



**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

---

**Elève Directeur d'hôpital**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

---

# **Gestion et psychiatrie à l'hôpital : ressources et projets de changements.**

(note complémentaire pour les mémoires de type 3)

---

**Richard ROUXEL**

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 La dimension professionnelle du mémoire liée à celle du Mastère Spécialisé. ....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Le Mastère Spécialisé « MTS » : une formation supérieure professionnelle.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Un projet professionnel présenté dans le mémoire de thèse professionnelle.....</b>	<b>3</b>
<b>2 La nécessité de faire avancer la réflexion sur le métier de Directeur d'Hôpital et son implication dans un SPH ouvert sur son territoire.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 « Porter plus loin » le métier de DH .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Vers un SPH de santé mentale à l'échelle des territoires.....</b>	<b>6</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>9</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.F.M.H.A. :	Association nationale pour la Formation continue du personnel Médical des Hôpitaux en Administration et gestion
C.M.E. :	Commission Médicale d'Etablissement
D.H. :	Directeur d'Hôpital
E.C.P. :	Ecole Centrale de Paris
E.D.H.E.C. :	Ecole Des Hautes Etudes Commerciales du nord
E.N.A. :	Ecole Nationale d'Administration
E.N.S.P. :	Ecole nationale de la Santé Publique
E.S.S.E.C. :	Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales
F.H.F. :	Fédération Hospitalière de France
H.E.C. :	Ecole des Hautes Etudes Commerciales
M.N.A.S.M. :	Mission Nationale d'Appui en santé Mentale
M.S. :	Mastère Spécialisé
M.T.S. :	Management et Technologie des établissements et réseaux de Santé
P.H. :	Praticien Hospitalier
S.P.H. :	Service Public Hospitalier
U.R.M.L. :	Union Régionale des Médecins Libéraux

## Introduction

Le mémoire « Gestion et psychiatrie à l'hôpital, ressources et projets de changements » s'inscrit dans un double parcours de formation : celui de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), d'une part, et celui du Mastère Spécialisé « Management et technologie des établissements et réseaux de santé » (MS MTS) de l'Ecole Centrale de Paris (ECP), d'autre part.

La soutenance de la thèse professionnelle de l'ECP étant fixée à décembre 2008, il m'a été proposé par l'ENSP de présenter un mémoire de type universitaire (selon la typologie de l'Ecole) exposant « un bilan d'étape » de mon travail de recherche (selon les recommandations de Mr. Moisan, responsable de la filière). J'ai toutefois tenu à ce que le mémoire déposé à l'ENSP ait une logique propre et aboutie. Par conséquent, sa rédaction fera l'objet d'un développement ultérieur à partir de l'analyse des résultats des outils mis en place et de la poursuite des entretiens avec les acteurs de la psychiatrie.

La méthodologie retenue pour ce mémoire s'articule autour des deux axes universitaire et professionnel afin de nourrir un intérêt dès à présent chez les lecteurs, notamment chez les acteurs de la communauté hospitalière qui m'a accueilli.

A l'heure où de nouvelles formes de coopérations médicales et de nouveaux modes d'exercice du management émergent, il apparaît nécessaire de provoquer la rencontre des médecins et des gestionnaires et la confrontation de leurs logiques réciproques. En effet, les projets de changement ne peuvent se concevoir que de manière négociée. Les innovations les plus marquantes à l'hôpital s'inscrivent dans cette approche car, si les moyens d'action et le capital (les ressources) ne manquent pas, ils sont assez également répartis chez tous les acteurs de l'hôpital et chez ses partenaires potentiels. La problématique du dialogue et de l'amorce d'un langage commun entre directeurs et médecins, par le recours à la médiation de l'ingénieur (ses méthodes, ses outils, son mode de raisonnement et sa compétence technique) est ainsi au cœur du mémoire.

Afin de procéder à l'analyse des apports professionnels de ce travail universitaire, cette note traite tout d'abord de la dimension professionnelle du mémoire au regard des attendus de la formation MS MTS. Une seconde partie montre en quoi cette formation à l'ECP, loin d'aller explorer des champs extérieurs au métier de DH, fait avancer la réflexion sur le métier et sa contribution à un service public hospitalier ouvert sur son territoire.

