



L'hôpital désirable ? Soignants et Qualités de Vie au Travail

Conversation #14, avec Matthieu Girier

Matthieu GIRIER est Directeur des Ressources Humaines du CHU de Bordeaux et Président de l'adRHess. Il revient sur les conceptions enrichies et plurielles de la QVT, les vertus du Design Thinking, les services émergents dans les sites hospitaliers.

Matthieu Girier : Je me présente, Matthieu Girier, 34 ans, je suis directeur du pôle des ressources humaines de CHU de Bordeaux depuis le premier mars 2020. Avant, j'ai occupé plusieurs fonctions, toujours dans le domaine des ressources humaines, au centre hospitalier de Lens, aux Hôpitaux de Saint Maurice et au CHI de Créteil. Je suis également président de l'adRHess, l'Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Etablissements Sanitaires et Sociaux et qui anime dans le réseau hospitalier public la réflexion sur l'évolution et la transformation des ressources humaines. Que dire de l'évolution des RH et de la QVT dans les hôpitaux ? La QVT est un sujet qu'on traite depuis longtemps à l'adRHess et que j'ai eu l'occasion de développer dans un certain nombre des postes que j'ai occupé, avec plus ou moins d'importance, et plus ou moins de moyens développés compte tenu des orientations institutionnelles que les établissements ont pu avoir au cours des années. Quand je suis arrivé au poste de directeur des ressources humaines à Lens en 2013, on parlait peu de qualité de vie au travail, on parlait de prévention des risques psychosociaux, des troubles musculaires, de contrat local d'amélioration des conditions de travail. On n'avait peu de visions intégratives de l'ensemble de ces thématiques, et on n'essayait pas forcément de développer un plan complet, construit, structuré, de long terme qui vise finalement à faire que les personnes que l'on recrute pour faire fonctionner le service public hospitalier, qui participent tous les jours à la prise en charge

Le podcast



« Quand je suis arrivé au poste de DRH à Lens en 2013, on parlait peu de qualité de vie au travail »

des patients, soient heureux, contents et satisfaits de venir travailler à l'hôpital public. Finalement, il faut qu'on puisse enclencher cette démarche, née dans les années 80 aux Etats-Unis, l'Hôpital Magnétique, hôpital qui est à la fois désirable pour les agents qui y travaillent et pour les patients qui viennent s'y faire soigner. Il y a deux éléments fondateurs qui ont considérablement infléchi notre vision de la qualité de vie au travail, c'est sur un plan personnel, le voyage que l'adRHess a pu réaliser il y a quelques années au Danemark, un pays qui a mené une réorganisation hospitalière d'ampleur ces dernières années et qui se projette avec peut-être 5, 10, 15 ans d'avance sur la France. C'est un des modèles qui pourrait inspirer la France en matière d'évolution hospitalière. Le deuxième levier, beaucoup plus national et institutionnel, c'est la mise en place par Anne-Marie Armanteras de Saxcé, à la direction de la DGOS en 2018, de la stratégie nationale QVT qui a porté un certain nombre de thématiques d'ampleur qui ont ouvert les yeux aux hospitaliers, sur la nécessité d'être beaucoup plus larges et inclusifs dans cette notion de qualité de vie au travail. Si je pose la question, qu'est-ce que la qualité de vie au travail ?, personne n'aura la même réponse parce que, quand on a 23 ans et qu'on sort d'école et qu'on prend son premier poste à l'hôpital, quand on a 35 ans deux enfants et qu'on est là depuis 10 ans, quand on a 65 ans et après une carrière bien remplie on essaye de terminer dignement sa carrière à l'hôpital et bien finalement la qualité de vie au travail qui nous importe, elle n'est pas la même, et nos attentes et nos souhaits ne sont pas les mêmes, voire incohérentes avec celles du voisin. Ce voyage au Danemark, il a été fondateur pour nous, ça a été l'occasion de voir que la qualité de vie au travail est née de la prise en compte des besoins de l'autre. Rencontrer les opérateurs danois nous a démontré que concevoir un espace architectural en faisant participer l'ensemble d'une équipe sur une réflexion ergonomique de bon sens, pas forcément inspiré par des technologies ou des théories, juste où place-t-on tel type de locaux, de quel type de locaux a-t-on besoin pour fonctionner, et testons via la simulation cette logique de construction, c'est quelque chose qui nous a extrêmement marqué. En France, on a historiquement des crèches hospitalières au sein des hôpitaux, l'objectif est désormais d'aller plus loin, et d'observer comment, avec des salles de sport, avec des conciergeries, avec la mise en place d'un certain nombre de services, on peut faire quelque chose de fondamental.

