



Des métiers innovants en établissements de santé

Une vision prospective du management ?

Nouveaux enjeux ► nouvelles fonctions ► nouvelles compétences

Juin 2016

1. Le gestionnaire de lits

Pour maximiser l'utilisation des capacités d'hébergement de l'établissement

2. Le directeur des opérations

Pour coordonner, piloter et outiller l'ensemble des projets et processus de l'établissement

3. Le *case manager*

Pour évaluer les besoins, planifier et coordonner les soins

4. Le responsable patientèle

Pour améliorer la séquence de vie du patient en proposant des services au-delà de la seule prise en charge

5. Le *community manager*

Pour promouvoir l'identité de l'établissement sur les espaces communautaires et réseaux sociaux

6. Le référent e-santé

Pour mobiliser le patient à travers les nouvelles technologies en tant qu'acteur de sa prise en charge



7. Le *data manager*

Pour recueillir et structurer l'information à des fins d'exploitations immédiate et prospective

8. Le chargé de mécénat

Pour multiplier et diversifier les moyens de financement et d'accès aux ressources utiles pour l'établissement

Equipes médicales de territoire, directions des opérations, alternatives à l'hébergement hospitalier traditionnel, coopérations territoriales entre offreurs, liens ville-hôpital-médicosocial, plateformes ambulatoires, etc. : l'ARS d'Île-de-France a à cœur de porter une vision prospective de l'offre de soins, et d'en stimuler l'émergence à travers un certain nombre de dispositifs de soutien aux démarches locales des professionnels de santé.

C'est dans cet esprit qu'elle scrute avec attention les mutations auxquelles les établissements de santé vont devoir faire face à courte échéance. En effet, que ce soit pour répondre aux enjeux toujours plus forts de qualité et d'efficience de leur fonctionnement, mais aussi et surtout pour s'adapter aux nouveaux besoins des patients et nouvelles modalités de prises en charge à installer, les hôpitaux vont devoir mener dans les années à venir des transformations organisationnelles majeures : bascule ambulatoire, gradation des soins, coordinations et mobilisation autour des parcours, etc.

Les établissements de santé tels que nous les connaissons aujourd'hui auront à revoir en profondeur leurs modes de fonctionnement, en termes de processus internes mais aussi d'interactions avec leur environnement.

Forte de ce constat, l'ARS d'Île-de-France souhaite soutenir son territoire dans cette mutation, et ouvrir la réflexion sur les organisations cibles à dessiner, à moyen et long termes, afin de calibrer au mieux ses dispositifs d'appui à venir.

Cette démarche va au-delà des « simples » opportunités de réorganisation : il s'agit d'extrapoler les besoins de demain, la manière d'y apporter des réponses, et les naturels nouveaux métiers qui doivent (et qui vont !) émerger pour les mettre en œuvre. Le présent document n'a pas pour ambition de prédire l'avenir, mais il esquisse les possibles orientations et fonctions innovantes qui émergent ici et là, tout en tentant d'en analyser les potentiels bénéfiques pour les établissements et leurs usagers.

Nous vous en souhaitons bonne lecture !

pierre-etienne.haas@ars.sante.fr

Equipe EPOD

Efficienc e des Pratiques,
des Organisations et de la Dépense

Avec le précieux soutien des équipes d'  **OpusLine**
PRENDRE SOIN DE L'AVENIR

Une veille nationale et internationale, complétée d'un certain nombre d'entretiens ciblés, permet de brosser une projection d'un management hospitalier adapté aux nouveaux enjeux : panorama des métiers appelés à émerger dans 20, 10, 5 ans ?

Médecine de parcours, création des GHT, déploiement de la e-santé, tarissement des ressources, etc. : les hôpitaux ont devant eux des transformations organisationnelles majeures, dont la mise en place de nouveaux métiers pourra être un catalyseur

Face à des impératifs de qualité et d'efficacité toujours plus forts, dans un contexte de profonde mutation des prises en charge, les établissements de santé doivent repenser leur fonctionnement et plus globalement le rôle qu'ils souhaitent jouer au sein de l'offre de soins. Ces enjeux sont compris, mais la traduction opérationnelle doit encore être stimulée : les projets visant à plus d'efficacité s'enchaînent et parfois s'entrechoquent, sans que le modèle de fonctionnement de l'hôpital ne soit profondément réinterrogé dans sa globalité, du moins dans le cadre d'une vision prospective suffisamment assumée.

Sans être exhaustives, 8 fonctions ont été identifiées comme représentant les tendances fortes actuelles

1. Le gestionnaire de lits
2. Le directeur des opérations
3. Le « case » manager
4. Le responsable patientèle
5. Le « community » manager
6. Le référent e-santé
7. Le « data » manager
8. Le chargé de mécénat

Fonctionnant traditionnellement en silos selon la logique historique d'un exercice médical articulé autour de spécialités (et parfois sur-spécialités), l'organisation en pôles a été une première réponse visant la transversalité, mais aujourd'hui reconnue comme insuffisante. A ce titre, la gestion des lits (1.) mutualisée est un exemple d'allocation et d'appréhension globale des ressources aujourd'hui relativement déployée. Egalement, la direction des opérations (2.), qui s'intéresse elle plus généralement à l'optimisation de l'ensemble des processus de soins, se développe rapidement.

De même, le manque d'incitatifs pesant sur les services tend à contraindre le temps disponible pour le partage d'informations et la collaboration entre spécialités. Le « case » management (3.) apparaît-il alors comme une passerelle naturelle entre ces différents segments ?

Par ailleurs, il est aujourd'hui admis qu'une prise en charge de qualité ne peut être la seule succession d'actes médicaux ou de soins si performants soient-ils : le confort et « l'expérience de vie » du patient au cours de son séjour doivent devenir une préoccupation de l'établissement (4.). Le développement des nouvelles technologies permet aujourd'hui également d'envisager des canaux alternatifs aux modes de communication traditionnels, tel que le « community » management (5.), voire la redéfinition du rôle du patient par rapport à sa propre prise en charge grâce à la e-santé (6.).

Enfin, ces derniers éléments combinés à la multiplication des sources de données invitent à la formalisation d'une véritable fonction de « data » management (7.) peu représentée dans nos hôpitaux, et pourquoi pas diversifier les moyens de financements par le mécénat (8.) pour recouvrir des marges de manœuvre considérées aujourd'hui comme étroites.

Pour y voir plus clair, une méthodologie de travail en 2 temps a été établie, dont le présent document représente le témoignage

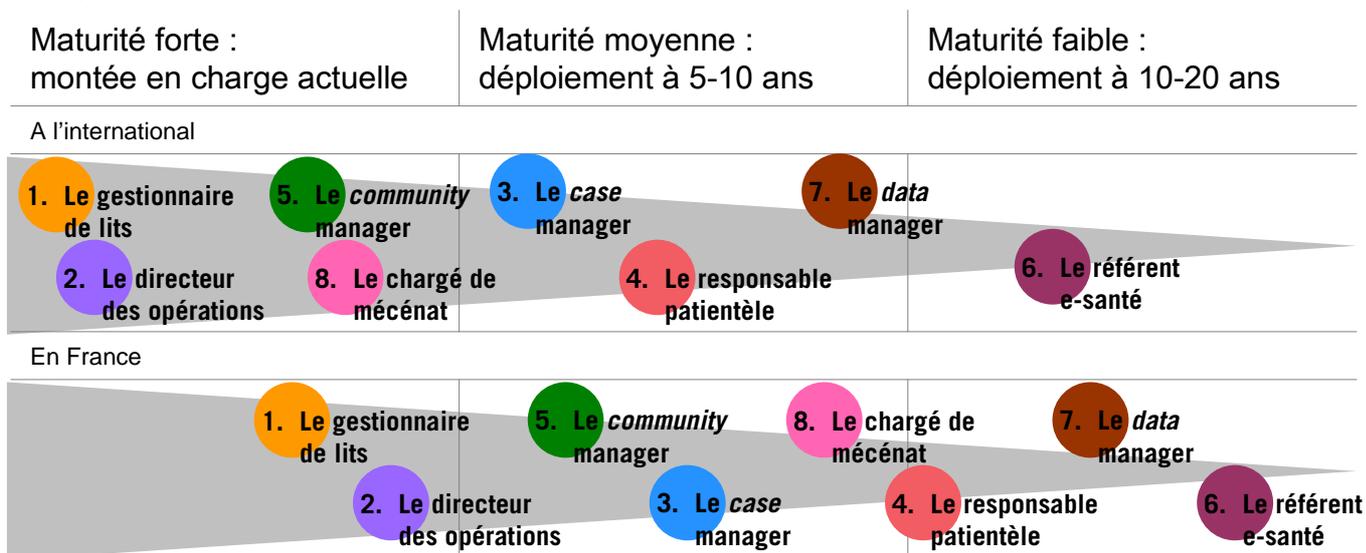
Une première étape a consisté à cartographier ces nouvelles fonctions, pour mieux en comprendre le périmètre, le contexte de leur création, et leur intérêt.

Cette première étape a été complétée par des interviews menées auprès de multiples acteurs de la santé (professionnels de santé, experts, institutionnels, etc.), du paysage français comme international. Cette seconde étape fut alors l'occasion de confronter et d'affiner notre compréhension des différents sujets avec les perceptions et retours d'expérience de ceux qui font vivre et évoluer le système : la suite du présent document n'est alors que le fruit et la retranscription de ces points de vue croisés des uns et des autres.