# **1 La dimension professionnelle du mémoire liée à celle du Mastère Spécialisé.**

## **1.1 Le Mastère Spécialisé « MTS » : une formation supérieure professionnelle**

Le Mastère Spécialisé n'est pas un diplôme universitaire au sens strict puisque cette formation (Bac plus 6) est une formation post-diplôme accréditée par la Conférence des grandes écoles<sup>1</sup>. Sa scolarité est composée d'un minimum de 350 heures de cours et d'un stage d'une durée minimale de quatre mois. Elle est sanctionnée par la rédaction d'une thèse professionnelle.

Par conséquent, le mémoire déposé à l'ENSP, lié à la formation dispensée par l'Ecole Centrale de Paris et notamment à la perspective de rédaction d'un mémoire de thèse professionnelle, revêt par nature une dimension professionnelle. Il sanctionne un cursus très professionnel dispensé par le « pôle Santé » de l'ECP et spécialisé dans le domaine d'activité précis du management et des technologies des établissements et réseaux de santé.

Ce Mastère Spécialisé bénéficie des liens étroits de l'Ecole Centrale avec ses laboratoires de recherche, les institutions de santé (Ministère de la Santé, Assurance – Maladie, établissements de santé français et étrangers,...) et le monde de l'entreprise. Il est à noter que cette formation est née d'un partenariat avec l'AFMHA<sup>2</sup>, ce qui assure une large participation de personnels médicaux et pharmaceutiques (gériatres des hôpitaux, coordonnateur d'un groupe d'établissements pour personnes âgées, urgentiste, chirurgien, généralistes PH ou libéraux, pharmaciens, sages-femmes) et soignants (cadre de santé hospitalier et coordinatrice de réseau) auprès des deux gestionnaires comptant parmi les quinze participants. Les enseignements sont coordonnés par un ingénieur en santé et un directeur d'hôpital.

Les objectifs affichés de cette formation sont de permettre aux « étudiants » d'acquérir une vision globale opérationnelle du fonctionnement de la santé, de son mode de

---

<sup>1</sup> Seuls les établissements membres de la Conférence des Grandes Ecoles sont habilités à délivrer ce diplôme (ENA, écoles d'ingénieurs –ponts et chaussées, Mines, Centrale Paris, Arts et métiers,..., écoles de commerce – HEC, ESSEC, EDHEC,...).

<sup>2</sup> Association nationale pour la Formation continue du personnel Médical des Hôpitaux en Administration et gestion.

production et de comprendre, pour mieux les maîtriser, les enjeux stratégiques et de gestion des établissements de santé.

Pour sa part, la formation initiale des élèves directeurs d'hôpital à l'ENSP vise notamment la conception et le pilotage des projets de changement, la maîtrise de la technologie de ces projets, des processus de décision et la mise en place d'outils d'évaluation.

Le Mastère Spécialisé rejoint ces objectifs en privilégiant la mise en pratique et l'acquisition d'une capacité de management à la mesure des projets développés. Ces deux formations à caractère professionnel proposent ainsi une complémentarité intéressante.

## **1.2 Un projet professionnel présenté dans le mémoire de thèse professionnelle**

Les professionnels qui suivent le cursus de formation de l'ECP entendent tous participer à la dynamique de réforme de leurs organisations professionnelles (les médecins et leurs représentations professionnelles, les directeurs davantage reconnus dans leurs missions et dans une nouvelle forme de gestion de leurs carrières,...). Ceux qui relèvent du terrain hospitalier ressentent fortement la nécessité de travailler « hors les murs » et de comprendre les scénarios en projet. Dans cette perspective, ces professionnels ont besoin de compléter, structurer et valoriser les nombreuses connaissances (hors champ clinique pour les personnels médicaux) acquises en permanence dans l'exercice de leur métier.

Les séminaires de cours théoriques, de travaux dirigés et d'études de cas (3 jours par mois sur deux années) alimentent un projet structurant réalisé par l'« étudiant » dans un établissement ou un réseau de santé et finalisé par la soutenance d'une thèse professionnelle et scientifique.