#hopitaldufutur : Matthieu Girier, qu'est-ce que le damier «Qualité de Vie au Travail ?

Matthieu Girier : Le damier QVT est une méthode d'analyse qui s'inspire directement des méthodologies qu'on peut mettre en place dans la prévention des risques psychosociaux, qui vise à identifier des actions qui vont limiter la survenance d'un risque, accompagner la crise ou accompagner le moment où le risque se concrétise et éviter qu'il ne se reproduise. Cette réflexion on peut l'avoir sur la sphère RPS, mettre en place des dispositifs de prévention primaire des RPS, avec des semaines de la QVT qui vont permettre d'avoir une mobilisation via des scénettes sur la réalité des RPS dans les collectifs. On peut avoir de la prévention secondaire avec la création de cellule d'identification et d'accompagnement des personnes victimes de risque psychosociaux et des dispositifs d'accompagnement des collectifs, qui ont été concernés par des actions RPS et qu'on va aider à surmonter la difficulté via des actions de prévention tertiaire. Par exemple, dans des régions métropolitaines françaises où la population est extrêmement dense et où le coût de la vie est cher, on connaît des établissements qui ont des agents qui ont des difficultés à assurer leur niveau de vie et qui peuvent tomber dans des situations de surendettement, c'est le cas en Ile-de-France. Faire de la prévention primaire, c'est déployer des cours de conseiller en économie sociale et familiale, pour aider les agents en difficulté à gérer leur budget. Faire de la prévention secondaire, c'est mettre à disposition grâce aux DGOS qui est un partenaire naturel de l'hôpital, un certain nombre d'aides qui vont

« On n'avait peu de visions intégratives de l'ensemble de ces thématiques, et on n'essayait pas forcément de développer un plan complet, construit, structuré, de long terme, qui vise finalement à faire que les personnes que l'on recrute pour faire fonctionner le service public hospitalier, qui participent tous les jours à la prise en charge des patients, soient heureux, contents et satisfaits de venir travailler à l'hôpital public »

« Il faut qu'on puisse enclencher cette démarche, née dans les années 80 aux Etats-Unis, l'hôpital magnétique, désirable pour les agents qui y travaillent et pour les patients qui viennent s'y faire soigner »

« Ce voyage au Danemark, il a été fondateur pour nous, ça a été l'occasion de voir que la qualité de vie au travail est née de la prise en compte des besoins de l'autre »

« Le damier QVT est une méthode d'analyse qui s'inspire directement des méthodologies qu'on peut mettre en place dans la prévention des risques psychosociaux, qui vise à identifier des actions qui vont limiter la survenance d'un risque, accompagner la crise ou accompagner le moment où le risque se concrétise et éviter qu'il ne se reproduise »

permettre de limiter les difficultés dans lesquels les agents se trouvent. Par exemple, le partenariat que le CHI de Créteil a pu mettre en place, grâce à la MNH, sur le spectre d'intervention de l'association Crésus, un dispositif d'accompagnement des agents en surendettement et de règlement des situations de surendettement de l'hôpital. On est sûr de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, sur un risque identifié. Ce risque, il se multiplie dans tous les sens. Pour les troubles musculosquelettiques, faire de la prévention primaire c'est aussi faire de l'action sportive, mettre le sport au cœur de l'activité de l'établissement avec des salles de sport, des équipes sportives, des actions en faveur du développement du sport dans l'établissement.

#hopitaldufutur : Comment faire pour rendre l'hôpital désirable, attractif ?