Sont vivement remerciées pour leur contribution et leur apport : Pr Dominique Somme, Pr Vincent Levy, Claudine Tanguy, Loubna Slamti, Florence Veber, Isabelle Hilali, Jean de Kerguziau de Kervasdoué, Dan Hinmon, Jérôme Martinot, Joël Dudley, Dr Marc Giraud, Dr Arnaud Depil-Duval, Floriane Marchand, Alessia Usardi, Philippe Bigourdan, François Bérard, Thuy-Tien Couty, Sophie Pacheco, Marie Brangeon, Florence Mahé-Dombis.

L'appréhension de la maturité de ces fonctions demeure variable et très subjective

Les métiers recensés se caractérisent par une grande diversité en termes de « maturité ». En effet, le niveau d'appréhension de la valeur ajoutée de la fonction, et donc naturellement son horizon de déploiement au sein des structures de soins, diffèrent notablement d'une fonction à l'autre, et sensiblement selon l'origine des personnes interrogées : sans que l'on puisse toutefois parler d'un retard important, un léger décalage se manifeste entre la perception des acteurs internationaux et français.



Au-delà de ces diverses fonctions caractérisant de probables nouvelles missions dévolues aux hôpitaux, c'est un véritable renouvellement de la vision du rôle des établissements de santé qui émerge à travers la présente enquête

Comme beaucoup de documents prospectifs ou d'anticipation, il n'est pas impossible que sa lecture puisse faire sourire dans quelques années, à la lumière des écarts entre les prédictions et ce qui sera alors devenu la réalité. Pour autant, un esprit et des principes communs semblent réellement émerger, dont il est peu probable qu'ils soient démentis par l'avenir tant ils sont consensuels parmi les personnes interrogées :

- La culture du résultat.
Il est apparu de manière très significative qu'au-delà de l'intuition, toute nouvelle fonction devait très rapidement faire la preuve de son utilité,
- La transversalité.
La quasi-totalité de ces nouvelles fonctions rayonne sur un périmètre très large, voire la totalité de l'établissement,
- La réhabilitation de l'expérimentation.
Loin des schémas traditionnels qui consistent à n'installer une fonction nouvelle que lorsqu'elle aura été parfaitement définie et appelée de ses vœux par l'ensemble de la communauté, une vision plus itérative est défendue : on expérimente, on affine, on accepte l'erreur, on réoriente, on consolide,
- L'ouverture sur le monde.
Beaucoup de ces fonctions (ou leur équivalent) encore considérées comme innovantes à l'hôpital sont en passe d'être pleinement reconnues dans d'autres secteurs, industriels ou de service. Attirer à l'hôpital des profils externes peut être un formidable catalyseur de changement !

Pour maximiser l'utilisation des capacités d'hébergement de l'établissement

De quoi parle-t-on ?

Le contexte

La gestion du capacitaire est une difficulté maintes fois exprimée par les professionnels de santé dans leur exercice quotidien : flux non-programmés qui viennent impacter une activité programmée, manque de visibilité et de transparence sur les disponibilités réelles des lits (en temps réel et en prospectif), et plus généralement une gestion calquée sur le découpage des unités, faisant passer toute forme de mutualisation ou de passerelles par de nécessaires étapes de négociations interservices ou interpoles (combien d'heures passées par les urgentistes pour « trouver un lit d'aval » pour leurs patients ?).

Une fonction de gestion des lits doit ainsi permettre de tendre vers une utilisation optimale des lits, sur des périmètres qui dépassent largement celui des unités fonctionnelles : si l'utilisation de certains outils de gestion hospitalière ont d'ores et déjà fait leurs preuves (centrale de réservation, dates prévisionnelles de sortie, management des sorties, anticipation des besoins en aval etc.), il est aujourd'hui nécessaire de les cristalliser au sein d'une responsabilité pleine et entière de « *bed* » management.

Ses missions

Le gestionnaire de lits centralise l'état des lits dans les différentes unités de son périmètre (un pôle ?, au-delà ?), et entretient des relations étroites avec les cadres des services le composant.

Il met en œuvre un véritable pilotage d'activité, en suivant l'entrée et la sortie des patients, et assignant des lits aux patients arrivés en urgence ou de façon programmée selon des protocoles établis, et naturellement en priorité au sein de l'unité préférentielle d'hospitalisation de la spécialité ou de la filière dont ils relèvent.

Il assure également une mission d'anticipation et de vision prospective de l'occupation des lits, en faisant vivre la durée moyenne de séjour, et en identifiant les patients à risque (« *bed blockers* »), afin d'organiser leur séquence d'aval dans les meilleures conditions.

Son profil

- Cadre de santé, IDE,
- Connaissance des circuits de prise en charge en établissement,
- Communication, sens du dialogue et de la négociation.

Ca existe à l'international

La « *bed management team* » de l'hôpital de l'île de Wight (300 lits, Royaume-Uni)



L'île de Wight, terre isolée sur la côte sud de l'Angleterre, compte 140 000 habitants, dont les prises en charge en termes de soins aigus, d'urgences ou de santé mentale sont assurées par un établissement unique, comptant près de 300 lits, dont une 50aine sont dédiés à la santé mentale. Le fonctionnement de cet établissement, articulé sur plusieurs sites, est relativement singulier au regard du modèle britannique puisque fonctionnant selon une complète intégration et autonomie que le caractère isolé de son territoire lui impose.

A ce titre, l'utilisation des ressources -*a fortiori* capacitaires- est plus qu'ailleurs une préoccupation constante de la direction.

Afin de se donner les moyens d'une parfaite maîtrise de l'utilisation des lits et éviter au maximum les situations de moyens dépassés, une équipe de gestionnaires de lits a été installée, composée de 7 personnes (6 responsables de site + 1 coordinateur global). Cette équipe, organisée pour être joignable et mobilisable 7 jours sur 7 / 24 heures sur 24, assure 3 tâches considérées de la plus haute importance par la direction (les profils de l'équipe sont tous expérimentés) :

- Enregistrer l'ensemble des admissions,
- Idem pour les sorties,
- Et suivre finement tous les mouvements internes de patients au cours du séjour.

Cette logique de traçabilité exhaustive permet aux managers d'avoir en temps réel une photographie très précise de l'état d'occupation des lits, des disponibilités, et, couplée avec un certain nombre d'outils de prospective en lien avec les diverses unités, de prévoir et anticiper les possibles saturations à venir.

L'équipe est aujourd'hui pleinement assimilée et reconnue par l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Ca existe en France

Le « bed management » du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (620 lits)



La gestion des flux non programmés représente un enjeu fort pour l'établissement, les urgences constituant 30% de son activité. Fort de ce constat, le groupe hospitalier a été accompagné en 2011 par l'ANAP dans le cadre d'un dispositif de soutien national à l'optimisation de la gestion des lits : un projet de « *bed* » management en a découlé, porté par la direction mais impliquant et mobilisant l'ensemble de la communauté hospitalière.

Aujourd'hui, 4 « *bed* » managers gèrent 534 des 620 lits du groupe. Notons qu'ils ne sont pas rattachés au service des Urgences. Leur mission consiste à :

- Coordonner les mouvements de patients,
- Veiller à la prévision de l'activité,
- Arbitrer les décisions d'affectation des patients.

Concrètement, les « *bed* » managers endossent des missions très opérationnelles, en lien direct avec l'activité quotidienne voire heure par heure de l'établissement :

- Dès 8h30, ils font le point avec le service d'accueil des urgences afin de recueillir les besoins d'aval et de prévoir les flux de la journée,
- Ils effectuent ensuite l'affectation des patients prévus pour les 2 jours suivants dans un lit identifié, et alertent s'ils pressentent une atypie, que ce soit en termes de saturation ou au contraire de sous-occupation des lits,
- Enfin, en fin de journée, ils envoient un mail aux cadres de nuit, signalant les lits vacants disponibles et réservés pour le lendemain.

2 bénéfices majeurs découlent de la mise en place de cette nouvelle fonction :

- Une diminution des moyens humains consacrés à la recherche d'un lit : 4 etp (les 4 « *bed* » managers temps plein...) contre 13 estimés auparavant,
- Une nette amélioration de l'utilisation des lits, illustrée par des indicateurs immédiatement palpables par les soignants :
Lits vides à 18h30 : 40 en 2011 contre 20 en 2013,
Sorties le matin : 40% en 2011, contre 60% en 2013.

Pourquoi pas vous ?

Quelques recommandations

Si l'on peut regretter que ce soit généralement des difficultés aiguës qui invitent à la mise en place de ce type de postes (et qui sont donc installés dans des contextes « en tension »...), force est de constater que la mise en place d'une fonction de gestion des lits est bien souvent le fruit d'une combinaison de difficultés :

- Des indicateurs de productivité dégradée (IP-DMS, taux d'occupation, etc.),
- Des tensions financières,
- Une forme de mécontentement que peuvent manifester les patients,
- Des conditions de travail ressenties comme dégradées par les équipes,
- Etc.

