RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Mission Expérience patient à l'hôpital : un levier pour transformer, améliorer, redonner du sens

NOVEMBRE 2025
2025-011R

• **RAPPORT (TOME 1)**

RAPPORT

Stéphanie **Dupays**
Bernard **Goichot**
Philippe **Sudreau**

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la participation de Maxence **Teissier**, stagiaire IGAS

Suivez-nous sur Linkedin

SYNTHÈSE

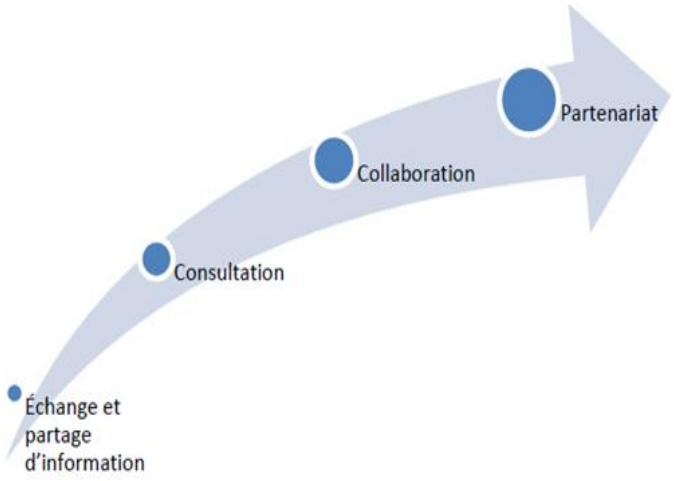
[1] La mission « Expérience patient (EP) à l'hôpital » a été diligentée dans le cadre du programme de travail 2024-2026 de l'IGAS et confiée à Stéphanie Dupays, Bernard Goichot et Philippe Sudreau. S'inscrivant dans un ensemble de travaux de l'IGAS centrés sur l'usager, elle vise à faire un état des lieux de la prise en compte de l'expérience des patients dans les établissements de santé MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), à en analyser les apports, les enjeux, les risques et à en proposer des axes d'amélioration.

L'expérience patient, une démarche bien identifiée, un déploiement encore partiel

[2] **L'expérience patient (EP) tend à être reconnue comme une composante importante de la démocratie sanitaire même si sa mise en œuvre demeure hétérogène.** Elle dépasse la simple mesure de la satisfaction pour appréhender le vécu global du patient tout au long de son parcours de soins : qualité des interactions humaines, compréhension des informations, continuité du suivi, respect de la dignité et de la singularité des situations. Cette approche traduit une évolution culturelle forte : considérer la qualité non plus seulement du point de vue du professionnel, mais aussi de celui de la personne soignée. Elle s'inscrit aujourd'hui dans un moment de fragilité du système hospitalier, où les Français doutent de la pérennité de leur système de santé et où les soignants cherchent à retrouver du sens à leur engagement.

[3] **Si le recueil de la parole de l'usager/patient en constitue la première étape, la démarche d'EP va bien au-delà**. L'association des patients peut prendre différentes formes :

Graphique 1 : Continuum de l'engagement du patient selon son niveau d'intensité



Source : HAS, guide « Agir avec les usagers à partir du recueil de leurs expressions », décembre 2024

[4] **Si la définition de l'expérience patient demeure plurielle, un consensus s'installe autour de sa dimension stratégique**. Elle est aujourd'hui intégrée dans les référentiels de la Haute Autorité de Santé, dans les démarches de l'ANAP et commence à structurer l'action des ARS. En France comme à l'étranger, elle est devenue un enjeu partagé entre institutions, patients et établissements. Au-delà d'une définition académique, la mission a privilégié une approche pragmatique de l'EP, qui doit associer des patients tout au long de la démarche : recueil de la parole, engagement d'actions d'amélioration sur la base de ces données, suivi régulier, évaluation de l'impact. **L'expérience patient n'est pas un dispositif coûteux ni une nouvelle injonction administrative : c'est avant tout une méthode**. Elle consiste à comprendre et transformer les pratiques de soin à partir du vécu des patients et de leurs proches.