La perspective du mémoire de thèse professionnelle (décembre 2008) s'inscrit donc dans le même cadre que celui du mémoire déposé à l'ENSP. En effet, c'est à partir de son expérience et de sa place d'acteur dans le système de santé que chacun des participants détermine son projet. Il n'en demeure pas moins que les pédagogies peuvent se différencier et que les projets menés dans les deux scolarités ne s'appuient pas sur les mêmes corpus théoriques ou méthodologiques.

La présente note trouve dans cette partie de son développement son objet principal : le mémoire qui sera soutenu à l'ENSP, bien que de type universitaire selon la typologie de

l'école, présente sous de nombreux angles des analogies avec les attendus des mémoires professionnels du fait des objectifs pédagogiques du Mastère Spécialisé « Management et Technologie des établissements et réseaux de Santé ».

## **2 La nécessité de faire avancer la réflexion sur le métier de Directeur d'Hôpital et son implication dans un SPH ouvert sur son territoire.**

### **2.1 « Porter plus loin » le métier de DH**

Les défis proposés aux gestionnaires d'établissements ne manquent pas. A celui, très médiatisé, de la gestion des crises et des risques et plus particulièrement des risques épidémiques, s'ajoutent ceux de l'attractivité dans un contexte fortement concurrentiel et en tension budgétaire. Le champ de la santé est présenté par les experts comme un gisement de potentiels économiques et financiers, dans lequel s'engouffre déjà des investisseurs dont les intérêts paraissent éloignés de ceux des acteurs de santé publique. La performance de l'hôpital est donc requise pour qu'il remplisse au mieux sa mission tout en ayant le souci de s'ouvrir à d'autres acteurs susceptibles de concourir, avec lui, à l'amélioration des prises en charge.

Face aux interrogations de certains sur le péril imminent de l'hôpital face à la stratégie de groupes hospitaliers privés, un directeur<sup>3</sup> a pu mettre en avant l'hétérogénéité des maladies traitées dans les établissements publics. En effet, le « case mix » des cliniques privées montre que 80% des pathologies qui y sont traitées se regroupent autour d'une quarantaine de GHM<sup>4</sup>, tandis que pour atteindre ce pourcentage, les hôpitaux publics traitent 180 GHM. Pour ce directeur, « cela signifie que le spectre des soins se concentre sur les cas les plus intéressants financièrement dans les cliniques, laissant aux hôpitaux publics le soin de traiter le reste ». Les établissements publics sont donc très utiles à leurs « partenaires » privés, ce qui tend à conforter la politique d'offre coordonnée menée sur les territoires de santé par les Agences Régionales de l'Hospitalisation.

---

<sup>3</sup> Mr. Guy Vallet, directeur général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, sur le blog qu'il anime : <http://dgblog.ap-hm.fr>.

<sup>4</sup> Groupe Homogène de Malades.

Les enjeux ne sont pas tout à fait les mêmes en psychiatrie, mais la complexité et l'articulation de la prise en charge aux politiques sociales et médico-sociales fait de cette discipline médicale un formidable laboratoire pour les mutations de l'hôpital pris dans son acception la plus large. Selon le Docteur Kanas<sup>5</sup>, « la psychiatrie [serait même] l'avenir de l'hôpital tant il ouvre toutes les dimensions du soin ».

La pression de la demande<sup>6</sup> en santé mentale, développée dans le mémoire, va inciter les hôpitaux psychiatriques à doper leurs capacités de prise en charge ambulatoires, leurs réponses en géro-psi-chiatrie, en psycho-gériatrie et sur la problématique des patients inadéquats et à réorganiser leur offre de soins sur le territoire en arbitrant la proximité et la qualité médico-technique et clinique.

Le directeur d'hôpital voit sa dimension stratégique renforcée. Acteur d'une démarche de santé publique visant une prise en charge globale des patients, il doit participer à la conception et au pilotage du projet d'établissement et à la conduite d'une politique efficiente de développement continu de la qualité des soins au bénéfice des patients. Il doit imaginer avec la communauté médicale et soignante la technologie la mieux à même d'atteindre ces objectifs et de développer un projet de santé mentale de proximité s'appuyant sur un travail de réseau ou encore de nouvelles pratiques (comme la télé psychiatrie).