Comme pour la plupart des fonctions transversales et d'appui, la légitimité et la reconnaissance, voire la confiance, sont des éléments indispensables pour exercer ses missions dans de bonnes conditions. Gageons qu'en régime de croisière, le bénéfice qu'apporte un gestionnaire de lits aux équipes doit suffire à emporter l'adhésion des uns et des autres : la zone de friction se situe donc dans la phase d'installation de cette fonction, quand elle n'est encore perçue que comme « contraignante » par les équipes et que ses bénéfices ne se sont pas encore faits sentir.

Tout échec peut faire perdre des années précieuses à un établissement, dont les équipes garderont un mauvais souvenir de l'expérience passée. Il convient donc durant la période d'installation de sécuriser au maximum et donner les meilleures chances de réussite au gestionnaire de lits :

- Un sponsoring fort de la direction générale,
- Des positionnement, rôle et responsabilité clairement établis et affirmés,
- Un profil expérimenté et légitime au sein de l'établissement, doté d'un bon relationnel et d'une capacité de dialogue particulièrement développés,
- Des gages de confiance et une certaine forme de transparence vis-à-vis des équipes. Tester, évaluer, réajuster, et surtout communiquer régulièrement sur ces éléments et sur les indicateurs de résultat : l'opacité et les non-dits sont les caractéristiques principales d'une non-gestion des lits, pourquoi ne pas en prendre le contre-pied !

2. Le directeur des opérations

Pour coordonner, piloter et outiller l'ensemble des projets et processus de l'établissement

De quoi parle-t-on ?

Le contexte

Implantée dans le monde industriel, la fonction de DOP assure un lien entre la vision stratégique, les projets d'optimisation internes et les outils de pilotage associés. Transposée à l'hôpital, elle apporte une expertise interne sur les problématiques d'optimisation des processus, de soins et médico-techniques, afin de soutenir des professionnels de santé mobilisés par les impératifs d'efficience. Elle incarne le développement de fonctions transversales, et l'intégration de compétences nouvelles.

Ses missions

- Optimiser les processus de production de soins : il s'agit de mener les principaux chantiers de réorganisation au sein de l'hôpital. La mission consiste à gérer un portefeuille de projets.
- Piloter les principaux processus de production de soins : la mission consiste à contrôler et maîtriser la fluidité du fonctionnement au quotidien de l'hôpital, et intervenir dans les organes opérationnels d'allocation de ressources. Pour se faire, la maîtrise d'indicateurs de performance (taux d'occupations, délais, etc.), sur lesquels agir en temps réel via les organes opérationnels est essentielle.

Son profil

Le directeur des opérations peut être issu de diverses formations (médecin, DH, cadre de santé, ingénieur, etc.), pour peu qu'il puisse se faire valoir de 2 compétences majeures pour maximiser le succès de ses missions :

- Une véritable connaissance de l'écosystème hospitalier, des jeux d'acteurs, des bonnes pratiques professionnelles vers lesquelles tendre, etc.,
- Une appétence significative à la gestion de projets / programme, aux techniques de conduite du changement, ainsi que de réelles capacités de conviction et d'adhésion à ses démarches.

Il va ainsi sans dire qu'il s'agit là de profils confirmés, dont une forte expérience dans des fonctions de management, de responsabilité de production, ou autre, constituera un véritable atout.

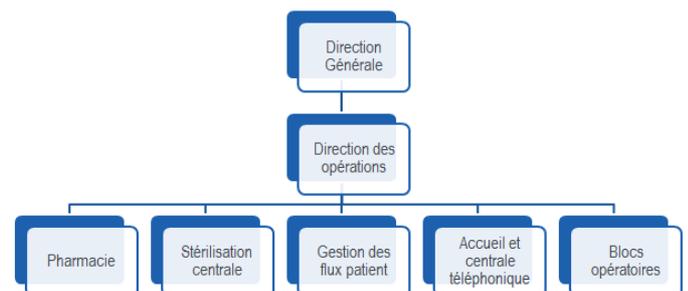
Ca existe à l'international

La directrice des opérations des hôpitaux universitaires de Genève (1 800 lits, Suisse)



Issue d'une direction de la logistique structurée en 2009 mais véritablement créée dans ses attributions actuelles en 2011, la direction des opérations des hôpitaux de Genève a pour mission d'optimiser l'organisation et les ressources dans une logique d'utilisation maximale et performante des compétences et moyens à disposition de l'établissement.

Cette direction, directement inspirée des modèles de l'industrie en reposant notamment sur l'utilisation de la boîte à outils *lean management*, bénéficie d'un soutien sans faille de la direction générale, et a regroupé sous son autorité les principaux organes de management opérationnel œuvrant au quotidien (377 etp rattachés hiérarchiquement) :



Cette direction exerce aujourd'hui des missions de pilotage opérationnel et de négociations permanentes entre acteurs, pour lesquelles la connaissance des processus métiers, la vision « parcours » et l'expérience opérationnelle sont parfaitement indispensables. A ce titre, la directrice des opérations, issue du monde soignant et ayant dirigé divers services au sein des hôpitaux de Genève, a mis en place des modalités de travail participatives laissant la place à l'initiative, dans une logique ascendante / descendante avec la communauté hospitalière dans son ensemble.

Ca existe en France

Le directeur des opérations de la fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild (160 lits)



L'établissement a vu récemment son activité évoluer significativement :

- Augmentation de l'activité de +25% sur 5 ans,
- Virage ambulatoire, avec 65% d'activité réalisée dorénavant en ambulatoire.

Le rythme des projets et autres démarches restructurantes ne faiblissant pas, et afin de maintenir une dynamique en place et d'optimiser le pilotage même de ces nombreuses démarches, il a été décidé de recentrer les missions d'une direction de la régulation déjà existante :

- Réintégrer le volet stratégique / prospectif qui avait pu disparaître au profit du seul et unique aspect opérationnel des projets,
- Réaffirmer l'approche transversale des démarches, qu'un portefeuille de projets en silos avait fini par hypothéquer.

C'est dans ce contexte qu'une fonction de direction des opérations a été créée. La responsabilité de la direction est assurée par un profil soignant, qui s'appuie sur un adjoint au profil « *supply chain* » et 2 partenaires en charge des activités quotidiennes. Son rôle est double : optimisation des processus et pilotage des processus.

2 chantiers clés :

- Optimiser les filières ophtalmologiques : l'objectif est d'améliorer les flux patients par la définition de parcours types par filière (diagnostic des fonctionnements à partir de l'analyse de l'activité des plateaux techniques, proposition d'organisations cibles, etc.),
- Optimisation de la gestion des rendez-vous par la mise en place d'une application.

Les bénéfices constatés :

- Une vision transversale des parcours,
- L'objectivation des situations existantes grâce à l'utilisation d'indicateurs,
- Un statut qui permet l'échange d'informations sans se substituer aux directions.

Pourquoi pas vous ?

Quelques recommandations

- 2 grandes catégories de missions peuvent être assignées au directeur des opérations : l'optimisation et/ou la gestion au quotidien des processus,
- Quelles que soient les missions, son périmètre de travail ne peut être que l'établissement dans sa globalité,
- A ce titre, il interagit avec l'ensemble des services et directions, et doit alors bénéficier d'un fort soutien de la DG / DGA,
- Selon les cas, il dispose d'une équipe dédiée ou non, mais le caractère très opérationnel de son action demeure sa « marque de fabrique »,
- Enfin, la réussite de son action est évaluable à 2 niveaux :
sur les projets dont il a la responsabilité, par les indicateurs de résultat ou d'impact associés à chaque thématique,
sur son action de pilotage ou de maîtrise des process au quotidien, par sa capacité à faire (ou ne pas faire...) parler de lui.

Cf. précédentes publications :



- 15 DOP soutenues par l'ARS d'Île-de-France : création d'un réseau de pairs franciliens,
- 15 DOP soutenues par l'ARS d'Île-de-France : retour d'expérience après 1 an d'accompagnement.

Pour évaluer les besoins, planifier et coordonner les soins

De quoi parle-t-on ?

Le contexte

Le « case » management est, selon la définition de la HAS, une démarche d'évaluation des besoins et de planification de la coordination des soins. Son but est de répondre aux besoins de santé complexes d'un individu dans son environnement, avec un objectif global de qualité et de parfaite coordination et articulation des diverses séquences de soins ou d'accompagnement du patient.

A ce titre, le rôle du « case » manager consiste à définir un projet de vie dans le cadre d'une prise en charge complexe, dans une logique d'objectif « global » pour le patient, et non une somme d'objectifs cloisonnés (par types de soins, par intervenants, etc.).

Notons que l'on retrouve dans les sociétés d'assurance des équipes de « gestion de sinistres » qui peuvent être l'équivalent de ce que l'on qualifie ici de « case » managers dans la production de soins et d'accompagnement.

Ses missions

Le rôle du « case » manager est de coordonner la prise en charge du patient en fonction du programme de soins établi avec lui, en lien avec les professionnels de santé concernés.

Il construit, suit et adapte le projet de soins du patient, et l'accompagne tout au long du parcours (écoute, orientation, planification de rendez-vous, etc.) : ainsi, il coordonne les soins sur l'ensemble du parcours du patient entre les différents établissements, organisations et intervenants (psychologues, médecins, associations, services sociaux).