Des démarches de plus en plus répandues mais hétérogènes

[5] **Un nombre croissant d'établissements de santé français s'engage dans des démarches d'EP, avec des degrés de maturité variables**. Certains disposent d'une gouvernance et de ressources dédiées ; d'autres amorcent une dynamique encore dépendante de l'engagement des directions et de la disponibilité des équipes. Si le dispositif e-Satis reste un socle commun, la plupart des établissements multiplient les modes de recueil (entretiens, observations, plaintes, ateliers d'usagers) afin de disposer d'une vision plus fine de la perception exprimée par les patients. La co-construction institutionnelle, bien que minoritaire, marque la voie la plus aboutie : les patients y participent dès la conception des projets d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge. **La dynamique est réelle mais l'hétérogénéité demeure forte : la démarche reste encore souvent centrée sur le seul recueil, alors que son véritable enjeu est la transformation**.

[6] **Dans les établissements de santé les plus avancés, la structuration de la démarche EP a permis d'identifier des points d'amélioration de la qualité et de la relation patient-soignant. Elle agit comme un levier d'efficacité, de cohésion et de transformation organisationnelle lorsque les conditions de pilotage sont réunies** : les observations formulées par les patients nourrissent alors des innovations concrètes (réaménagements, simplification de parcours, adaptation d'espaces), démontrant que l'EP peut devenir un outil de management et de conduite du changement. Les entretiens et auditions conduits par la mission ont mis en évidence que l'EP pouvait être engagée sans moyens financiers supplémentaires importants, notamment en intégrant ces nouvelles modalités d'exercice dans des fonctions déjà existantes. **Ces retours montrent qu'une démarche d'EP peut être engagée sans investissements supplémentaires ; c'est un changement de culture plus qu'un coût budgétaire.**

Des facteurs clés de succès du déploiement de l'expérience patient à réunir

[7] **Les travaux menés ont fait ressortir trois facteurs déterminants :**

- un pilotage assuré par la gouvernance : quand la direction et la Commission médicale d'établissement (CME) portent le sujet, l'EP devient un levier stratégique ;
- une structuration claire : comités dédiés, équipes identifiées, indicateurs de suivi, formation conjointe des soignants et des patients partenaires ;
- un partenariat équilibré : patients accompagnés et travaillant en confiance avec les équipes hospitalières, reconnaissance symbolique et matérielle, coopération avec les représentants des usagers.

[8] Ces points clefs créent les conditions d'une démarche durable. Sa mise en œuvre exige un temps long, comportant des bilans réguliers et des signes de reconnaissance institutionnelle, pour consolider la confiance entre acteurs et la légitimité du dispositif.

Des risques, dérives et angles morts à prévenir

[9] **Le déploiement de l'EP comporte plusieurs zones de fragilité qu'il faut prendre en compte :**

- la dérive de professionnalisation du patient partenaire, qui pourrait dénaturer le principe du bénévolat ;
- les tensions avec les équipes soignantes, parfois inquiètes d'une remise en cause de leur expertise ou contraintes par le manque de temps ;
- le risque d'un affichage purement formel, motivé par la certification HAS ou le marketing plus que par la conviction.

[10] La mission attire par ailleurs l'attention sur l'angle mort que constituent les publics vulnérables, encore trop peu représentés dans les démarches classiques de recueil en raison d'obstacles numériques, linguistiques ou cognitifs.

Douze recommandations pour faire de l'expérience patient un levier de transformation

[11] **L'expérience patient constitue un levier d'action puissant tant pour les patients que pour les professionnels de santé.** Les bénéfices liés à l'EP dépassent le vécu individuel : ils touchent directement à la qualité des soins, à la sécurité, à l'organisation des soins et à la dynamique managériale et économique des établissements. **Dans un contexte hospitalier tendu, marqué par la crise d'attractivité et le besoin de sens, l'EP peut être ce point de ralliement qui réunit patients et soignants autour d'objectifs communs.** Toutefois, sa réussite suppose une structuration forte, un pilotage par la gouvernance et un accompagnement national cohérent.

[12] Dans cette perspective, quatre axes guident les douze recommandations formulées par la mission. Celles-ci visent à proposer un ensemble de mesures permettant à tous les ES de rentrer progressivement dans la dynamique EP.

