



ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HÔPITAL  
ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES ENSP/EHESP

# **Le Directeur d'Hôpital** **Image à 180°** **Rapport d'enquête**



L'Association des Directeurs d'Hôpital a décidé, pour la XXIIème édition de ses Journées nationales, de lancer une enquête d'image, auprès des partenaires de la gouvernance hospitalière.

Cette enquête vise à mesurer la connaissance et la perception de la profession par les différents acteurs avec qui les directeurs d'hôpital co-agissent au quotidien :

- les présidents de commission médicale d'établissement
- les présidents de conseil de surveillance
- les Directeurs généraux d'ARS
- les représentants des usagers
- les Doyens de faculté de médecine

C'est la première fois que ces publics sont sondés, dans la lignée des enquêtes inédites lancées par l'ADH : la procédure d'évaluation en 2007 ; la vision du métier en 2011 ; la « fusion des corps » en 2012 ; l'égalité femmes-hommes en 2013...

Elle intervient 3 ans après la diffusion des analyses des directeurs eux-mêmes rassemblées par l'ADH dans le « Guide métier Directeur d'Hôpital ».

Lancée début février, cette opération a recueilli de nombreuses réponses enrichies de nombreux commentaires. Nous disposons ainsi de panels significatifs :

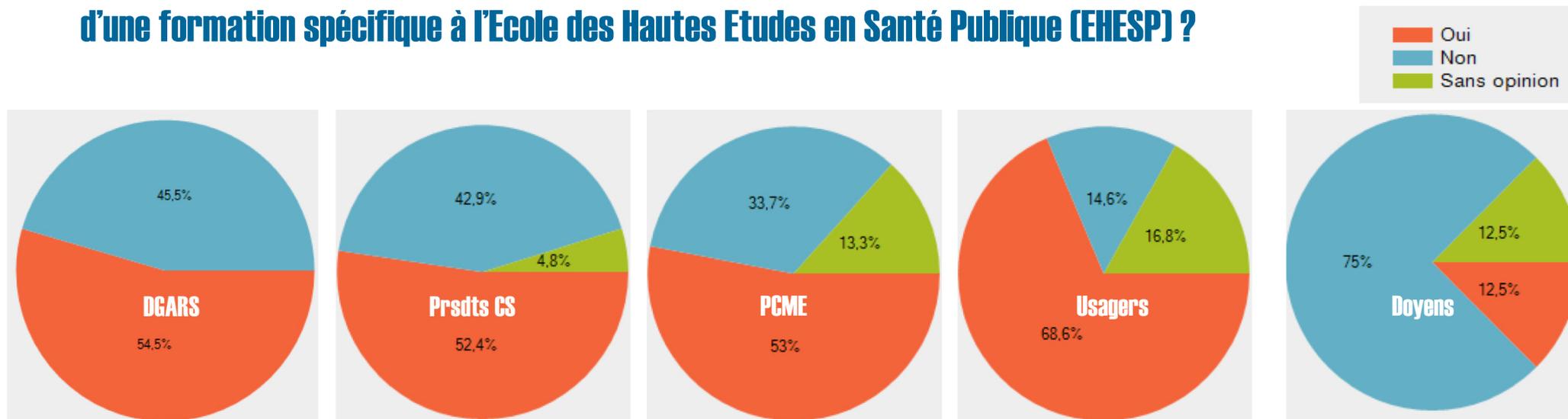
- 190 représentants des usagers (soit **20,6%** de taux de représentativité rapporté au nombre d'établissements publics visés<sup>1</sup>) ;
- 90 présidents de CME (soit **10%** des établissements et **24%** par rapport à la cible interrogée) ;
- 11 directeurs généraux d'ARS (soit **45%** de la cible interrogée) ;
- 8 Doyens de facultés (soit **27,6%** de la cible interrogée).

**Période électorale oblige**, les élus étant très sollicités, nous avons fait un échantillonnage de la catégorie « Présidents de Conseil de surveillance » (taille d'établissements, régions...). Ce panel comprend **21 répondants**.

L'ADH s'est appuyée sur différents réseaux, qui ont accepté de l'aider pour s'assurer d'une diffusion qualifiée : la **FHF** (via ses bases d'élus, de Présidents de CME, et de RU), la **Conférence des présidents** de CME de CH a également relayé l'enquête, de même que le **CISS**, au niveau national et au niveau régional, concernant les usagers.

Nous les en remercions sincèrement.