Son profil

Des compétences principalement IDE se révèlent adaptées dans le monde du soin, ce type d'activité ne se limitant pas au seul accompagnement « social » comme cela peut parfois être trop rapidement perçu.

Par ailleurs, l'aptitude à évaluer des situations complexes, la connaissance de l'écosystème de soins et de l'environnement administratif sont des atouts majeurs pour réussir dans ce poste, au même titre que les capacités d'écoute et de négociation qui s'imposent naturellement d'elles-mêmes.

Ca existe à l'international

La gestion des parcours de l'Institut of Mental Health de Singapour (2 000 lits)



L'IMH de Singapour a introduit en 2000 un modèle de gestion de parcours sur 2 programmes : le « *Community Addictions Management Programme* » et le « *Early Psychosis Intervention Programme* », étendu en 2003 aux soins généraux. 4 « case » managers y furent dédiés initialement, l'unité en comprenant aujourd'hui 37. Les missions qui leur sont dévolues :

- Mener des évaluations individuelles pour analyser la situation du patient et mettre en place un plan de soins personnalisés,
- Informer et être à l'écoute du patient et de sa famille,
- Servir de lien entre l'équipe médicale et le patient pour assurer la continuité des soins, du diagnostic à la sortie de l'hôpital,
- Réaliser le suivi du patient à la sortie de l'hôpital.

Parmi les actions notables, on notera que ces « case » managers s'autorisent -dans la limite de leurs prérogatives- à réorganiser l'environnement du patient en sortie d'hospitalisation afin qu'il conserve le niveau d'autonomie qui était le sien en amont.

Une expérience menée entre novembre 2003 et octobre 2004 sur 227 patients a donné des résultats significatifs, qui ont encouragé le développement du modèle :

- Diminution du nombre de réadmissions (de 65 à 26),
- Diminution du taux de « non-venue » aux rendez-vous (11,9% pour les patients suivis contre 24% pour les autres).

L'Affordable Care Act et le parcours de soins aux Etats-Unis



Parmi les mesures caractérisant l'ObamaCare, visant à améliorer l'accès à l'assurance santé pour 15 millions d'américains, on notera la création d'« *Accountable Care Organisations* » (ACO), sortes d'agences fédérant plusieurs offreurs visant à coordonner l'offre de soins de ville, hospitalière, et à domicile, dans une logique d'intégration. Le partage des risques et les économies qu'elles engendrent entre membres expliquent leur succès : les coûts sont davantage maîtrisés, notamment grâce à une pré-tarification des parcours de soins. Elles ont ainsi permis de réduire les dépenses notamment pour les soins cardiovasculaires, et d'imagerie médicale (par l'orientation de préférence vers les services les moins coûteux).

Ca existe en France

Les « case » managers de Generali



Les « case » managers de Generali interviennent de manière personnalisée auprès de victimes d'accident ou de personnes en arrêt maladie : leur objectif est d'aider ces personnes se trouvant dans une situation complexe à élaborer un nouveau projet leur permettant de retrouver une autonomie et une socialisation, tout en facilitant leur retour à l'emploi. Il s'agit d'un accompagnement portant sur un objectif précis, sur une période donnée.

A cet effet, leur principale mission consiste à identifier les ressources, les talents et motivations sur lesquels le bénéficiaire va pouvoir s'appuyer pour réaliser son projet. Agissant comme de véritables chefs d'orchestre, ils apportent un langage commun aux différents spécialistes impliqués dans les dossiers d'indemnisation où la situation de la personne est complexe (psychologues, médecins, juristes, conseillers professionnels, etc.)

Quelques points clés :

- Environ 400 personnes accompagnées depuis 6 ans,
- Une équipe de « case » managers composée de 4 personnes, essentiellement des professionnels de santé formés au case management,
- Une formation « sur-mesure » créée en interne pour sensibiliser les responsables de l'indemnisation au « case » management.

Le retour d'expérience du professeur Dominique Somme

Professeur des Universités, faculté de médecine de Rennes et praticien hospitalier chef de service de gériatrie du CHU de Rennes

La mesure 5 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait la mise en place de « coordonnateurs » sur l'ensemble du territoire, chargés, sur les champs sanitaire et social, d'élaborer un projet individualisé pour le patient atteint d'Alzheimer. Près de 1 000 coordonnateurs ont effectivement été formés ou sont en cours de formation.

Néanmoins, les dispositifs restent aujourd'hui fragmentés et indépendants les uns des autres. Ainsi, on note une multiplication des dispositifs de coordination visant des maladies chroniques, telles la maladie d'Alzheimer, mais lorsqu'une personne a plus d'une maladie mais semble en perte d'autonomie, les systèmes d'aide à la perte d'autonomie s'activent (aide à domicile, etc.), sans nécessairement apporter de réponse adaptée à la situation particulière du patient. La seule existence de coordonnateurs ne suffit pas à rendre cohérent l'ensemble de ces dispositifs.

A ce titre, la gestion de cas ne peut s'adresser à une maladie en particulier, mais à une situation : c'est là la distinction entre « case » et « disease » management. Elle a pour objectif de répondre à des situations complexes, nécessitant une réponse personnalisée et non standardisée. Il s'agit alors de construire avec le patient un projet visant à améliorer sa qualité de vie.

Pourquoi pas vous ?

Quelques recommandations

Les formations en « case » management et gestion de parcours existent, et des premiers Diplômes universitaires (DU) ont été créés, notamment à l'Université François Rabelais de Tours sur le « case » management, avec le soutien du mécénat de Generali.

Pour autant, la formation n'est sans doute pas tout. Les gestionnaires de cas sont en attente de reconnaissance, à la fois institutionnelle (ARS, conseil général, ...) mais aussi statutaire (salaires, convention collective...). Les fonctions de coordination ne pouvant résoudre les problèmes d'organisation systémique, au moment où de nombreux gestionnaires de cas sont sur le territoire, la question urgente devient de savoir quelle gouvernance adopter pour mettre en route les modifications organisationnelles qui leur permettront d'être efficaces.

En effet, si l'écosystème du monde de la santé s'accorde sur la nécessité de développer la coordination, les réussites ou exemples significatifs demeurent encore rares : la structuration en silo de notre système de santé et *a fortiori* de ses financements associés freine à n'en pas douter le développement d'approches coordonnées.

Pour autant, la raréfaction des ressources financières et les problématiques de démographie constituent un levier qui ne manquera pas d'accélérer la réflexion et de stimuler les expérimentations en ce sens : c'est d'ores et déjà le cas et il est probable que ce type de mouvement ne fera que s'amplifier, sous l'impulsion des tutelles ou des acteurs privés qui y verront un intérêt (assureurs, fabricants d'équipements, fournisseurs de nouveaux services, etc.).

4. Le responsable patientèle

Pour améliorer la séquence de vie du patient en proposant des services au-delà de la seule prise en charge

De quoi parle-t-on ?

Le contexte

Les nouveaux services aux patients ont pour objectif d'agrémenter la période d'hospitalisation en proposant des services qui, s'ils ne sont pas liés directement à la prise en charge, contribuent à améliorer la séquence de vie qui y coïncide.

En effet, partant du constat que l'utilisateur n'est plus seulement un « patient » mais aussi un acteur de l'établissement, se positionner en tant que seul « pourvoyeur » de soins sur le champ technique peut être parfois vécu comme réducteur par des populations toujours plus exigeantes quant à leurs conditions de séjour. Partant de ce constat, certains établissements ont mis en place des services innovants tels une conciergerie, un salon de coiffure, une médiathèque, etc.

Ces services revêtent un enjeu d'image de marque, car les enquêtes montrent qu'ils entrent en ligne de compte, parfois au même titre que la qualité des soins prodigués, lorsqu'un patient évalue la qualité globale de sa prise en charge au sein d'un établissement. A ce sujet, notons que pour certains hôpitaux mettant en place une offre à destination des patients étrangers (dans un souci de rayonnement et/ou de diversification des recettes), ce type de services revêt une importance capitale, tant cette conception du séjour hospitalier est entrée dans les mœurs des publics de certains pays voisins.

Ses missions

Le responsable patientèle a pour mission de définir et garantir une offre de services aux patients concourant à leur bien-être tout au long du séjour hospitalier. Il peut s'agir de :

- Services de conciergerie,
- Services complémentaires d'hôtellerie,
- Médiathèque et centres de loisirs,
- Facilités et commerces ciblés,
- Pour les patients étrangers : services de navette aéroport/hôpital, mise à disposition d'interprètes et de services administratifs adaptés,
- Etc.

Naturellement, une très large majorité de ces services n'a pas vocation à être internalisée par l'hôpital : il s'agira donc principalement de gérer le recours aux prestations de service, tout en garantissant une pleine maîtrise de la direction sur ces opérateurs externes à qui l'hôpital ouvre ses portes.

Son profil

Un profil gestionnaire semble le plus adapté, et dont l'ouverture sur l'environnement (dynamisme, qualités relationnelles, éventuellement maîtrise de langues étrangères), constitue assurément un plus.

