarifs de ces derniers.

À titre d'exemple, au sein du GHT ANHS, le chargé de formation continue, anime et pilote la stratégie de formation du GHT en s'appuyant sur le catalogue de formation fourni par l'ANFH.

Concernant la mise en place d'une politique relative au développement durable, le GHT Grand Paris Nord Est (GPNE) a mis en place une politique de développement durable à travers la mise en place d'une Charte du développement durable articulée autour de 3 axes :

- Soigner durablement ;
- S'enraciner au sein du territoire ;

- Adapter le GHT aux défis énergétiques et climatiques.

La méthodologie suivie par le GHT GPNE a été de déployé un questionnaire au sein des établissements membres du GHT auprès de l'ensemble des agents. À la suite des résultats de cette enquête, l'établissement support a mis en place des 11 objectifs opérationnels autour des 3 axes afin de réduire leur émission de gaz à effet de serre.

Conclusion

L'hôpital magnétique est un concept qui a vu le jour afin de mettre en place des politiques d'attractivité, de fidélisation et de rétention des professionnels non-médicaux. Ce concept a néanmoins été confronté à de nombreuses modifications de l'écosystème des établissements publics de santé et notamment dans le cadre français.

L'hôpital magnétique n'est pas l'apanage seulement des politiques des ressources humaines, il prend en compte de nombreux facteurs composant l'atmosphère des établissements publics de santé. S'ouvrant dans un deuxième temps aux patients et à leur proche, l'hôpital aimant est le reflet d'un hôpital où il fait bon de travailler et au sein duquel les patients bénéficient de soins de qualité.

Ce concept est nourri par la pluralité des champs qui interfèrent sur le magnétisme hospitalier à savoir la politique de la ville, le bassin d'emploi, la démographie médicale présente sur le territoire, la réputation de l'établissement auprès des habitants et des fournisseurs.

Ainsi, un hôpital est dit magnétique lorsque ce dernier mobilise l'ensemble de son écosystème afin de faire converger des prismes positifs. Il est également magnétique lorsqu'il prend en considération d'une part les enjeux contemporains qui ont attiré à intéresser les générations futures qui souhaitent apporter plus de « sens » à leur avenir et à l'environnement pour lequel ces derniers travaillent et d'autre part à mobiliser la voix de ses patients afin de faire progresser son fonctionnement et l'expérience des usagers.

Bibliographie

Articles et revues :

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. Tendances : absentéisme pour cause de maladie et blessure et heures supplémentaires chez les infirmières du secteur public. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada ; 2006.
- BRUNELLE Yvon, « 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, 2009/1 (Vol. 40), p. 39-48. DOI : 10.3917/pos.401.0039. URL : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-1-page-39.htm>
- C. FAGES, Et si les hôpitaux publics se démarquaient ? Réflexions autour de la création d'une marque employeur « hôpital public » (2022)
- R. GONALONS, Attirer et fidéliser médicaux et paramédicaux : S'inspirer des start-up ? (2020)
- KRAMER M, SCHMAELENBERG C. Part II, Magnet hospitals: institutions of excellence. J Nurs Adm 1988;18:11-31.
- McCLURE ML, The original study. Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses, Magnet hospitals revisited. attraction and retention of professional nurses. Washington: American nurses publishing; 2002:1-24 p., Chap 1.
- A. MOINET, Le développement de la marque établissement : L'exemple du CHU de Nantes (2023)
- N. SALVI, "Marque employeur" à l'hôpital : Pourquoi et comment faire ? (2018)

- Christelle TRAON, Christian ROBLEDON, Fabrice Guérin. La RSE est-elle applicable dans les établissements publics comme dans n'importe quelle organisation ? Un exemple, les université, Mars 2015, Nancy.

Mémoires EHESP :

- Apolline HUNAUT, Les leviers offerts par les GHT pour gagner en attractivité médicale : le cas du Centre Hospitalier de Lavour, 2019.