# 1/ Pour vous, est-il nécessaire que les Directeurs d'Hôpital soient issus d'une sélection par concours et d'une formation spécifique à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) ?

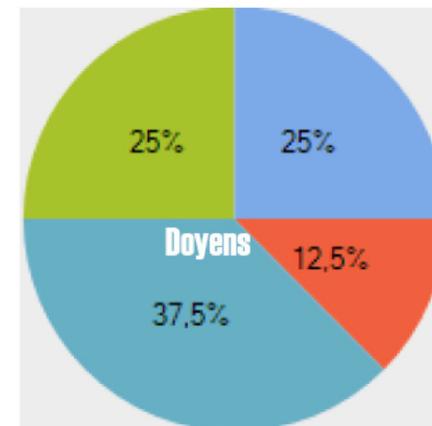
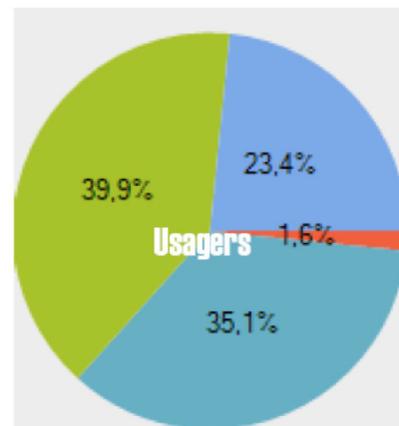
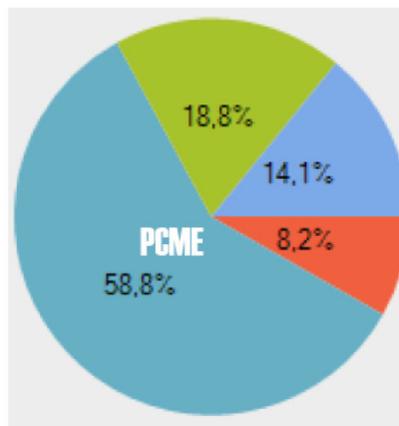
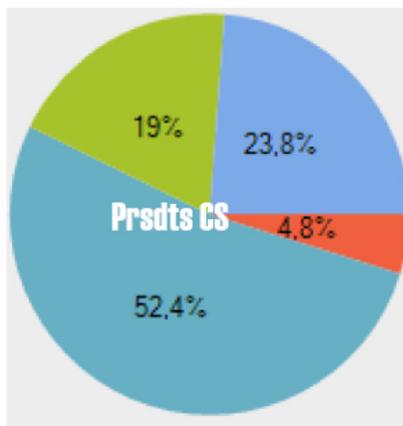
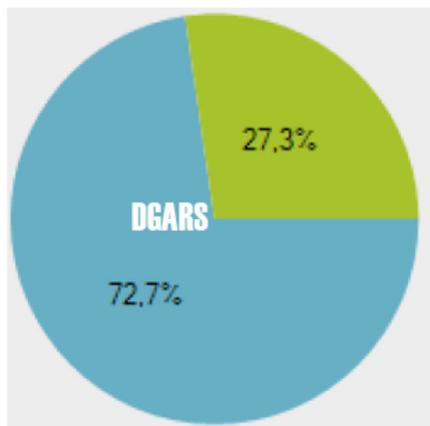


**La moyenne : Oui /48% > Non/42,5% > NSP/9,5%**

**Le commentaire :** Une des **grandes spécificités** de l'accès au métier de DH tient au **concours national** et à la **formation** dispensée exclusivement à l'EHESP. Cette règle est parfois contestée (risque de corporatisme). Pour l'ADH, **sélection exigeante** et **formation commune** sont le creuset d'une **culture professionnelle** et de **valeurs républicaines d'efficacité et d'humanisme**, gages d'un pilotage homogène des établissements. La contrepartie est la responsabilité, et l'exigence de compétence élevée et évaluée. Qu'en pensent les autres acteurs de la gouvernance hospitalière ? Ils y sont en majorité favorables. On relève toutefois une nette contradiction entre usagers et doyens de faculté. Ces derniers semblent très opposés au système concours+EHESP. Toutefois il faut noter que les DG de CHU-CHR ne sont pas nécessairement issus de l'ENSP – loin s'en faut si l'on observe les 25 dernières années. Les usagers sont en revanche très sensibles à l'idée que les hauts fonctionnaires hospitaliers suivent ce cursus. Les présidents de CME, fait notable, n'y sont opposés que pour un tiers d'entre eux. Enfin l'échantillon des DGARS donne une majorité pour le cursus de l'EHESP, mais aussi une proportion significative contre.