Ca existe à l'international

L'accueil des patients étrangers du Bumrungrad Hospital de Bangkok (580 lits, Thaïlande)



La Thaïlande est un pays suréquipé dans le secteur médical, avec plus de 400 hôpitaux privés : la concurrence vive qu'ils se livrent les a ainsi poussés dans les années 1990 à fortement travailler sur leur qualité de service, aujourd'hui faisant référence à l'échelon international. Disposant d'une infrastructure hôtelière de haute qualité, les hôpitaux proposent -toutes choses égales par ailleurs- des prestations à des prix beaucoup plus attractifs qu'en Europe ou aux Etats-Unis, attirant ainsi une patientèle étrangère massive et exigeante.

Dans ce contexte, le Bumrungrad Hospital a déployé de grands moyens pour favoriser la venue des patients étrangers en ses murs :

- L'*International Patient Services Center*, comprenant 100 employés, assiste les patients étrangers dans toutes leurs démarches, que ce soient des demandes médicales et/ou coordination de transferts vers et depuis l'hôpital,
- Des partenariats lient l'hôpital à 32 agences de tourisme médical dans 18 pays. Un service de transport en limousine conduit les patients depuis l'aéroport jusqu'à l'hôpital,
- Une véritable démarche marketing « agressive » a été mise en place, notamment par la diffusion de spots publicitaires sur les chaînes de télévision cambodgiennes,
- Un ancien cadre hôtelier de la chaîne Hilton a été recruté pour gérer les chambres : un effort tout particulier a été fait sur la qualification et les compétences polyglottes des ressources humaines, complété par une équipe de 150 interprètes mobilisables à tout moment.

L'hôpital est aujourd'hui classé n°9 au *Medical Travel Quality Alliance*, et se positionne comme le plus populaire du monde hors Etats-Unis : 500 000 patients étrangers y sont accueillis chaque année.

Ca existe en France

La démarche de l'Institut Gustave Roussy (370 lits)



Le positionnement de l'établissement en tant qu'acteur de services s'est concrétisé par un programme baptisé « infiniment vous – l'esprit de service à Gustave Roussy ». 5 piliers composent ce programme, défini sur une durée de 5 ans :

- **Inform**er, pour un parcours mieux préparé,
- **Accueillir** de manière privilégiée avec des moments d'attention,
- **Prendre soin**, pour réconcilier le patient avec son corps,
- **Rendre service** pour adoucir le séjour,
- **Evaluer** et co-construire en mobilisant les patients pour garantir la pertinence des services proposés.

Le tourisme médical stimulé par France Surgery



France Surgery est un « facilitateur » dont le rôle consiste à mettre en relation un patient étranger avec un établissement de santé sur le territoire national, grâce à ses référents en région et à un réseau de professionnels de santé mobilisés pour ce faire :

- Des évaluateurs médicaux de France Surgery procèdent dans un premier temps à une évaluation des possibilités de prise en charge du patient en France (d'après son état de santé général),
- Ils en estiment le montant,
- Pour finalement l'orienter vers l'établissement de santé adéquat : à ce titre, France Surgery se porte garant du règlement de la prise en charge par les patients ou les organismes compétents, et sécurise ainsi des établissements parfois frileux face aux problématiques de recouvrement de créances auprès des patients étrangers.

France Surgery est aujourd'hui partenaire de nombreux hôpitaux et groupes d'établissements privés. Des partenariats ont également été conclus avec des transporteurs aériens (Lufthansa, Etihad), des compagnies d'assurance étrangères, ainsi que des hôtels et centres de rééducation.

Pourquoi pas vous ?

Quelques recommandations

- Oser parler de « *marketing* » hospitalier

La qualité des soins et des gestes médicaux est rarement la première appréciation que relatent les patients lorsqu'ils évoquent leurs séjours hospitaliers : accueil, temps d'attente, qualité des plateaux repas, disponibilité des agents, diverses facilités, etc. sont bien souvent des déterminants majeurs d'un séjour considéré comme réussi. On peut naturellement regretter ce réflexe que certains jugerait « consumériste », mais nier que les mœurs, comportements et donc en creux les attentes ont évolué serait comme nager contre le courant... Si la question de l'amélioration des « produits » offerts en se plaçant résolument du côté du « consommateur de soins » doivent faire émerger de nouveaux métiers à l'hôpital, il n'est bien évidemment pas question d'arbitrer entre qualité des soins et qualité du séjour : il s'agit au contraire de marier ces exigences pour que « l'expérience de vie » du patient au cours de sa prise en charge soit la moins pénible possible.

Notons que l'on observe à ce jour un certain intérêt pour ce type de démarches au sein du secteur privé non lucratif.

- Des fonctions nécessitant une approche client

Il s'agit de « placer le patient au cœur du dispositif ». Au-delà de ce slogan galvaudé, c'est bel et bien d'un travail d'acculturation et de reconnaissance interne pour ce type d'activités et du bénéfice qu'elles peuvent apporter pour l'expérience patient qui permettront de mettre en place de telles actions avec succès.

Plus particulièrement, l'accueil de patients étrangers s'est avéré une thématique récurrente au cours des entretiens : la facilitation de l'obtention de visas, la réalisation dans de brefs délais de devis, la maîtrise des langues étrangères par les équipes (administratives, mais aussi soignantes ?) sont des pistes qui ont été évoquées.

Pour promouvoir l'identité de l'établissement sur les espaces communautaires et réseaux sociaux

De quoi parle-t-on ?

Le contexte

Le développement des réseaux sociaux amène les établissements à adapter (ou enfin définir ?...) des stratégies de communication en lien avec leur temps : dans un environnement sanitaire parfois concurrentiel, communiquer sur les réseaux sociaux peut devenir un atout stratégique majeur, de plus en plus de patients utilisant ces nouveaux médias pour préparer leurs séjours, se renseigner sur les diverses structures d'accueil, partager leurs expériences, etc.

Il s'agit donc de promouvoir l'identité de l'établissement, mais aussi d'instaurer un dialogue avec les internautes afin de canaliser voire modérer les échanges, et en tout cas maîtriser autant que faire se peut une e-réputation bien souvent faite d'anecdotes ou de ressentis partiels (déverse-t-on des flots de compliments aux équipes sur les forums lorsqu'on est satisfait d'une prise en charge ? Vraisemblablement pas autant que lorsque l'on n'en est pas satisfait...).

Ses missions

C'est fort de ce constat que le « *community* » management vise à reprendre la main et en tout cas ne pas laisser aux seuls internautes anonymes la responsabilité de la communication de l'établissement :

- Donner de l'information et du conseil aux patients et leurs familles,
- Communiquer sur l'hôpital et son actualité,
- Veiller à sa e-réputation et y défendre ses intérêts.

Via la création et l'animation de communautés, le « *community* » manager gère alors la communication de l'hôpital sur les réseaux sociaux, en choisissant les bons vecteurs sur lesquels positionner l'établissement, en définissant une stratégie de contenu pertinente et en diffusant des informations relatives à l'actualité de l'établissement. Notons qu'il s'agit pour la plupart de médias grands publics, où peuvent se retrouver ainsi les patients, les personnels soignants, les partenaires de l'hôpital, et tout un chacun d'une manière générale.

Son profil

Les compétences en termes d'expertise en communication et en réseaux sociaux sont aujourd'hui reconnues, et il existe des formations certifiantes de « *community* » management. La maîtrise des réseaux sociaux et la capacité à définir une stratégie de social-média et de veille sont un savoir-faire revendiqué par de nombreux profils, qui n'attendent ainsi que de mettre leurs compétences au service de l'hôpital.

Ca existe à l'international

Le blog de la Cleveland Clinic (1 400 lits, Etats-Unis)



Afin de déployer sa stratégie de communication, la Cleveland Clinic a mis en ligne un blog dédié à l'hôpital (le *Health Hub*) tout en assurant la création de contenus orientés patients.

Sous l'autorité du « *community* » manager, une équipe dédiée (l'équipe d'*Engagement Digital*) se coordonne alors avec les praticiens de l'établissement pour générer des idées de contenus et organiser le calendrier des publications : tout ce qui est diffusé est revu et approuvé par des cliniciens. En outre, le manager diffuse des contenus via les réseaux sociaux (Twitter, Facebook, YouTube, Pinterest, Google+), et assure la parution de newsletters et des apparitions dans des blogs externes.

Le manager participe activement aux discussions et forums afin d'impliquer les patients : en étroite collaboration avec la direction du marketing, la direction des relations publiques et d'autres départements le cas échéant, il s'assure de la cohérence et de la pertinence du discours « *online* ».

L'hôpital dispose aujourd'hui d'une forte visibilité en ligne :

- 1,5 millions de « followers » sur Facebook,
- 553 000 abonnés sur Twitter,
- 2 millions de vues par mois sur le blog de l'hôpital (*Health Hub*),
- 2,3 millions de vues sur la vidéo « *Patient Experience* » mise en ligne sur Youtube.

La présence sur les réseaux sociaux de la Mayo Clinic (2 144 lits, Etats-Unis)



La Mayo Clinic a développé sa présence sur les réseaux sociaux il y a environ 5 ans, afin de rester connectée aux patients en provenance d'Europe, du Moyen orient, et d'Asie qu'elle accueille chaque année. Ainsi, des « *community* » managers de la clinique gèrent la présence de l'hôpital sur Facebook, Youtube, Pinterest et Instagram. Un forum, destiné à tout internaute, malade ou non (le *Mayo Clinic Connect*), est modéré par des employés de l'établissement.