Ouvrages :

- CRISTOFALO Paula, DARIEL Odessa Petit dit, ROUTELOUS Christelle, « 5. La qualité de vie au travail : un levier sous-estimé de la performance », dans : Étienne Minvielle éd., Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion. Rennes, Presses de l'EHESP, « Recherche, santé, social », 2018, p. 99-119. DOI : 10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0099. URL : <https://www.cairn.info/manager-une-organisation-de-sante--9782810907205-page-99.htm>
- LOUAZEL Michel, MOURIER Alain, OLLIVIER Erwan et al., Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé. Presses de l'EHESP, « Références Santé Social », 2018, ISBN : 9782810906697. DOI : 10.3917/ehesp.louaz.2018.01. URL : <https://www.cairn.info/le-management-en-sante--9782810906697.htm>
- SIBÉ Matthieu, ALIS David, « Chapitre 10. L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail », dans : Roland Coutanceau éd., Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif. Paris, Dunod, « Psychothérapies », 2016, p. 131-145. DOI : 10.3917/dunod.couta.2016.03.0131. URL : <https://www.cairn.info/stress-burnout-harcelement-moral--9782100743353-page-131.htm>

Références institutionnelles :

- Colloque ANFH, IDF « Le Magnet Hospital », 2018
- Comité Social Économique et Environnemental (CESE) : Responsabilité sociétale des organisations (RSO) : dynamique européenne et outils internationaux.
- Ministère des affaires sociales et de la santé : Le pacte de confiance pour l'hôpital, 2013
- Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer : Guide pratique sur la mise en œuvre d'une démarche de responsabilité sociétale et de reporting dans les organismes publics, 2016.

Références juridiques :

- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée modifié par l'arrêté du 12 août 2019 et par l'arrêté du 22 octobre 2021
- Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé
- Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital
- Décret N°2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement visent notamment à conforter le binôme Directeur Général / Président de CME
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, notamment de la gouvernance dans les établissements, ou des GHT.
- Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS), 2016.

- Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

- Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018

- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée modifié par l'arrêté du 12 août 2019 et par l'arrêté du 22 octobre 2021

- Loi HPST du 21 juillet 2009 ; - Code de la Santé Publique ; -

- Rapport Claris juin 2020 ;

Liste des annexes

Annexe I : Liste des professionnels interrogés

Annexe II : Grille d'entretien relative aux travaux autour de l'hôpital magnétique et de la marque-employeur

Annexe III : Structuration du Comité Expérience Patient

Annexe IV : Cartographie de la filière addictologie au sein du GHT ANHS.

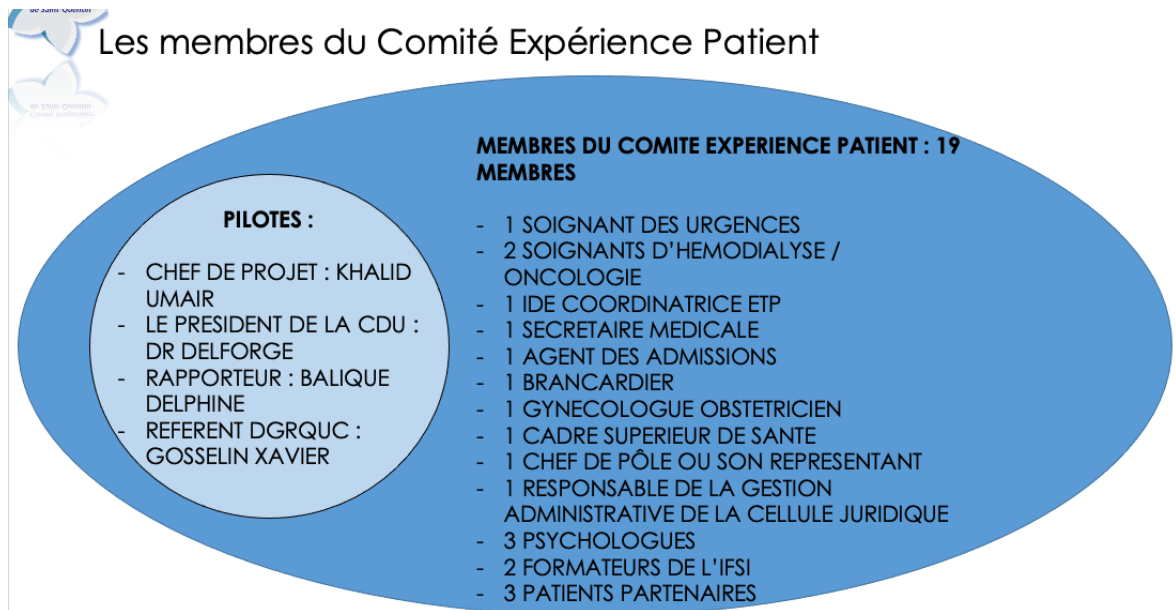
Annexe I : Liste des professionnels interrogés