Il devient donc impérieux d'organiser la rencontre des « mondes » de la gestion et de la psychiatrie afin d'identifier les ressources actuelles et celles à générer mais aussi imaginer des projets de développement partagés. Le dialogue médecin /directeur /ingénieur requiert alors un langage qui permette à ces acteurs d'entrer dans une dynamique de négociation. Pour ce faire, la médiation par le langage et les méthodes de l'ingénieur (d'où le choix de suivre un Mastère Spécialisé à l'Ecole Centrale de Paris) présente un intérêt. Loin de s'éloigner du métier de DH, elle donne de la profondeur à la réflexion et une ouverture aux projets d'action<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Psychiatre, permanent de la Mission Nationale d'Appui en santé Mentale (MNASM).

<sup>6</sup> Le mémoire qualifie notamment de « débordement de la psychiatrie dans le social » tout un pan de la demande de soins.

<sup>7</sup> Cette perspective n'est pas très éloignée de la formation « Hôpital Plus » que suivent les chefs d'établissements.

## **2.2 Vers un SPH de santé mentale à l'échelle des territoires.**

De nouvelles formes de coopération médicale sont en train d'émerger. Ces nouvelles organisations (réseaux de santé, pôles d'activité ou fédérations intersectorielles en psychiatrie) ont une même logique : améliorer la qualité et la productivité des activités sous contrainte de sécurité, en repensant les modes d'exercices du management et en maîtrisant la technologie des projets en constante évolution. Dans le même temps, la certification pousse les structures hospitalières à développer une culture d'évaluation en rupture avec la logique des moyens.

Dès les années 70 s'est mise en place la notion de service public hospitalier, qui tend à créer une large complémentarité entre établissements publics de santé mais aussi entre le secteur public d'hospitalisation et l'hospitalisation privée.

Le constat de la « panne » de la psychiatrie de secteur est dressé depuis plusieurs années : les soignants et les familles sont écartelées entre l'hôpital éloigné et les petites structures de soin du secteur, à tel point que certains professionnels qualifient cette dichotomie d' « anti-secteur ».

La psychiatrie doit parvenir à s'appuyer davantage sur les ressources de l'environnement. Pour ce faire, elle doit trouver le fragile équilibre entre le territoire de proximité du patient et de sa famille et l'accès à des soins spécialisés. La politique de santé mentale doit donc pouvoir s'appuyer à la fois sur l'hôpital local ou général pour les crises, les pratiques de télé psychiatrie, les soins de réadaptation, le Centre Hospitalier Spécialisé (ou les services de psychiatrie des hôpitaux généraux) pour les soins de « pointe » (diagnostic initial, bilans, synthèses, réorientation thérapeutique), la médecine libérale (somatique ou psychiatrique) et les institutions médico-sociales ou sociales. Ces acteurs doivent, de plus, travailler de concert. En effet, aucune thérapeutique isolée ne permet une évolution satisfaisante des patients : psychothérapie, approche institutionnelle, chimiothérapie, cognitivisme comportemental, toutes sont nécessaires avec l'indispensable appui des familles et de l'environnement du patient.

La psychiatrie de secteur doit se redéfinir dans sa simplicité avec ses "fondamentaux": disponibilité des soignants, continuité des soins, contextualité et appui sur l'environnement.

L'hôpital va devoir affronter de nouveaux défis dans les prochaines années. Au nombre des difficultés à surmonter, on peut citer le cloisonnement encore trop fort des différents acteurs internes à l'hôpital et le pilotage insuffisamment coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale sur un territoire. « Le défi majeur pour les prochaines années est double : comment faire face aux départs massifs des personnels hospitaliers en retraite tout en

prenant en charge les conséquences inéluctables liées au vieillissement de notre population ?<sup>8</sup> »

Pour trouver une place au cœur du système, avec les autres acteurs, et participer à la construction d'une politique de santé sur leur territoire, les directeurs d'hôpital doivent aussi faire un effort d'imagination et saisir les débats sociétaux afin de « réenchanter l'hôpital <sup>9</sup> » et attirer sur lui un regard positif.