## 2/Pour vous, le Directeur/la Directrice d'Hôpital est :

- Avant tout un fonctionnaire
- Avant tout un manager
- Avant tout un homme ou une femme de santé publique
- Avant tout un gestionnaire

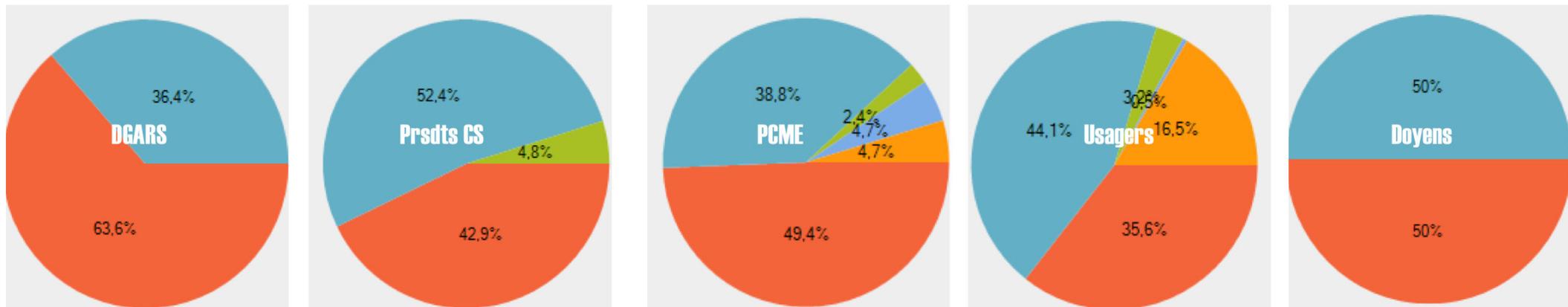


**La moyenne : « Manager » = 51,2% > « H/F de santé publique » = 26% > « Gestionnaire » = 17,3% > « Fonctionnaire » = 5,5%**

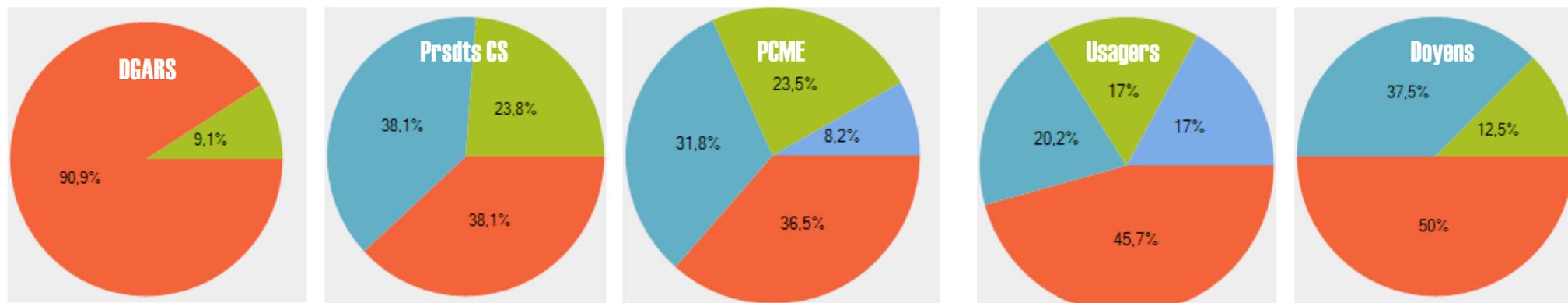
**Le commentaire :** Ce résultat est très net, Les DH sont perçus comme des *managers avant tout*. C'est l'avis écrasant des DGARS, (même si plus d' retiennent quand même la dimension « santé publique », comme les doyens). Presque un quart des usagers et des doyens voient le DH avant tout comme un « gestionnaire ». Les usagers sont partagés entre plusieurs visions, de « gestionnaire », de « santé publique », de « manager ». A l'évidence, **la typologie « fonctionnaire » ne fait pas recette** : très peu de répondants la retiennent, toutes catégories confondues. Et même, ce qui paraît surprenant en première analyse, les usagers la disqualifient en masse - seuls 1,6% d'entre eux l'ont choisie. Aux yeux de ses partenaires, le DH n'est plus avant tout un fonctionnaire...