Matthieu Girier : A Créteil, la réponse qui avait été donnée c'est qu'il faut essayer d'identifier les facteurs qui au sein de l'établissement sont considérés comme les plus problématique et qui créent le plus de frustration au sein des services de soins. En 2017, le CHI de Créteil a fait le choix de mener une enquête QVT, certains critères qu'on pensait très négatifs se sont révélés être plutôt positifs, notamment le fait d'avoir du sens dans son travail a été réaffirmé par les soignants et par l'ensemble de la communauté, le fait de trouver de la légitimité et de l'information auprès de son cadre a été identifié, le fait de se sentir soutenu par l'organisation a été plébiscité par les répondants. Cependant, un certain nombre de critères étaient mis en exergue comme négatifs, dont « je suis souvent interrompu dans mes tâches, je ne peux pas aller au bout de mes tâches et je me sens surmené ». Finalement, l'identification de ces trois critères, lorsqu'on est allé les décliner dans les secteurs, qu'on a fait un travail de micro-organisation, on s'est rendu compte que ces problématiques, elles naissent souvent de dysfonctionnement et d'absence de réflexion sur la répartition des tâches ou du bon schéma d'organisation. On avait développé ensuite dans le projet social une méthodologie qui était issue directement de la stratégie de la QVT, des espaces de discussion qui ont permis dans des environnements a-hiérarchiques de réfléchir tous ensemble sur la nouvelle répartition des tâches, sur la nouvelle conception des processus. On se rend compte finalement que la plus grande réserve de marge de manœuvre dont on dispose pour pouvoir faire correctement son travail, c'est déjà d'arrêter de faire tout ce qui ne sert à rien, pour réinvestir sur ce qui a du sens et sur qui fait vraiment la qualité du soin.

#hopitaldufutur : Les espaces de l'hôpital sont-ils adaptés à la QVT ?

Matthieu Girier : Je suis convaincu d'une chose : construire un hôpital, quelle que soit la bonne volonté qu'on a, quels que soient les moyens qu'on y met, ne sera une réussite qu'à partir du moment où on a fait participer l'ensemble des équipes à la conception des locaux et des espaces. Les structures les plus magnifiques sur un plan architectural, les plus parfaites sur un plan visuel, sont parfois celles qui sont le plus difficiles à vivre pour les personnes qui travaillent dedans. Je pense que le bon hôpital, c'est l'hôpital facile à vivre, dans la conception des espaces de soins, d'hospitalisation de jour, les blocs opératoires etc. Il peut être optimisé également, dans ce qui peut être un facteur simplifiant pour la vie. Lorsqu'on avait travaillé les premiers projets de reconstruction du centre hospitalier de Lens, qui avait parmi ses concepts de base la création d'un vestiaire central pour l'ensemble de l'établissement, on avait réfléchi à ce que ces vestiaires puissent avoir un accès lumière du jour, qu'ils puissent être branchés directement sur le service de santé au travail pour simplifier les circuits de trajet des agents dans l'environnement, qu'on puisse y installer l'espace QVT avec la conciergerie ou les espaces de sport. Le deuxième aspect est plus lié à la problématique de la programmation hospitalière. On le sait, il y a du temps qui s'écoule entre le moment où on va concevoir un hôpital et le moment où il va sortir de terre, et ce temps, il est souvent parallèle à une évolution des techniques et des conditions de prise

« En 2017, le CHI de Créteil a fait le choix de mener une enquête QVT. Certains critères qu'on pensait très négatifs se sont révélés être plutôt positifs, notamment le fait d'avoir du sens dans son travail a été réaffirmé par les soignants et par l'ensemble de la communauté, le fait de trouver de la légitimité et de l'information auprès de son cadre a été identifié, le fait de se sentir soutenu par l'organisation a été plébiscité par les répondants. Cependant, un certain nombre de critères étaient mis en exergue comme négatifs, dont « je suis souvent interrompu dans mes tâches, je ne peux pas aller au bout de mes tâches et je me sens surmené »

« La plus grande réserve de marge de manœuvre dont on dispose pour pouvoir faire correctement son travail, c'est déjà d'arrêter de faire tout ce qui ne sert à rien, pour réinvestir sur ce qui a du sens et sur qui fait vraiment la qualité du soin »