- **Systématiser la démarche d'expérience patient et organiser son déploiement dans les établissements de santé**

[13] Il est proposé que l'EP soit intégrée de manière obligatoire dans le projet d'établissement, au même titre que les volets médical, soignant ou social (recommandation n°1) ; cette proposition implique une évolution législative. Ce volet devra être élaboré de manière participative, en associant patients partenaires, représentants des usagers (RU) et équipes hospitalières, avec des leviers de reconnaissance et d'incitation pour les services engagés. Une comitologie dédiée doit piloter la démarche, adaptée à la taille de chaque établissement et au degré de maturité des actions engagées, avec un référent EP clairement identifié (recommandation n°2). Il est également préconisé que les établissements conservent la liberté d'associer ou non des patients à leurs instances de gouvernance (recommandation n°3), et qu'ils soient encouragés à faire de l'EP un levier d'action territoriale, en lien avec les GHT, CPTS ou bassins de vie (recommandation n°4).

- **Clarifier, sécuriser et encadrer le rôle des patients partenaires**

[14] La mission recommande un recrutement structuré et maîtrisé par les établissements, fondé sur la base de projets spécifiques (recommandation n°5). Les patients partenaires doivent bénéficier d'un accompagnement via un référent de l'équipe de direction et de groupes d'échanges réguliers pour garantir l'adéquation de leurs missions et préserver leur équilibre personnel (recommandation n°6). Une formation minimale obligatoire sur le fonctionnement hospitalier doit être assurée par l'établissement ; elle peut être complétée selon les missions par des formations ciblées, en mode conjoint patient / équipes soignantes (recommandation n°7). Le bénévolat demeure le mode d'engagement à privilégier, mais le principe de la reconnaissance doit être respecté selon les recommandations existantes de l'HAS, avec possibilité ponctuelle de défraiement ou de recrutement sur poste budgétaire spécifique (recommandation n°8). La mission souligne la nécessité de la bonne articulation des actions entre patients partenaires et représentants des usagers (RU), chacun ayant un rôle utile et légitime.

- **Inciter les établissements de santé à déployer l'EP dans toutes ses dimensions**

[15] La mission préconise de diversifier les outils de recueil de la parole des patients : amélioration d'e-Satis (granularité par service, calendrier à ajuster, questions ouvertes à privilégier) et développement de méthodes qualitatives (entretiens, *shadowing*, focus groupes), avec analyses appuyées par l'intelligence artificielle (recommandation n°9). Les ES doivent être encouragés à mettre en œuvre des plans d'amélioration, en associant systématiquement des patients (recommandation n°10) ; une évaluation continue de l'impact des actions EP doit être menée sur la qualité de prise en charge des patients et sur l'appropriation de la démarche par les professionnels de santé.

- **Aux plans national et régional : soutenir le déploiement de l'EP en privilégiant l'accompagnement à la sanction**

[16] La mission préconise de maintenir le dispositif actuel de certification HAS jusqu'en 2030, sans renforcer la contrainte, tout en aménageant une montée en exigence progressive (recommandation n°11).

[17] **Elle appelle également à une clarification des rôles institutionnels** (recommandation n°12). La HAS a vocation à inciter à développer l'EP et à en évaluer les bonnes pratiques ; les ARS à soutenir et animer la mise en œuvre territoriale des démarches d'EP, en favorisant la mutualisation et la cohérence régionale ; l'ANAP, la DITP ou une possible commission nationale à accompagner sur le terrain les ES en capitalisant les expériences.

[18] Au terme de ses travaux, la mission a acquis une conviction : l'expérience patient peut constituer l'une des réponses adaptées à la crise actuelle du système de santé. Elle peut être un levier fédérateur pour redonner du sens, renforcer la cohésion des équipes et améliorer la qualité de vie au travail des soignants, en rassemblant patients et professionnels de santé autour d'une démarche commune.

[19] Dans ce cadre, il serait pertinent que les suites de ce rapport fassent l'objet d'une mission IGAS avant le prochain cycle de certification HAS, afin d'évaluer les avancées observées sur l'ensemble des constats et recommandations.