On pourrait facilement accrocher un stéréotype à chacune de ces définitions : manager/entrepreneur, gestionnaire/économe, fonctionnaire/bureaucrate... Cependant, **verbatim à l'appui** (voir pages suivantes) les acteurs de la gouvernance hospitalière identifient précisément ces items et les relie directement à un environnement socio-économique mouvant et complexe. Le panel privilégie des définitions ancrées dans **l'action de terrain**.

### 3/ Au cours des 15 dernières années, jugez-vous que la profession de DH a évolué ?



### 4/ Selon vous cette évolution est-elle positive ou négative ?



La moyenne : La profession a-t-elle évolué ? Total des OUI = 92,6%

La moyenne : Cette évolution est POSITIVE = 52% / NEGATIVE= 26% / ni l'un ni l'autre = 17%/ NSP =5%

### Le commentaire :

Ces statistiques sont analysées au regard des multiples commentaires délivrés (en moyenne, **plus de 70% des sondés, toutes fonctions confondues, ont en effet souhaité étayer leurs réponses**). **Tous** considèrent nettement que la profession de DH a **évolué**. Mais est-ce un avantage ? Car, à l'exception des DGARS largement convaincus, les autres répondants sont partagés devant cette évolution. Cependant **les commentaires** montrent qu'ils sont unanimes à lier cette évolution aux mutations qu'a connues l'Hôpital, et à la réforme la plus récente : **la Loi HPST**. C'est un biais sans doute, car l'opinion du panel sur le contenu de cette loi emporte conséquence sur la question posée. L'évaluation positive ou négative des changements dans la profession de DH est liée au contexte dans lequel les catégories interrogées exercent leurs propres missions.

Les sondés, et c'est tout l'intérêt de cette enquête, analysent le rôle du Directeur d'Hôpital en fonction de leur propre positionnement. Plutôt qu'une définition généraliste du rôle du dirigeant, c'est leur vision institutionnelle qui ressort **de leurs commentaires**.

Les **Présidents de conseil de surveillance** déplorent globalement une **perte d'influence** depuis la transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance, qui a selon eux renforcé les prérogatives des DH. Or ils sont partagés.

**Du côté des usagers**, la majorité reconnaît qu'une plus grande place et un plus grand rôle leur sont dévolus.

**Les présidents de CME** dénoncent assez unanimement la **pression financière**, qu'ils jugent **délétère**, et blâment la Loi HPST. Mais ce n'est pas univoque, car une part importante des PCME perçoit positivement le fait que les DH investissent davantage ces dernières années le champ médical ; cette meilleure connaissance réciproque des enjeux organisationnels et médicaux apparaît à plusieurs reprises dans les commentaires.

Les répondants toutes catégories confondues jugent par ailleurs que la formation des Directeurs d'Hôpital et leurs compétences ont gagné en qualité et en expertise, répondant à des besoins techniques, relationnels, économiques, exigeants.

La sémantique génère des divergences d'interprétation : pour certains, notamment les médecins, l'essor du DH-manager est associé à « l'hôpital-entreprise ». Pour d'autres, il est synonyme d'un DH plus ouvert et acteur du changement, pilote d'un projet de territoire. Mais pour nombre de répondants, **les lourdes contraintes réglementaires et financières** limitent le rôle de DH.

Globalement, en mettant à part l'avis des DGARS, les sondés sont très nombreux à dessiner le portrait **d'un directeur à la fois plus décideur qu'auparavant, mais aussi plus entravé dans sa liberté d'action**. On évoque d'une part la pression économique qui éloigne l'Hôpital de ses objectifs premiers, et d'autre part sa « dépendance » à l'égard de l'ARS.

Côté autorité de régulation, justement, les DGARS se félicitent de l'évolution du métier de DH en lien avec son environnement, l'un d'eux résumant ainsi ce sentiment : « *responsabilités managériales mieux affirmées, mieux reconnues et plus nécessaires pour porter les transformations de l'hôpital et du système de santé* ».