Pour l'hôpital, ces médias sociaux sont avant tout un outil commercial. Pour autant, il est également vécu comme un vecteur d'éducation à la santé, où malades, familles, comme personnes non malades, peuvent dialoguer entre eux et communiquer avec de « vrais » médecins, modulant ainsi les échanges.

Ca existe en France

Le community management de l'hôpital Necker-Enfants Malades (AP-HP, 600 lits)



L'hôpital Necker a été un des premiers hôpitaux français à être présent sur Facebook, YouTube et LinkedIn, en constatant et actant les nouvelles pratiques des patients, désormais soucieux d'être acteurs à part entière de leur santé, et échangeant entre eux sur internet et se documentant sur la réputation des établissements avant leur hospitalisation.

Partant de ce constat, l'établissement a décidé de participer et de se montrer proactif sur ces échanges. La direction de la communication a ainsi dédié l'un de ses 6 postes au « *community* » management et aux projets numériques : les réseaux sociaux sont alors utilisés comme de vrais relais d'information, permettant de diffuser sur le web des contenus différents de ceux des médias classiques (tels l'intranet de l'Hôpital ou les newsletters). 3 objectifs ont été définis :

- Créer un lien particulier entre l'hôpital et les patients, en leur apportant des histoires de vie : les publications qui présentent des animations pour les enfants ou des premières médicales sont d'ailleurs les publications les plus « *likées* » et relayées,
- Diffuser l'actualité de l'hôpital,
- Effectuer une veille sur la e-réputation.

Les modes de mise en œuvre sont similaires à la communication classique :

- Une stratégie éditoriale est d'abord définie,
- Un reporting est ensuite effectué suivant des indicateurs quantitatifs (nombre de « *likes* », de « *followers* », de « *retweets* »...),
- L'aspect qualitatif est aussi évalué : la diffusion d'un film sur la chirurgie ambulatoire a ainsi permis de faire comprendre à un public très large le fonctionnement de l'ambulatoire et de positionner l'hôpital Necker comme établissement de référence sur les opérations courtes (dans une logique de e-réputation).

Les bénéfices constatés en termes de e-réputation et de retours d'expérience des patients sont très positifs. Des retombées en termes de recrutement sont également à signaler (IDE via LinkedIn, site spécifique pour le recrutement d'anesthésistes), avec un franc succès auprès des candidats.

Pourquoi pas vous ?

Quelques recommandations

Plusieurs éléments doivent façonner l'adoption d'une démarche proactive, allant au-devant du patient/internaute :

- Clarifier les objectifs visés : promouvoir les actualités de l'hôpital ? Créer un lien entre l'hôpital et les patients ? Diffuser du contenu à destination de publics particuliers ?
- Définir une stratégie éditoriale, qui assure cohérence et homogénéité de l'ensemble des messages diffusés sur les différents canaux ciblés,
- Mais veiller à adapter le ton et la forme des messages au média utilisé, afin de rester audible pour le public concerné par chacun de ces canaux.

Notons que le caractère innovant et parfois considéré à tort comme « flou » de ce type d'activité ne doit pas cacher une véritable professionnalisation et rigueur des usages de ce nouveau métier en santé, mais pleinement reconnu ailleurs. A titre d'illustration, comme pour toute autre action, des indicateurs quantitatifs (« *likes* », « *retweets* », etc.) permettent d'évaluer l'impact des actions du « *community* » management, et ce avec une possible grande finesse (par CSP, par âge selon les usages, etc.) : parler ainsi de stratégie éditoriale n'est pas une gageure, tant l'impact de ces nouveaux canaux de communication peut être fort (phénomène de buzz, positifs comme négatifs).

Pour mobiliser le patient à travers les nouvelles technologies en tant qu'acteur de sa prise en charge

De quoi parle-t-on ?

Le contexte

La e-santé est une tendance de fond de la modernisation du système de santé qui peut permettre de soigner plus, mieux, de façon moins coûteuse en confiant au patient les informations dont il a besoin pour être acteur de sa propre santé : elle regroupe l'ensemble des nouvelles technologies de l'information et de la communication appliquées au champ de la santé, les objets connectés se présentant comme emblématiques de cette mutation, mais pas seulement (e-learning, télémédecine, prises de rendez-vous en ligne, etc. font également partie du champ de la e-santé).

Il est saisissant de constater une forme de décalage entre l'évolution des pratiques quotidiennes de nos sociétés aujourd'hui « connectées » (usage d'e-mails, envois de photos sur son Smartphone, recherches d'informations sur des blogs, etc.) et les pratiques des professionnels de santé dans leur exercice du soin ou de la médecine, encore très conservatrices. En réponse à la demande des patients d'être acteurs de leurs prises en charge, l'installation de nouveaux services et nouveaux usages ne doit pas être le seul apanage d'industriels (ou autres) désireux de développer de nouveaux produits : assimilés dossiers médicaux sur Smartphone, blogs flirtant avec l'exercice de la médecine, toilettes high-tech mesurant le taux de sucre dans les urines, etc. Ce qui relève de la santé et des prises en charge doit relever de la responsabilité (même partielle) des professionnels de santé, et à ce titre les établissements en tant qu'offres de soins majeurs ne peuvent s'exclure de ce mouvement en marche.

Ca existe à l'international

La stratégie e-santé du Royaume-Uni



Le développement de la e-santé au Royaume-Uni s'explique par une stratégie solide et datée en la matière, en dépit d'échecs et de modifications apportées aux programmes successifs. On peut noter 3 temps forts :

- Le NHS a lancé dès 2001 le programme « *National Programme for IT* » visant à créer et stimuler l'usage de services basés sur des systèmes d'information au niveau national, comme par exemple un service de prise de rendez-vous en ligne (« *choose and book* »).
- En 2007, le portail « *NHS Choices* » a été lancé et offre au public plusieurs services : annuaires, service d'évaluation des centres de santé, orientation des patients, géolocalisation de services de santé, etc.
- Enfin, depuis 2013, la stratégie e-santé du pays vise par le « *digital challenge* » à renforcer l'intégration des soins, et à aboutir à un système de santé entièrement dématérialisé en 2018.

Le fondement de la stratégie réside dans la conviction qu'encourager les échanges de données entre acteurs de santé renforcera l'intégration des soins. Celle-ci se trouve donc au cœur du « *NHS Forward View Plan* » 2015-2020, qui prévoit plusieurs niveaux de déploiement, d'une stratégie à visée nationale à une déclinaison de la mise en œuvre au niveau local par les acteurs eux-mêmes, afin de faciliter leur adhésion aux projets.

L'implication des patients dans la politique de santé et de e-santé contribue également à son succès : des « *patient participation groups* » informent les groupes de médecins de soins primaires sur divers sujets (organisation médicale, pratiques, etc.), et œuvrent pour l'implication numérique des patients. L'association a ainsi créé des centres de formation pour former le public à la santé numérique, formations pouvant être accessibles notamment aux patients sur prescription de leurs médecins.

Ca existe en France

La e-santé constitue une source d'optimisation du système de santé, particulièrement en France où la pression économique est élevée et où ces nouvelles modalités pourraient constituer des gisements d'efficience à exploiter.

Force est de constater qu'elle n'est que peu développée à l'heure actuelle. Pourtant, les signaux sont très positifs :

- De nombreuses start-ups prolifèrent sur ce marché et font l'objet de multiples dispositifs de soutien public (investissements d'avenir en économie numérique, french tech, pôles de compétitivité, etc.) comme le relève l'étude du PIPAME (Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques) de janvier 2016. La structuration professionnelle du secteur évolue avec la création de l'alliance e-health France et de l'association France e-health Tech,
- Par ailleurs, la création de l'ASIP Santé et de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) confère un cadre public structuré au secteur, assurant un développement organisé qui respecte les droits des patients. Le ministère en charge de la santé soutient les projets de télémédecine (9 territoires d'expérimentation), quand d'autre part le programme Territoire de soins numérique (TSN) bénéficie d'un financement national de 80 millions d'euros, répartis sur 5 projets (dont 1 en Île-de-France).

Pourquoi pas vous ?

Quelques recommandations

L'étude du PIPAME identifie plusieurs facteurs clés de succès pour développer la e-santé, issus de l'analyse d'exemples étrangers fructueux :

- Une stratégie claire et stable des pouvoirs publics contribue à favoriser le développement de la e-santé,
- Les pays plaçant le patient au centre du dispositif de santé sont les plus avancés en matière de e-santé (outils innovants déployés dans les hôpitaux, etc.),
- Les modes de rémunération des professionnels de santé et de financement dématérialisés facilitent la mise en place de la e-santé (remboursement d'actes de télémédecine notamment).

Pour recueillir et structurer l'information à des fins d'exploitations immédiate et prospective

De quoi parle-t-on ?

Le contexte

Les données de santé, générées par un système de soins de plus en plus sophistiqué et des usagers toujours plus nombreux, revêtent aujourd'hui un caractère si volumineux et sensible qu'elles requièrent une véritable professionnalisation de leur traitement : c'est la notion de « *big data* » à laquelle bon nombre d'entreprises sont aujourd'hui confrontées, et a fortiori l'hôpital.