« Je suis convaincu d'une chose : construire un hôpital, quelle que soit la bonne volonté qu'on a, quels que soient les moyens qu'on y met, ne sera une réussite qu'à partir du moment où on a fait participer l'ensemble des équipes à la conception des locaux et des espaces. Les structures les plus magnifiques sur un plan architectural, les plus parfaites sur un plan visuel, sont parfois celles qui sont le plus difficiles à vivre pour les personnes qui travaillent dedans »

en charge. Faire un hôpital magnifique, mais qui est souvent soit trop grand soit trop petit, c'est créer des difficultés pour les professionnels qui vont y travailler parce que finalement on va mettre des moyens dans des espaces qui ne sont pas ceux qu'on va utiliser. Cette thématique qu'on a pu identifier lors du voyage d'étude au Danemark nous a démontré tout l'intérêt de penser les choses en réciprocity avec les équipes, de penser les choses avec des outils de simulation, très simples, une toile cirée avec trois personnage lego qui se baladent sur la toile, avec une équipe qui mime les déplacements au cours de la journée ou de la semaine, c'est souvent ça qui va faire la différence et qui rendra l'hôpital facile à vivre.

#hopitaldufutur : Est-ce que l'implantation d'un hôpital participe à son attractivité ?

Matthieu Girier : L'implantation en elle-même, lorsqu'on va concevoir un hôpital ou qu'on va réfléchir au maintien d'un établissement sur son site existant, est extrêmement conditionnée par son environnement géographique (zone industrielle, ville, campagne) et par les réseaux de transport qui vont le rendre accessible. Finalement, c'est difficile de déterminer l'emplacement idéal d'un établissement. Selon les régions, certains points vont être plus importants que d'autres, et selon la taille de l'établissement et son activité, les enjeux vont être différents, certains excluant pour les sites probables qu'on peut développer. Si on devait construire un hôpital dans le Val-de-Marne, le meilleur emplacement, c'est le rond-point Pompadour, au sud de la ville de Créteil, où convergent toutes les autoroutes et toutes les routes principales du département. Pour autant, c'est une zone industrielle au bord de la voie de chemin de fer, avec un environnement extrêmement pollué, pas très loin du bout des pistes d'Orly. Il est donc difficile de rassembler tous les éléments requis. On le voit également à Bordeaux, on a trois très beaux sites, qui répondent chacun à des logiques d'accessibilité et d'attractivité différentes. Ce qu'on identifie finalement, c'est que par exemple Saint-André peut jouer plutôt la carte du centre-ville, d'une activité à taille humaine, accessible en transport et en vélo ; Pellegrin va jouer plutôt la carte de l'universitaire, la carte un peu plus suburbaine même s'il est très ancré dans le maillage urbain, et donc peut mixer beaucoup plus les moyens de transport que ne le fait Saint-André ; enfin le groupe Sud est lui est installé le long de la rocade, dans la forêt, avec un environnement extrêmement vert et un accès beaucoup plus exclusif en voiture, même s'il y a le tramway depuis quelque années. On voit aussi que comme les agents n'ont pas la même vision de ce qui va les attirer en matière d'environnement hospitalier, le fait pour le CHU de Bordeaux de pouvoir proposer trois environnements différents, en RH, nous permet parfois de proposer à une candidature, en fonction de ses aspirations, des orientations plutôt centre-ville, plutôt boulevard ou plutôt grande périphérie. Cette articulation possible se voit particulièrement lorsqu'on souhaite proposer à des agents, dans le cadre d'une évolution professionnelle notamment, de changer de site pour aller exercer des fonctions dans un autre service. On se rend compte à quel point une personne qui a construit sa vie autour d'une localisation précise a énormément de mal à ne faire que 3 ou 4 km pour aller sur un autre site, parce que l'identité n'est pas la même, le rendu architectural n'est pas le même, il y a beaucoup de marqueur d'identification qui vont impacter l'attractivité de l'établissement. C'est pour ça que finalement il n'y a pas un modèle d'attractivité en termes de localisation et d'architecture, il y a surtout une adéquation au besoin de la population locale et aux attentes des soignants qui font aussi partie de cette population.

#hopitaldufutur : A l'issue de la crise sanitaire, repense-t-on l'hôpital hors-les-murs, ou la territorialité ?