- Entretien 1 : Mme A., Directrice des Ressources Humaines, Mercredi 8 février 2023
- Entretien 2 : Dr A.B M., Praticien Hospitalier, Président de la CME, Mardi 21 mars 2023
- Entretien 3 : Mme E., Directrice de la Qualité de la Gestion des Risques et de la Communication, Mercredi 22 mars 2023
- Entretien 4 : M. D., Fournisseur de DMI, Jeudi 23 mars 2023 (Trame d'entretien différente ne figurant pas en Annexe II)
- Entretien 5 : Mme S., Cadre Supérieure de Santé, Vendredi 26 mai 2023
- Entretien 6 : M. C., Secrétaire général GHT, Mercredi 21 juin 2023
- Entretien 7 : Mme L., Formatrice à l'IFSI, Jeudi 22 juin 2023
- Entretien 8 : M. E., Président de la Commission Médicale de Groupement, Jeudi 29 juin 2023
- Entretien 9 : Mme C ., Infirmière au service hémodialyse, Mercredi 5 juillet 2023
- Entretien 10 : M. H., Infirmier au SAU, Jeudi 6 juillet 2023
- Entretien 11 : Mme L., ASH, Vendredi 7 juillet 2023
- Entretien 12 : M. D., Technicien, Mardi 11 juillet 2023
- Entretien 13 : M. J., Fournisseur de gaz médicaux, Mercredi 12 juillet. (Trame d'entretien différente ne figurant pas en Annexe II)