## POUR

Une évolution du métier perçue comme positive quand elle est associée à des compétences et des qualifications élargies, ainsi qu'à une ouverture vers un management partenarial avec d'autres acteurs de santé



### Des qualifications et des compétences reconnues

« Niveau de formation supérieur » (Elu)  
« L'excellence de la formation se situant entre celle des IEP et des Ecoles d'administration elle a rapproché le monde des médecins des directeurs qui conservent dans leur formation le compagnonnage avec comme en médecine et en pharmacie la nécessaire spécialisation que l'on retrouve dans toutes les grandes entreprises » (PCME)  
« Meilleure approche globale des problèmes de santé » (PCME)

### Le DH a gagné en leadership

« Le DH est passé de gestionnaire à manager » (Doyen)  
« Leadership plus global du Directeur d'Hôpital » (DGARS)

### Une ouverture stratégique au-delà de l'établissement

« Travail plus d'animation à l'échelle d'un territoire que de gestionnaire d'un EPS » (DGARS)  
« Amené à coopérer de plus en plus avec d'autres organismes de santé et avec les associations d'usagers » (Usager)  
« Il est devenu non seulement un manager important mais un acteur de la santé » (Usager)

## CONTRE

Une évolution du métier perçue comme négative quand elle est corrélée à un environnement plus contraint et exclusivement drivé par la logique financière, avec un vote-sanction pour la Loi HPST

### Des DH trop éco-centrés

« La pression budgétaire est désormais le seul moteur » (PCME)  
« Il fait plus de gestion comptable que de gestion humaine » (Usager)  
« Plus isolé des médecins, trop pressé par la rentabilité et les restrictions budgétaires » (Doyen)

### Plus de responsabilité, moins d'autonomie

« Contraintes multiples issue des réformes qui se sont succédées, le directeur se trouve pris entre deux feux (Ars et communauté médicale) ; la réforme qui présentait l'autonomie du chef d'établissement est un leurre » (PCME)  
« Relation avec la tutelle a évolué : perte de confiance entre ARS et Directeur. Mode de partenariat absent. Entre le marteau et l'enclume : "faites mieux avec moins..." » (PCME)

### Les DH lestés par le poids des normes...

« La fonction de gestionnaire s'est considérablement alourdie » (Elu)  
« Esclave de la réglementation » (Usager)



## 5. Pour vous, quelles sont les compétences ou aptitudes nécessaires pour être un bon Directeur /une bonne Directrice d'Hôpital ?

(items classés par ordre croissant d'importance de 1 à 9- les notes attribuées surlignées en jaune distinguent les classements de tête)

	DGARS	Prsdt CS	PCME	Usager	Doyen
Conduite du changement	6,9 (3)	4,9	3,7	3,9	6,1 (2)
Compétences économiques	3,8	3,7	3,9	4,3	2,2
Connaissance de la culture, des pratiques&des techniques médicales&soignantes	3,2	3,9	4,5	4,4	5,5
Connaissances réglementaires et techniques	2	3,6	3,8	4,1	1,7
Intérêt pour le milieu de la santé et l'Hôpital	3,5	5,2	5,2	6,2 (1)	5,7
Management d'équipe	7 (2)	6,1 (2)	5,7 (2)	5	5,9 (3)
Sens du dialogue	6	5,6 (3)	5,4	6 (2)	5
Sens du service public & éthique professionnelle	4,2	4,8	5,5 (3)	5,8 (3)	5,6
Vision stratégique	8,4 (1)	6,2 (1)	6,7 (1)	4,7	7,1 (1)

La moyenne : 1/ Stratégie (6,6) 2/ Management équipe (5,9) 3/ Dialogue (5,6) 4/ Ethique (5,2) 5/ Intérêt hôpital (5,2) 6/ Conduite changement 7/ Connaissances médicales (4,3) 8/ Connaissances économiques (3,6) 9/ Connaissances réglementaires (3)

NDLR : En jaune, items notés en priorité par les répondants

**Le commentaire** : Premier enseignement de ce questionnement : dans chaque catégorie, les choix de réponses sont très homogènes, c'est à dire qu'il y a fort consensus dans les familles de répondants au sujet des compétences primordiales qu'ils attendent des Directeurs/rices d'Hôpital. En faisant la moyenne des classements, les personnes interrogées dégagent nettement le palmarès des compétences attendues :

**1/ la vision stratégique, 2/ le management d'équipe, 3/ le sens du dialogue, 4/ le sens du service public, 5/ l'intérêt pour le milieu de la santé.**

Sur la vision stratégique, les DGARS, les Présidents de CME et de conseil de surveillance, ainsi que les doyens, convergent. L'ADH est du même avis ! En outre, les deux premières compétences citées par les présidents de CS et de CME sont les mêmes : vision stratégique, management d'équipe. C'est un point fort dans la vision de ces partenaires quotidiens des directeurs.