Matthieu Girier : L'hôpital hors-les-murs ou la territorialité est à prendre avec des pincettes, parce que l'hôpital connaît des transformations techniques,

« On le sait, il y a du temps qui s'écoule entre le moment où on va concevoir un hôpital et le moment où il va sortir de terre, et ce temps, il est souvent parallèle à une évolution des techniques et des conditions de prise en charge. Faire un hôpital magnifique, mais qui est souvent soit trop grand soit trop petit, c'est créer des difficultés pour les professionnels qui vont y travailler parce que finalement on va mettre des moyens dans des espaces qui ne sont pas ceux qu'on va utiliser »

« On se rend compte à quel point une personne qui a construit sa vie autour d'une localisation précise a énormément de mal à ne faire que 3 ou 4 km pour aller sur un autre site »

« Il n'y a pas un modèle d'attractivité en termes de localisation et d'architecture, il y a surtout une adéquation au besoin de la population locale et aux attentes des soignants qui font aussi partie de cette population »

technologiques, et de ses prestations de soins. Contrairement au modèle historique de l'hospitalisation, omniprésent dans l'organisation, qui va faire que l'on a besoin de professionnels affectés dans les services tout le temps présent pour être certain que la prestation de soins est apportée auprès du patient, ce modèle-là évolue notamment avec l'hospitalisation de jour ou le développement de la consultation. Pour autant, pour les 30 ou 40 années à venir, le socle de l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation complète autour d'un plateau technique qui nécessite une unité de présence sera encore le paradigme principal de l'organisation des établissements publics de santé. D'ailleurs le modèle danois ne dit pas de choses différentes, quand vous voyez les projets qui sont fait à Aarhus, à Copenhague etc..., vous voyez assez clairement que le modèle hospitalier danois, il a un énorme plateau technique au milieu, de l'hospitalisation de jour tout autour. On peut cependant de réfléchir à un hôpital hors-les-murs pour toute les fonctions administratives, ou un certain nombre de fonctions de recherche ou médicales. L'hôpital hors-les-murs, c'est un vrai sujet sur le volet administratif, médical, recherche, on n'a pas encore vu émerger de modèle qui soit satisfaisant. Faut-il que les gens travaillent chez eux ? C'est modèle du télétravail, on l'a vu pendant la crise du Covid-19, qui peut répondre en partie à la problématique. Faut-il que l'hôpital se dote d'espaces de coworking, pour que les agents puissent réduire leur trajet domicile-travail et rejoindre des plateformes de proximité dans lesquels les agents travailleraient ? Ces plateformes doivent-elles être la propriété de l'hôpital ou partagées avec d'autres organisations, voire des places louées par l'établissement auprès de groupes qui commercialisent ce type de structures ? Aujourd'hui, il n'y a pas encore eu à ma connaissance d'expérimentation à grande échelle sur le recours au coworking et à d'autres modalités de travail que celles du pur hospitalier et du pure distanciel, tout est à créer sur ce modèle-là.

#hopitaldufutur : Voyez-vous émerger de nouveaux espaces de travail à l'hôpital ?

Matthieu Girier : La mise en place d'open-space ou ce qu'on appelait nous des espaces paysagers, c'est à dire des espaces qui sont plus proche du flex-office que de l'open-space, au-delà de nos considérations économiques sur le prix du mètre carré, sur l'espace disponible, parce que finalement quand on y réfléchit, dans un open-space, on peut éventuellement gagner quelques mètres carrés, mais ce n'est pas ça qui va faire fondamentalement la différence, car on va garder des bureaux en périphérie pour avoir des espaces dans lesquels on peut s'isoler pour avoir des conversations confidentielles, pour faire des entretiens, etc. Je pense que la culture de l'open-space n'est pas si fortement ancrée dans la société française. C'est très diffusé dans le secteur privé. Je pense que l'image qui en est renvoyée notamment aux acteurs du secteur public, qui n'y sont pas familiers, c'est un open-space qui n'est pas agréable à vivre. Les gens ont déjà beaucoup de préjugés sur l'open-space, mais ensuite tout est une question de mise en œuvre. Forcer quelqu'un à aller dans un open-space, c'est souvent la condition même de l'échec de l'opération, et plus largement, ne pas accompagner les choses et ne pas montrer l'intérêt qu'on peut y trouver peut conduire à l'échec du projet. Le Covid a impliqué, notamment pour les services administratifs et pour les personnels médicaux qui partagent des bureaux, de mettre en place des tours de permanence. Quand vous voulez venir travailler dans l'établissement, vous vérifiez que votre collègue de bureau n'est pas présent. Qu'on soit en open-space, en flex-office, en bureau seul, la Covid a posé la question de la cohabitation dans un espace clos. Si ces espaces conduisent à avoir des politiques très strictes de leur utilisation, plus stricte que les bureaux seuls, ce n'est pas forcément la nature même de l'open-space qui va poser soucis, mais sa gestion.