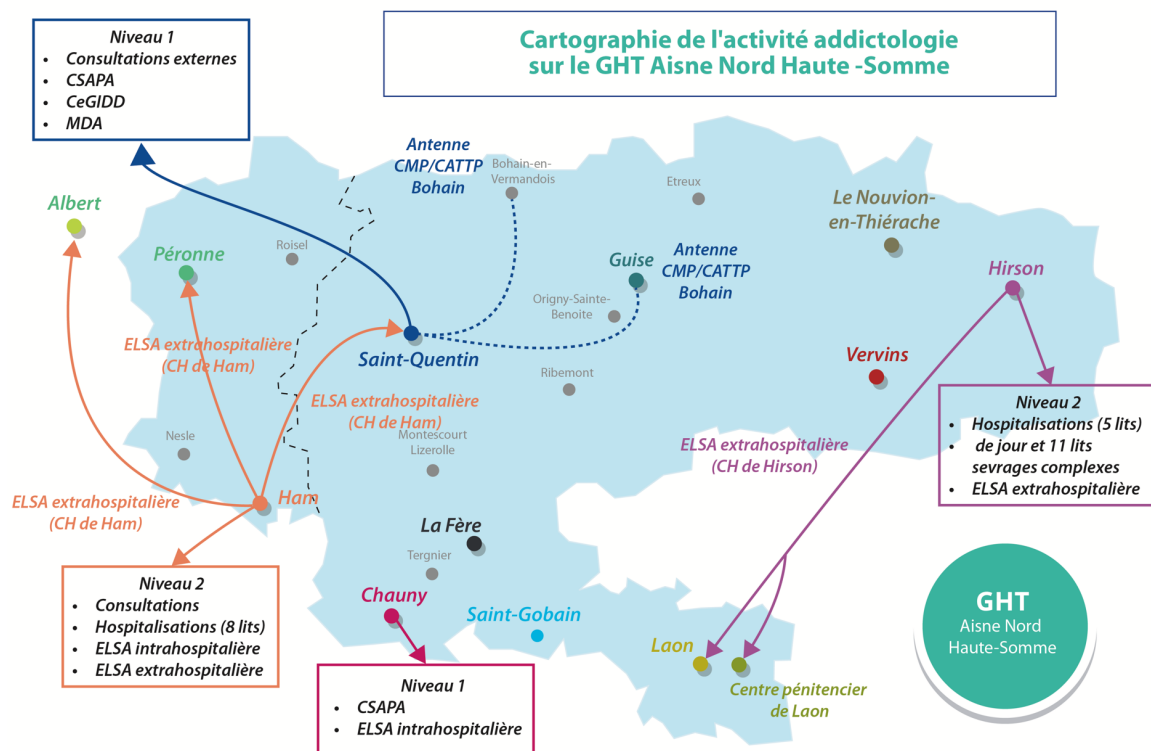
Annexe II : Trame d'entretien

Pourriez-vous présenter votre parcours ?
Pourquoi avez-vous choisi d'exercer au sein de l'hôpital public ?
Selon vous qu'est-ce qui peut expliquer le manque d'attractivité au sein de l'établissement ? Du territoire ?
Quels sont selon vous les forces de l'établissement et du territoire ?
Comment peut-on rendre l'établissement plus attractif pour les professionnels paramédicaux ? Médicaux ?
Que pensez-vous du dispositif des nouveaux arrivants actuellement mis en place au sein de la ville de Saint-Quentin ? Et de l'établissement ?
Comment jugez-vous l'implication des professionnels au sein des instances de gouvernance ?
Pensez-vous que l'ensemble des professionnels peuvent être force de proposition au sein de la Direction ?
Pensez-vous que le GHT peut contribuer à l'attractivité des professionnels paramédicaux ?
Accordez-vous de l'importance à la responsabilité sociale des organisations de l'établissement (développement durable,...) ?
Que pensez-vous des perspectives d'évolution professionnelle au sein du Centre Hospitalier ? Au sein du GHT ?
Quels seraient selon vous les axes d'amélioration en matière d'implication managériale ?

Annexe III : La structuration du Comité Expérience Patient



Annexe IV : Cartographie de la filière addictologie au sein du GHT ANHS.



KHALID

Umair

Octobre 2023

Directeur d'Hôpital
Promotion 2022-2023

**L'élargissement du concept de l'hôpital magnétique
aux enjeux contemporains des établissements
publics de santé.**

Exemple au Centre Hospitalier de Saint-Quentin.

Résumé :

En France et plus largement au sein des pays développés, le désarroi grandissant des professions hospitalières est manifeste. En France, la récente enquête de la DREES met en lumière cette tendance notamment concernant le métier d'infirmier-ère, « près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière ». Face à ce constat qui ne date pas d'aujourd'hui, les établissements du continent Nord-Américain ont mis en place le concept d'hôpital magnétique qui vise à garantir d'une part aux professionnels des conditions de travail exemplaire et d'autre part aux patients une qualité de soins irréprochable.

Néanmoins le concept d'hôpital magnétique n'a guère évolué depuis les années 2000 au sein de la littérature scientifique, face au développement de l'empowerment des professionnels de santé, de nouveaux concepts viennent nourrir l'image magnétique des hôpitaux. Pour les patients, l'hôpital magnétique est avant un établissement proposant une offre de soins claire et structurée en parcours voire en filière, pour les nouveaux professionnels, il fait bon de travailler dans un établissement qui prend en compte la Responsabilité Sociale des Organisations et enfin pour les fournisseurs des établissements publics de santé, il fait bon de collaborer avec un établissement de santé qui respecte les délais de paiement réglementaire.

Enfin ce mémoire interroge le concept d'hôpital magnétique à travers le GHT, qui pourrait dans les années à venir nourrir une concurrence entre établissements au sein d'un même groupement en standardisant la différenciation.

Finalement « du bouche à oreille », l'hôpital est magnétique car sa notoriété est polymorphe et analysée sous tous les horizons.

Mots clés :

Hôpital magnétique ; Magnet hospital ; GHT ; attractivité ; fidélisation ; RSO ; RSE ;
Expérience Patient.

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.