Dans ce contexte, l'intérêt et l'enjeu autour des données que génèrent et dont disposent les établissements de santé sont colossaux. Que ce soient en termes de connaissance de la consommation de soins, de vision épidémiologique, d'identification des atypies, des ruptures, de projection des impacts de telle ou telle nouvelle pratique médicale ou de soins : les possibilités théoriques offertes à qui dispose du savoir-faire indispensable pour exploiter intelligemment ces données sont immenses.

Ses missions

Le « *data* » manager à l'hôpital est pour l'instant principalement associé aux essais et études cliniques : il gère les données recueillies lors d'une étude clinique en choisissant la méthode de collecte des données, en développant le cas échéant les outils de recueil et d'alimentation d'une base de données, et en traitant et veillant à la cohérence des données médicales recueillies nécessaires à la recherche (antécédents médicaux, traitements, génétique, etc.). La production et l'analyse statistique des résultats relèvent ensuite d'une autre compétence : les statisticiens.

Ce périmètre relativement restreint est appelé à s'élargir dans un futur proche, pour englober plus largement l'ensemble des données produites ou collectées par l'hôpital. Si les méthodes peuvent être d'ores et déjà considérées comme matures, ce sont surtout le périmètre, les prérogatives, le poids et le caractère stratégique du poste qui seront amenés à être profondément réinterrogés à l'avenir.

Son profil

Actuellement, les « *data* » managers sont principalement diplômés de bioinformatique ou d'informatique, avec une connaissance du milieu de la recherche clinique et du milieu hospitalier.

A terme, la notion de « *data* » manager dans une acception plus large telle que décrite ci-avant devrait se retrouver autour des compétences suivantes :

- Analyse et traitement de données,
- SAS, statistique, SQL, développement d'application web,
- Et naturellement organisation, rigueur et respect des délais.

Ca existe à l'international

Le data scientist du Mount Sinai Hospital (1 170 lits, Etats-Unis)



L'*Icahn Institute for Genomics and Multiscale Biology* du Mount Sinai, fondé en 2011 et composé de 150 chercheurs et cliniciens, a pour mission l'analyse de données médicales pour améliorer le diagnostic et le traitement des patients.

Depuis 2003, le Mount Sinai Hospital possède un *datawarehouse* rassemblant les données cliniques, opérationnelles et financières de l'hôpital et du *Mount Sinai Faculty Practice Associates*, représentant les données de près de 3 millions de patients. L'objectif de ce dispositif, respectant les règles de sécurité et de confidentialité en vigueur aux Etats-Unis, est de permettre un accès facilité aux données pour la recherche et l'amélioration des soins, mais également d'améliorer la qualité et l'homogénéité des données entre les différents systèmes.

Par ailleurs, l'hôpital dispose également d'une bio-banque contenant les informations génétiques (ADN, échantillons de plasma) de 25 000 patients, ainsi qu'un système de dossier médical électronique.

Face à la montée en charge et au volume considérable de données à gérer, la direction a débauché un « *data scientist* », précédemment employé de la compagnie Facebook (ne disposant donc d'aucune formation médicale préalable...). Ses missions :

- L'analyse de données,
- La mise en place de modèles de croisement de données pour l'interprétation médicale,
- La mise en place d'interfaces pour faciliter l'interprétation des données par les médecins.

Les bénéfices de l'injection de cette nouvelle compétence (au sein d'une communauté principalement composée de professionnels de santé) ont été significatifs. 2 illustrations :

- Un modèle informatique prédictif a été mis en place, capable à partir des informations collectées durant le séjour d'identifier les patients ayant le plus de probabilités d'être réadmis à l'hôpital, et nécessitant ainsi un suivi particulier. Dans le cadre d'une étude pilote, ce modèle a permis de réduire de moitié le nombre de réadmissions,
- Un autre modèle a consisté à agréger les données des dossiers médicaux électroniques et données de génotypes de 11 000 patients diabétiques de type 2 : ce dernier a permis de classer les patients en 3 groupes, partageant des caractéristiques cliniques et génétiques similaires, en vue de proposer des prises en charge les plus adaptées et efficaces.

Ca existe en France

Les URC des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis (AP-HP, 1 087 lits)



Le département de recherche clinique de l'AP-HP a créé des URC (Unités de recherche clinique) pour la gestion déconcentrée de certaines missions, et plus particulièrement le soutien aux cliniciens pour leurs recherches cliniques académiques : conception du projet, étude de faisabilité et réalisation sur les plans biostatistique et technique, en conformité avec la réglementation.

Ces URC abritent des « *data* » managers et biostatisticiens dont la mission est de gérer et analyser les données pour servir les travaux des cliniciens. A ce sujet, il est à signaler un certain nombre de difficultés de recrutement et de fidélisation de ces profils, possiblement expliqué par une certaine forme de précarité et des opportunités de carrière et d'évolution limitées dans le secteur hospitalier, tranchant avec l'attractivité d'autres secteurs, ou même celui de la santé hors champ hospitalier, où leurs compétences sont extrêmement recherchées et valorisées.

Ces difficultés de recrutement et de fidélisation peuvent contraindre les établissements à chercher la compétence auprès d'un prestataire externe. La question du cœur de métier de l'hôpital est alors posée : quelles activités doivent en faire partie à moyen et long terme ?

Le projet ConSoRe d'Unicancer



Le groupe Unicancer a lancé le projet ConSoRe (Continuum soin-recherche) visant à faciliter notamment l'inclusion des patients dans les essais cliniques, et exploitant davantage les données collectées au cours de la prise en charge des patients.

A cet effet, un outil commun permettra de faire de la recherche sur les données disponibles dans les différents silos de production de l'ensemble des CLCC. Il s'appuiera sur des données utilisées en routine par les équipes, données qui seront également accessibles de manière consolidée et anonymisée pour les différents centres : de grandes ambitions sont portées sur cette démarche, encore aujourd'hui trop récente pour en tirer tous les enseignements.

Pourquoi pas vous ?

Quelques recommandations

Le « *big data* » n'est pas qu'un sujet informatique et technique : l'intégration de la question du management et de la science des données dans les processus « cœur de métier » des établissements est essentielle pour permettre un réel essor de ces fonctions afférentes. Pour que cette représentativité s'installe dans les organigrammes, il faut que la légitimité de ces nouvelles fonctions émerge, et cette légitimité sera intimement liée au sens que l'on saura donner à ces démarches de « *data* » management : les expériences réussies sont celles où l'exploitation a créé de la valeur, de nouvelles perspectives et/ou de nouvelles clés de lecture.

En outre, l'avènement du « *big data* » interrogera inmanquablement le positionnement des traditionnelles DSI. Si celles-ci peuvent être la base du développement de la science des données et accueillir des « *data scientists* », elles doivent évoluer et dépasser la dimension support et équipement pour réinventer des modes d'organisation et de fonctionnement avec les gisements de données internes (DIM, directions, pôles, etc.).

Parallèlement, la politique RH devra être repensée pour intégrer la gestion de ces fonctions nouvelles. Les exemples étudiés ont montré que le recrutement et la fidélisation des « *data scientists* » est particulièrement difficile dans un contexte de forte demande et de concurrence de la part de l'ensemble des acteurs économiques. Sur ce vivier en particulier, les établissements de santé devront avoir une approche offensive afin d'enclencher un cercle vertueux : des profils plus solides, donc des missions plus étendues, donc une valeur ajoutée avérée, donc des profils plus solides, etc.

Pour multiplier et diversifier les moyens de financement et d'accès aux ressources utiles pour l'établissement

De quoi parle-t-on ?

Le contexte

Plusieurs raisons justifient le développement des partenariats et du mécénat au sein des hôpitaux :

- Le contexte de maîtrise des moyens et parfois de concurrence accrue entre hôpitaux d'un même bassin de santé a favorisé la prise de conscience de l'importance de développer et stabiliser d'autres moyens de financement que les canaux traditionnels,
- L'émergence de nouveaux outils réglementaires ou techniques comme les fondations, les fonds de dotation, les plateformes de « *crowdfunding* », etc., facilitateurs pour ce type de démarches,
- L'enjeu d'image et d'attractivité aujourd'hui avéré pour les établissements et les équipes, soit pour des raisons de concurrence locale, mais aussi parfois pour des raisons de rayonnement national ou international.

Rappelons que le législateur a défini précisément ce qu'est le mécénat, bien distinct du simple parrainage : il s'agit du soutien matériel apporté, sans contrepartie directe de la part du bénéficiaire, à une œuvre ou à une personne pour l'exercice d'activités présentant un intérêt général. Il se traduit ainsi par le versement d'un don (en numéraire, en nature ou en compétence) à un organisme pour soutenir une œuvre d'intérêt général. Les hôpitaux, de part leurs activités, entrent pleinement dans ce champ.

Ses missions

A ce titre, les responsables de mécénat (et gestionnaires de partenariats) sont en charge de la mise en place de la stratégie de recherche de financements de l'établissement au titre du mécénat et/ou des partenariats commerciaux.

A la fois chargé de déterminer les cibles, de fournir les méthodes et d'animer les campagnes, le chargé de mécénat (et/ou des partenariats) peut endosser un rôle de conseil et d'appui aux équipes métiers.