« L'hôpital connaît des transformations techniques, technologiques, et de ses prestations de soins. Pour autant, pour les 30 ou 40 années à venir, le socle de l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation complète autour d'un plateau technique qui nécessite une unité de présence sera encore le paradigme principal »

« L'hôpital hors-les-murs, c'est un vrai sujet sur le volet administratif, médical, recherche, mais on n'a pas encore vu émerger de modèle qui soit satisfaisant »

« Faut-il que l'hôpital se dote d'espaces de coworking, pour que les agents puissent réduire leur trajet domicile-travail et rejoindre des plateformes de proximité dans lesquels les agents travailleraient ? Ces plateformes doivent-elles être la propriété de l'hôpital ou partagées avec d'autres organisations, voire des places louées par l'établissement auprès de groupes qui commercialisent ce type de structures ? Aujourd'hui, il n'y a pas encore eu à ma connaissance d'expérimentation à grande échelle sur le recours au coworking et à d'autres modalités de travail que celles du pur hospitalier et du pure distanciel, tout est à créer sur ce modèle-là »

#hopitaldufutur : La fonction RH a-t-elle évoluée durant la crise COVID ?

Matthieu Girier : Pendant la crise Covid, la DRH est hyperbolique, elle va faire de la conciergerie pour les agents, c'est-à-dire qu'au-delà de recruter, d'accompagner et de former, on va vérifier que les professionnels sont en nombre et en qualification présents dans les services, on va vérifier auprès de l'éducation nationale que les enfants des agents sont bien accueillis dans les écoles. On va mettre en place des circuits de taxis pour raccompagner les agents qui n'ont plus de transports en commun pour aller travailler, on va trouver des appartements ou des chambres d'hôtel pour les professionnels qui sont en rupture d'hébergement, avec des situations à chaque fois qui sont extrêmement variées et différentes. A Bordeaux, pas mal d'agents habitent Langon, qui est relié par la voie de chemin de fer de la SNCF et par l'autoroute. Les agents qui n'ont pas prévus dans leur budget de prendre la voiture tous les jours et qui comptent sur le train pour aller au travail, n'ont pas pu aller travailler et donc il a fallu trouver un taxi à Langon. Ça a été tout l'honneur du pôle des ressources humaines, de la direction des parcours, et la direction de la QVT qui se sont beaucoup mobilisés sur ce sujet-là, de trouver des solutions à chaque agent. Cette fonction hyperbolique laisse des traces parce que je pense que la conception des dispositifs d'amélioration de la qualité de vie au travail que l'on vise à termes à l'hôpital va beaucoup s'inspirer de ce qui a été fait pendant cette période-là.

#hopitaldufutur : Quels enseignements retirez-vous de cette crise COVID ?

Matthieu Girier : L'hôpital a la particularité d'être une structure hiérarchique, parce qu'elle est très ancienne, elle vit avec des survivances du 18ème et du 20ème siècles qui sont extrêmement fortes. Et quand bien même la crise épidémique a été violente et a conduit les uns et les autres à changer leur façon de travailler et à interroger nos relations dans la conduite quotidienne du travail, malgré la crise, on ne peut pas mettre à bas des dizaines voire des centaines d'années de logiques qui se sont reproduites générations après générations, même si l'hôpital est soumis à un nombre de réformes assez régulier et structurant. La Covid a quand même eu un impact intéressant dans un certain nombre de secteurs où les gens ont pu se découvrir, là où on n'avait pas forcément de regard sur ceux qui nous entourent, la crise a permis de découvrir que untel sait faire telle ou telle chose, et qu'il pouvait être une ressource pour autre chose. La crise a aussi conduit les gens à se rencontrer et à se challenger, et tout ça laissera des traces, comme des petites graines semées aujourd'hui qui auront leur plein effet dans les années à venir.