Les usagers expriment une vision qui, assez logiquement, relève davantage des savoir-être que des savoir-faire qu'ils se sentent sans doute moins habilités à juger. Pour eux, le Directeur ou la Directrice d'Hôpital doit conjuguer, par ordre d'importance : intérêt pour l'hôpital, sens du dialogue, et éthique professionnelle (les PCME rejoignent leur avis pour ce troisième item).

Les capacités de **management d'équipe** et le sens du **dialogue** sont globalement bien notés comme compétences nécessaires par tous les répondants, ce qui ne peut que conforter les valeurs portées par l'Association : à l'hôpital, on ne fait rien seul...

Point notable, les DGARS placent « la conduite du changement » au troisième rang des compétences indispensables. Peut-être le signe d'une vision des directeurs d'hôpitaux comme responsables de la « mise en musique des réformes » sur le terrain ? En revanche, ils se démarquent des autres répondants sur l'item « intérêt pour le milieu de la santé » qu'ils classent en 7<sup>ème</sup> rang. Mais le sens du dialogue arrive en 4<sup>ème</sup> place.

Toutes les réponses renvoient en fin de classement les compétences plus techniques, à savoir les compétences économiques (7<sup>e</sup> en moyenne), réglementaires (8<sup>e</sup> en moyenne), voire connaissances médicales (6<sup>e</sup> en moyenne). Alors que les restrictions budgétaires et la gestion de crise sont constamment citées par les répondants comme les déterminants de la gestion hospitalière actuelle, on en conclut que ce ne sont pas des économistes qui doivent piloter l'Hôpital.

On pourrait aussi supposer, au travers de ce classement, que l'expertise financière actuelle des DH est jugée par certains suffisante.

Pour mémoire, **la profession** de Directeurs d'Hôpital a elle-même été interviewée sur les mêmes questions en 2011 par l'ADH (travaux du guide sur le métier).

Nos collègues avaient placé **le management d'équipe** en tête, puis la **vision stratégique**, et ensuite la **conduite du changement**.

Ce constat est intéressant : il confirme que **ni la profession, ni ses principaux partenaires, ne souhaitent placer à la tête des hôpitaux des directeurs dénués de vision stratégique ou de capacités de management d'équipe. Le « directeur-gestionnaire », fonctionnaire effacé et docile, n'est sans doute pas le modèle attendu...**

## 6. D'après votre expérience des Directeurs d'Hôpital, quels sont le ou les domaine(s) dans le(s)quel(s) ils devraient acquérir des connaissances complémentaires?

	DGARS	Prsdt CS	PCME	Usagers	Doyens
aptitudes relationnelles	5,2	4,9 (1)	5,2 (1)	5,4 (1)	6,9 (1)
communication	5,1	4,2	4,9	4,9 (2)	4,7
éthique	3,6	3,4	3,9	4,4	3,4
management	5,6 (2)	4,7	5,1 (2)	4,3	4,7
médecine et soins	4	3,6	4,3	3,8	5,7 (2)
stratégie	6,2 (1)	4,8 (2)	4,5	3,9	3,6
sans opinion	0	1,1	0,7	1,2	0

La moyenne :

1/Relationnel (5,5)

2/ Management (4,9)

3/ Communication (4,7)

4/ Stratégie (4,6)

5/ Médecine (4,3)

6/ Ethique (3,7)

**Le commentaire :** Le facteur humain avant tout ! Pour les présidents de CS, les Présidents de CME, les Doyens et les représentants des usagers, les DH doivent **investir en premier lieu sur les aptitudes relationnelles**. L'item est évidemment subjectif, on peut entendre par là : la capacité à tisser du lien, à être présent, à faire preuve d'humanité et d'écoute, à engager une relation interpersonnelle de qualité...

Dans le même état d'esprit, le Directeur d'Hôpital doit être un bon communicant : cette compétence est citée en moyenne au troisième rang, au coude à coude avec le management. Identifier les marges de progression des Directeurs d'Hôpitaux, chez plusieurs catégories de répondants, revient aussi en effet à confirmer leur diagnostic dans la question précédente : (...)

(...) les DGARS insistent sur la stratégie et le management ; les présidents de CME sur le relationnel et le management. La dimension d'équipe pour les médecins, à en croire leurs commentaires, sous-tend fortement la notion de management. Les Doyens expriment des attentes en matière de connaissances en médecine et soins de la part des DG de CHU. L'éthique n'est mise en valeur par aucune catégorie, à l'exception des usagers, en cohérence avec leurs opinions exprimées dans les questions précédentes.