Les responsables des établissements psychiatriques doivent aussi prendre conscience de la spécificité du management de la psychiatrie communautaire et la faire vivre en privilégiant les « services de santé », et non pas l'hôpital<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Claude Evin, Président de la FHF, interview dans *Hôpitaux Magazine*, janvier 2007, n°1, disponible sur internet : <http://hop.mag2.free.fr/spip.php?article23>.

<sup>9</sup> "Réenchanter l'Hôpital" est l'un des thèmes choisis par les directeurs d'hôpital de la Région PACA lors de la réunion statutaire du 11 mai dernier à l'Espace Ethique Méditerranéen.

<sup>10</sup> Patrick Mordelet, périodique « Actualité et dossier en santé publique » n°15 du 15 juin 1996, page XVIII.

## **Conclusion**

Le directeur d'hôpital doit être le « créateur des mondes » qui rendent viables ou redonnent vie à son établissement. Il doit parvenir à faire partager sa vision, tout en acceptant qu'elle évolue au contact des acteurs (l'équipe de direction, la communauté médicale,...) pour qu'elle devienne moteur, actions et effets. Mais le gestionnaire performant est celui qui connaît les mondes des autres et assure, par intégration, la cohérence de leur ensemble. Le choix d'une formation supérieure complémentaire comme celle dispensée à l'Ecole Centrale de Paris, ne s'écarte donc nullement de la politique et de la stratégie en santé publique, puisqu'il exige de l'élève directeur d'hôpital d'imaginer une optimisation des structures, des ressources et des procédures du point de vue de son métier.

Le questionnement inhérent à toute dynamique de formation, dans un groupe au profil plutôt axé sur le soin et la clinique, permet de plus des rencontres avec l' « extérieur » de l'hospitalisation publique et de faciliter les allers-retours entre l'expérience managériale et les théories existantes.

ROUXEL

Richard

Décembre 2007

## Elèves Directeur d'Hôpital

Promotion 2006-2008

# Gestion et psychiatrie à l'hôpital : ressources et projets de changements.

**PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole Centrale de Paris**

### **Résumé :**

Le concept de santé mentale connaît une intrusion remarquable tant il pénètre des disciplines aussi variées qu'hétérogènes et tant il bouscule le champ sanitaire par l'égalité importance de ses dimensions individuelles et collectives.

Les gestionnaires d'établissements et les praticiens hospitaliers, psychiatres en particulier, se doivent d'être les organisateurs de nouveaux services susceptibles d'apporter des réponses aux besoins en santé mentale qui émanent des territoires vécus par les patients et leurs proches.

Depuis les pères fondateurs de la sectorisation psychiatrique, l'hospitalisation est réduite à une partie de la trajectoire du patient. Aujourd'hui, 80% de la file active relève d'une activité ambulatoire, mais la prise en charge des hospitalisations (20 % de la file active) compte pour près de 80% des crédits alloués.

Il devient impérieux d'organiser la rencontre des « mondes » de la gestion et de la psychiatrie afin d'identifier les ressources actuelles et celles à générer mais aussi imaginer des projets de développement partagés. Le dialogue médecin/directeur/ingénieur requiert alors un langage qui permette à ces acteurs d'entrer dans une dynamique de négociation.

Face à la demande croissante faite aux dispositifs de santé mentale organisés autour du « CMP pivot », l'évaluation de la réponse hospitalière par des outils théoriques (prospective stratégique, sociologie des organisations,...) et technologiques (logigramme du parcours des patients, tableaux de bord d'activité) amorce l'élaboration d'un langage partagé par les gestionnaires et les psychiatres.

De cette possibilité de dialogue, il est possible d'isoler quelques axes d'amélioration susceptibles d'engager une réforme hospitalière, non plus pensée à un niveau national mais construite au niveau de l'organisation de manière partenariale. Les coopérations internes et externes, la régulation de l'hospitalisation, les réseaux, la prévention, l'information médicalisée ou encore la télé psychiatrie comptent parmi les préconisations avancées.

### **Mots clés :**

Psychiatrie ; gestion ; organisation ; santé mentale ; CMP ; réseaux ; télé psychiatrie ; prévention , filières de soins ; information médicalisée ; coopérations ; intersectorialité ; prospective stratégique ; logigramme ; parcours de soin ; tableaux de bord ; gouvernance.

*L'École Nationale de la Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*