#hopitaldufutur : L'Hôpital est aussi un lieu de formation. Quels impacts cela a-t-il sur les organisations ?

Matthieu Girier : On travaille très étroitement avec les universités avec une pertinence de vue qui est extrêmement poussée, parce qu'on va confronter nos visions avec l'université. Le CHU est aussi un organisme qui forme les personnels paramédicaux. C'est aussi à nous d'accompagner les écoles qui nous sont rattachées pour diffuser cette valeur. A l'Institut des Métiers de Bordeaux, qui dépend du pôle RH du CHU, les équipes pédagogiques ont souhaité porter une thématique qu'ils ont appelé l'identité de formation, c'est-à-dire du début de la carrière en formation initiale jusqu'à la fin de la carrière en formation continue, pouvoir avoir toujours des approches cohérentes, articulées et réfléchies, sur un ensemble de contenus de formation. A partir du moment où on se dit qu'on va donner un corps particulier à la tonalité à laquelle on va inscrire les formations, on peut ajouter des données telles que travailler en commun, s'ouvrir sur d'autres secteurs, pouvoir les accompagner sur des projets d'ouverture vers l'international, savoir identifier les étudiants en difficultés et les accompagner jusqu'au bout de leur cursus. Sur la thématique de la formation, les établissements ont un rôle à jouer dans l'évolution des

« Quand bien même la crise épidémique a été violente et a conduit les uns et les autres à changer leur façon de travailler et à interroger nos relations dans la conduite quotidienne du travail, malgré la crise, on ne peut pas mettre à bas des dizaines voire des centaines d'années de logiques qui se sont reproduites générations après générations »

« La Covid a quand même eu un impact intéressant dans un certain nombre de secteurs où les gens ont pu se découvrir. Découvrir que untel sait faire telle ou telle chose, et qu'il pouvait être une ressource pour autre chose. La crise a aussi conduit les gens à se rencontrer et à se challenger, et tout ça laissera des traces, comme des petites graines semées aujourd'hui qui auront leur plein effet dans les années à venir »

mentalités à l'hôpital.

#hopitaldufutur : Voit-on émerger de nouveaux métiers à l'hôpital ?

Matthieu Girier : Ils sont variés et naissent quasiment tous les jours. Soumis à un bombardement intensif de la part du progrès technique et technologique, l'accompagnement des nouvelles techniques et des nouveaux parcours de soin justifie l'évolution permanente des métiers. Ces évolutions-là sont de tout type, elles vont concerner les filières de soins, infirmières en pratique avancée, de coordination, cliniciennes, et dans les filières administratives, biostatisticiens, d'économistes de la santé qui peuvent concourir à la transformation de notre système d'information, de la façon que nous avons de concevoir les données et d'injecter du big data dans notre organisation et notre prise de décision. Ces nouveaux métiers ils sont partout, et le rôle du pôle des ressources humaines c'est justement d'essayer d'identifier comment les intégrer au mieux dans le statut de la fonction publique et dans le collectif hospitalier pour qu'ils y trouvent pleinement leur place. Quel impact ensuite en matière d'espace et de structuration de l'environnement hospitalier ? Il n'y a pas une seule réponse, cela dépend de la géographie, et du type d'établissement. Si on devait tracer une permanente dans les attentes des professionnels, qu'on voit se dégager dans de nombreux établissements, c'est que le côté aliénant du travail est pris en compte, mais que tout ce qui peut être fait pour alléger ce côté aliénant doit être mis en œuvre. Et la qualité de vie au travail, le télétravail, les nouvelles organisations de travail répondent à cette logique-là. Proposer de travailler autrement est souvent le meilleur critère d'attractivité aujourd'hui pour un établissement public.