**NDLR : En jaune, items notés en priorité par les répondants**

## 7/ Selon vous, les pressions ou les risques les plus forts qui pèsent sur le Directeur/la Directrice d'Hôpital sont d'ordre :

	DGARS	Prsdt CS	PCME	Usager	Doyen	
financier	4,5	5,6	5,4	5,1	5,6	<b>La moyenne :</b> 1/ Financier (5,2) 2/ Politique (3,5) 3'/ Réglementaire (3,1) 3'/ Social (3,1) 4/ Sanitaire (2,9) 6/ Médiatique (2,5)  <b>NDLR : En jaune, items notés en priorité par les répondants</b>
médiatique	3,4	2	2,2	2,2	2,7	
politique	3,7	2,6	3,9	3,7	3,5	
réglementaire	2	3,6	3,5	3,3	3,1	
sanitaire	3,2	3	2,7	3,3	2,4	
social	3,8	3,2	2,5	2,6	3,6	

**Le commentaire :** la conclusion est nette. De l'avis unanime des répondants, **Les Directeurs d'Hôpitaux sont d'abord sous la pression du risque financier**. Dans l'enquête interne métier de 2011, la contrainte budgétaire constituait déjà le facteur de tension majeure pour la profession. Le consensus est donc général sur ce point. **Les finances, premier risque, première pression** dans le pilotage hospitalier aujourd'hui...

Ensuite, à partir des valeurs médianes, on observe que le risque médiatique et le risque sanitaire sont relativement minorés. Les autres dimensions retenues par les répondants sont déterminées par la catégorie d'appartenance. Le président du Conseil de surveillance relativise le risque politique, alors que DGARS, PCME, Doyen et Usager le placent dans le trio de tête... A contrario, on mesure que l'influence des élus n'est donc pas considérée comme négligeable...

Quant au risque social, il est mis en avant par les Doyens et les DGARS qui expriment ici une vigilance forte. Les tensions avec les personnels et le durcissement des relations avec les organisations syndicales font partie selon eux des « zones rouges » de l'exercice managérial – les Présidents de Conseils de surveillance y sont attentifs également, en classant ce risque en 3<sup>ème</sup>. Mais ils font toutefois passer avant la pression des normes et des responsabilités juridiques : Directeurs d'hôpitaux et maires partagent à cet égard une même préoccupation devant le « risque réglementaire ».

**Fait remarquable : les PCME ne considèrent manifestement pas la pression sociale, classée avant-dernière, comme un risque majeur:** faut-il comprendre que les Directeurs d'Hôpital entretiennent un dialogue interne suffisamment riche et jouent auprès des communautés médicales un rôle de rempart vis-à-vis de climats pourtant en ébullition parfois?