Son profil

Ce type de métiers étant d'ores et déjà mature au sein d'autres secteurs d'activité, les profils et compétences requises (négociation, finance, marketing, droit, etc.) existent et ne demandent qu'à être valorisés au sein du secteur de la santé. Pour autant, le caractère singulier de ce secteur, et des possibles passions qu'il peut déclencher sur un sujet aussi sensible que son financement, nécessite vraisemblablement des qualités relationnelles particulières, et un indéniable intérêt pour mettre en confiance des professionnels de santé dont certains restent à convaincre sur ce type de démarches.

Ca existe à l'international

Le bureau du développement du Massachusetts General Hospital (950 lits, Etats-Unis)



La concurrence accrue entre hôpitaux américains a massivement contribué au développement de nouveaux moyens de financement, et les campagnes de levées de fond sont un exercice devenu assez répandu et entré dans les mœurs outre-Atlantique. Notons qu'au-delà de l'accroissement des capacités financières, les établissements profitent de ces campagnes pour développer leur leadership, au niveau national mais aussi parfois à l'échelon international.

Le Massachusetts General Hospital dispose ainsi d'un bureau du développement (« *Office of Development* ») constitué de 25 personnes, avec pour principal objectif de lever 50 millions de dollars chaque année pour contribuer au financement du centre de lutte contre le cancer. En parallèle, celui-ci recherche également des financements pour d'autres départements tels l'orthopédie, l'hématologie, l'urologie et la dermatologie. Le bureau est dirigé par un *senior managing director* qui définit et met en place les stratégies permettant de lever des fonds le plus efficacement possible pour l'établissement, et notamment en incitant (et stimulant) les donateurs à créer leurs propres événements de levée de fonds au bénéfice de l'hôpital.

Ca existe en France

Le mécénat au CHRU de Lille (3 053 lits)



La professionnalisation du mécénat a débuté en 2013 au sein du CHRU de Lille, afin de donner un cadre aux dons reçus par l'hôpital, avec notamment le recrutement en 2014 d'un chargé de mécénat provenant du secteur privé. Les objectifs sont clairement définis : récolter des fonds et valoriser les projets du CHRU. Un long travail de pédagogie a été réalisé avant la mise en place du fonds de dotation auprès de la communauté scientifique, par une présentation de la démarche à chaque direction de pôle pour que chacun en comprenne les objectifs et soit en mesure de les relayer. Les médecins ont été incités à tenir le rôle de relais internes de la démarche au sein de leurs pôles respectifs.

Le chargé de mécénat est rattaché à la délégation au marketing, à l'attractivité et aux relations avec les usagers, distincte de la direction de la communication. Salarié du CHRU, il est mis à disposition du fonds de dotation, qui est lui une structure privée. La gestion des partenariats est quant à elle effectuée par la direction de la recherche.

3 cibles de donateurs ont ainsi été définies : les particuliers, les grands donateurs, et les entreprises (représentant 80% des montants collectés). Les projets choisis pour la première campagne d'appel aux dons sont peu nombreux afin de ne pas éparpiller les dons sur de multiples projets et garantir l'efficacité et la visibilité de la démarche auprès des donateurs. La première vague de projets est en cours de financement.

Le mécénat de l'innovation de l'Institut Gustave Roussy (370 lits)



Initiée en 2003, la démarche de développement des ressources privées mise en place par l'institut est aujourd'hui pleinement intégrée à tous les niveaux de son fonctionnement : par les équipes de collecte, par des services administratifs et financiers qui jouent un rôle important dans la gestion des dons, mais aussi et surtout par les médecins et chercheurs dont l'implication se révèle primordiale pour lever des fonds. Les dons et legs contribuent concrètement à l'accélération des progrès en cancérologie en apportant un soutien financier sur des projets innovants de recherche, de soins, et de qualité de vie des patients.

Au-delà du soutien financier, les donateurs et mécènes sont de véritables partenaires pour les équipes de Gustave Roussy. Ils ont notamment la possibilité de cibler leurs dons sur un projet spécifique (achat d'équipement de haute technologie, programme de recherche...) ou de parrainer une équipe en s'associant directement à leurs travaux de recherche par un don régulier. Les parrains sont invités tous les ans à rencontrer les équipes qu'ils soutiennent et peuvent ainsi véritablement matérialiser l'impact de leur engagement.

En un peu plus de 10 ans, les dons et legs ont augmenté très significativement pour atteindre plus de 23 millions en 2015 entre Gustave Roussy et sa fondation. Cette belle réussite doit aujourd'hui son efficacité à une professionnalisation assumée de cette activité : relations donateurs, marketing direct, legs, mécénat, fondation, etc. Gustave Roussy a ainsi développé une véritable démarche proactive auprès de ses donateurs et mécènes, qu'elle considère comme d'authentiques partenaires de son activité.

Le mécénat de l'hôpital Necker-Enfants Malades (AP-HP, 600 lits)



La démarche a été impulsée et structurée par une directrice du mécénat, recrutée voici 5 ans. Outre le travail d'acculturation des acteurs au mécénat (médecins, CME, cadres, directions fonctionnelles, partenaires sociaux,) réalisé par cette directrice, ses missions ont particulièrement concerné la collecte de fonds pour le Pôle mère-enfant, par exemple pour l'aménagement d'espaces de vie pour les parents, d'un espace lecture, ou encore d'une école numérique ; mais également des projets de recherche ou encore de programmes d'acquisition d'équipements médicaux de pointe. Notons que le mécénat n'a pas vocation à se substituer au budget de l'hôpital : il est au contraire considéré comme un catalyseur pour favoriser et accompagner toutes sortes d'innovations – scientifiques, médicales, ou encore liées à l'amélioration de l'accueil et de la qualité de vie des patients hospitalisés. Il permet également de toucher des cibles en dehors du public naturel de l'hôpital et d'asseoir un certain rôle social que l'hôpital souhaite endosser.

Pourquoi pas vous ?

Quelques recommandations

Le développement de la dimension partenariale et la recherche de mécènes sont systématiquement portés par une conviction forte des directions générales : l'hôpital agit et interagit dans un écosystème, et ne doit pas être fermé sur lui-même car disposant d'atouts à faire valoir comme acteur social, au-delà de la prise en charge des patients. Dans cet esprit, avoir une approche centrée sur la qualité de l'expérience « usagers » et assumer l'enjeu d'image apparaissent comme des facteurs de succès d'une telle démarche. L'ensemble des acteurs interrogés s'accorde sur le fait que l'attraction des partenaires et mécènes doit se faire sur des sujets ciblés, sans laisser à penser que cette action vise à pallier les difficultés -financières notamment- du système de santé : l'enjeu d'image est ainsi essentiel dans ces fonctions, davantage que l'enjeu financier.

Par ailleurs, le développement des campagnes de mécénat et des relations extérieures doit largement s'inspirer et se nourrir des organisations existantes dans d'autres secteurs d'activité, d'ores et déjà matures sur le sujet (la participation à des réseaux de professionnels du mécénat peut être un atout). Des professionnels formés, dédiés et expérimentés existent sur le marché du travail, et la fonction nécessite une ouverture sur les enjeux d'autres acteurs économiques et sociaux. A l'instar d'autres métiers encore considérés comme innovants dans le secteur de la santé -français-, leur développement ne se fera pas sans une politique RH d'amorce volontariste.

Un futur riche d'évolutions se dessine pour les établissements de santé. Bien que très diverses dans le contenu, la maturité ou la faisabilité, toutes ces fonctions partagent une même philosophie : moins une rupture qu'une adaptation naturelle des établissements de santé à leur nouvel environnement.

Un esprit et des principes communs :

- Des métiers au positionnement transverse dans les établissements,
- Une propension partagée à sortir des cadres et du fonctionnement traditionnels hospitaliers,
- Des fonctions qui obligent l'hôpital à repenser sa politique RH et la gestion de son vivier de profils,
- Un même enjeu d'enrichissement de l'expérience patient sur l'ensemble de ces aspects : qualité, sécurité, confort, attractivité.

Des facteurs de succès clairement identifiés :

- Des porteurs convaincus (et convaincants),
- Des fonctions qui se construisent et se développent au gré d'expériences successives et d'une volonté d'expérimenter,
- Un décloisonnement affirmé pour s'enrichir de toutes les expériences, y compris en dehors de l'hôpital.

Un développement soumis à l'action de plusieurs leviers complémentaires :

- Favoriser une culture de l'innovation permanente et d'amélioration continue, en valorisant les initiatives et en mobilisant les compétences de tous,
- Faire évoluer la politique RH afin de diversifier les modalités et conditions d'emploi, et également assurer l'attractivité sur des fonctions présentant une forte concurrence face à d'autres acteurs économiques,
- Impliquer l'ensemble de la communauté hospitalière (médecins, soignants, agents médicotechniques, administratifs) à la réflexion pour valoriser l'apport de ces nouvelles fonctions auprès d'eux et le bénéfice qu'eux-mêmes pourraient en retirer dans leurs pratiques quotidiennes.

Communiquer et se comparer !

- Stimuler la vision comparative et les retours d'expérience par la mise en place d'une politique de participation à des réseaux de professionnels nationaux (ou internationaux) actifs sur ces domaines,
- Mettre en place des dispositifs de suivi et de communication adaptés pour rendre visible et illustrer la contribution de ces nouvelles fonctions à l'activité et à la performance de l'établissement et de l'expérience patient.

35 rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19
Tél. : 01 44 02 00 00 – Fax : 01 44 02 01 04
ars.iledefrance.sante.fr