#hopitaldufutur : «Nouveaux désirs, nouveaux espaces» ?

Matthieu Girier : L'hôpital tout monobloc tel qu'on a pu le concevoir, notamment au cours des années 2000, n'est pas forcément le modèle qu'on poursuivrait aujourd'hui. Le modèle du CHU d'Aarhus au Danemark, c'est une collection d'établissements les uns à côté des autres, reliés par une structure logistique centrale qui va déverser des flux d'informations, d'énergies, de matériels, mais qui va permettre à chaque structure (mère-enfant, cancéro, cardio, etc..) de garder un semblant d'autonomie et de vie communautaire, recentrée autour d'une pathologie. Je pense que du tout monobloc au protéiforme articulé, on a quand même quelques dispositifs qui nous permettent de réfléchir à un nouvel établissement. Je ne dirais pas que le tout proces est en train de disparaître. L'hôpital tout process, il trouve sa logique à partir du moment où les espaces sont bien identifiés, et par identification, je veux dire plus que la couleur sur les murs ou le fléchage au sol, mais bien d'identification bâimentaire, d'une structure à part entière pour une fonction donnée, interconnectée avec les autres, et deuxièmement le tout process ne veut pas dire l'économie du m² à tout prix, le tout process très intelligent, un peu ample, permet souvent aux agents de mieux vivre et de mieux appréhender leur environnement.

#hopitaldufutur : Matthieu Girier, le mot de la fin ?

Matthieu Girier : Ce qui pose question en France, c'est que les espaces hospitaliers conçus aujourd'hui le sont souvent en référence à une organisation ou un bâtiment existant, qui va contraindre la réponse qu'on va apporter, en matière d'innovation et de transformation. Aujourd'hui, créer un hôpital de toute pièce avec des logiques organisationnelles qui répondent à l'objectif qu'on va poursuivre en matière de stratégie de soin au patient, et non pas la reproduction de l'organisation existante, ce n'est pas forcément quelque chose qui est dans la culture. Comme ces structures viennent de loin, c'est difficile de les réinterroger et de les repositionner avec des problématiques organisationnelles de long terme, puisque finalement on va marier deux anciennes équipes sans travail préalable de réflexion sur les process, et on

« Ces évolutions-là sont de tout type, elles vont concerner les filières de soins, infirmières en pratique avancée, de coordination, cliniciennes, et dans les filières administratives, biostatisticiens, économistes de la santé qui peuvent concourir à la transformation de notre système d'information »

« Ces nouveaux métiers sont partout, et le rôle du pôle RH, c'est justement d'essayer d'identifier comment les intégrer au mieux dans le statut de la fonction publique et dans le collectif hospitalier pour qu'ils y trouvent pleinement leur place »

« Proposer de travailler autrement est souvent le meilleur critère d'attractivité aujourd'hui pour un établissement public »

« L'hôpital tout monobloc tel qu'on a pu le concevoir, notamment au cours des années 2000, n'est pas forcément le modèle qu'on poursuivrait aujourd'hui. Le modèle du CHU d'Aarhus au Danemark, c'est une collection d'établissements les uns à côté des autres, reliés par une structure logistique centrale qui va déverser des flux d'informations, d'énergies, de matériels, mais qui va permettre à chaque structure (mère-enfant, cancéro, cardio, etc..) de garder un semblant d'autonomie et de vie communautaire, recentrée autour d'une pathologie »

se retrouve 3, 4, 5,10 ans après, avec des équipes qui ont du mal à travailler ensemble parce qu'on n'a pas cherché à construire un bâtiment et une équipe qui soit unique et nouvelle. On a souvent en RH à gérer les conditions d'un changement qui n'a pas été suffisamment métabolisé.

« Finalement, on va marier deux anciennes équipes sans réflexion préalable sur les process, et on se retrouve 3, 4, 5,10 ans après, avec des équipes qui ont du mal à travailler ensemble, parce qu'on n'a pas cherché à construire un bâtiment et une équipe qui soit unique et nouvelle. »



Hôpital Riviera-Chablais © architecte Groupe-6 + GD Architectes photo T.Jantscher