## 8/ Qui exerce le plus d'influence sur le pilotage des établissements publics de santé aujourd'hui?

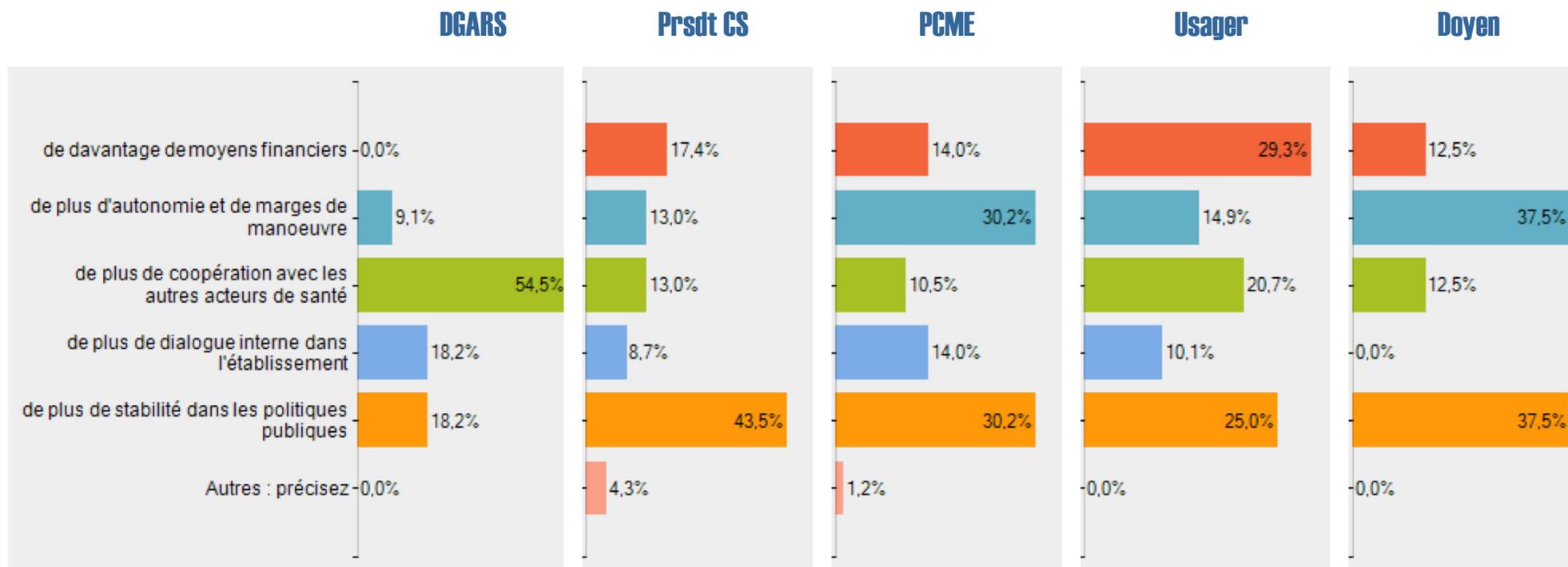
	DGARS	Prsdt CS	PCME	Usager	Doyen	
La direction de l'établissement	4,5	6,1	6,1	6	3,2	<b>La moyenne :</b> 1/ ARS (6,5) 2/ Direction (6) 3/ Economie (5) 4/ Minsan (4,9) 5/ Médecins (4,4) 6/ OS (6) 7/ RU (1,3)
Les Agences Régionales de Santé	3,7	3,9	3,9	3,4	6,2	
La communauté médicale	6,1	8,8	5,9	8,2	8	
Le contexte économique	5,1	8,1	6,3	8,3	6,2	
Les élus	8,3	5,5	5,5	5,8	5,4	
Le Ministère de la Santé	5,8	8,1	6	6,3	3	
Les organisations représentatives du personnel	5,6	7,9	5,2	5,2	7,8	
Les représentants des usagers	2,2	2,7	2,6	2,4	2,7	

**Le commentaire :** Pouvoirs et contre-pouvoirs à l'Hôpital, la question de l'influence sur la gouvernance hospitalière est riche de différents enseignements. Premier constat : les ARS exercent un ascendant majeur sur l'exécutif des EPS de l'avis de tous...à l'exception des intéressés ! Les DGARS se classant néanmoins juste après les Directions hospitalières, et juste avant les médecins. Le rôle des DH est classé en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> rang hiérarchique parmi les autres items proposés. Ce constat intéressant permet de relativiser l'influence dont dispose la profession aux yeux de ses partenaires, dans le contexte actuel de la gouvernance.

Le seul facteur extérieur, à savoir le contexte économique, n'est pas surdéterminant pour les sondés. Les doyens le placent en seconde position, et les PCME en troisième. **Chaque catégorie est très sévère envers sa propre influence :** les élus se jugent moins influents que le Ministère de la Santé ou la conjoncture ; les PCME et les Doyens jugent faible le poids de la communauté médicale ; les Usagers s'évaluent bons derniers en influence...comme le reste des sondés, ce qui laisse des marges de progression.

Plus étonnant, les organisations syndicales ne sont absolument pas citées comme un véritable pouvoir à l'Hôpital (classées 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup>), ce qui tranche assurément avec l'énergie que leur consacrent les dirigeants hospitaliers. Par contre, le Ministère de la Santé est impliqué dans les affaires internes des hôpitaux à en croire la majorité des répondants, qui le situent dans la moitié de tête du classement, hormis pour les DGARS qui le placent, eux, en avant dernier.

## 9/Aujourd'hui, pour atteindre leurs objectifs, les directeurs d'Hôpital ont besoin avant tout :



**Le commentaire :** En moyenne, **un bon tiers des interrogés réclament plus de stabilité dans les politiques publiques**, c'est l'avis le plus partagé sur cette question. Pourtant, les catégories interviewées se démarquent dans l'analyse des autres besoins prioritaires.

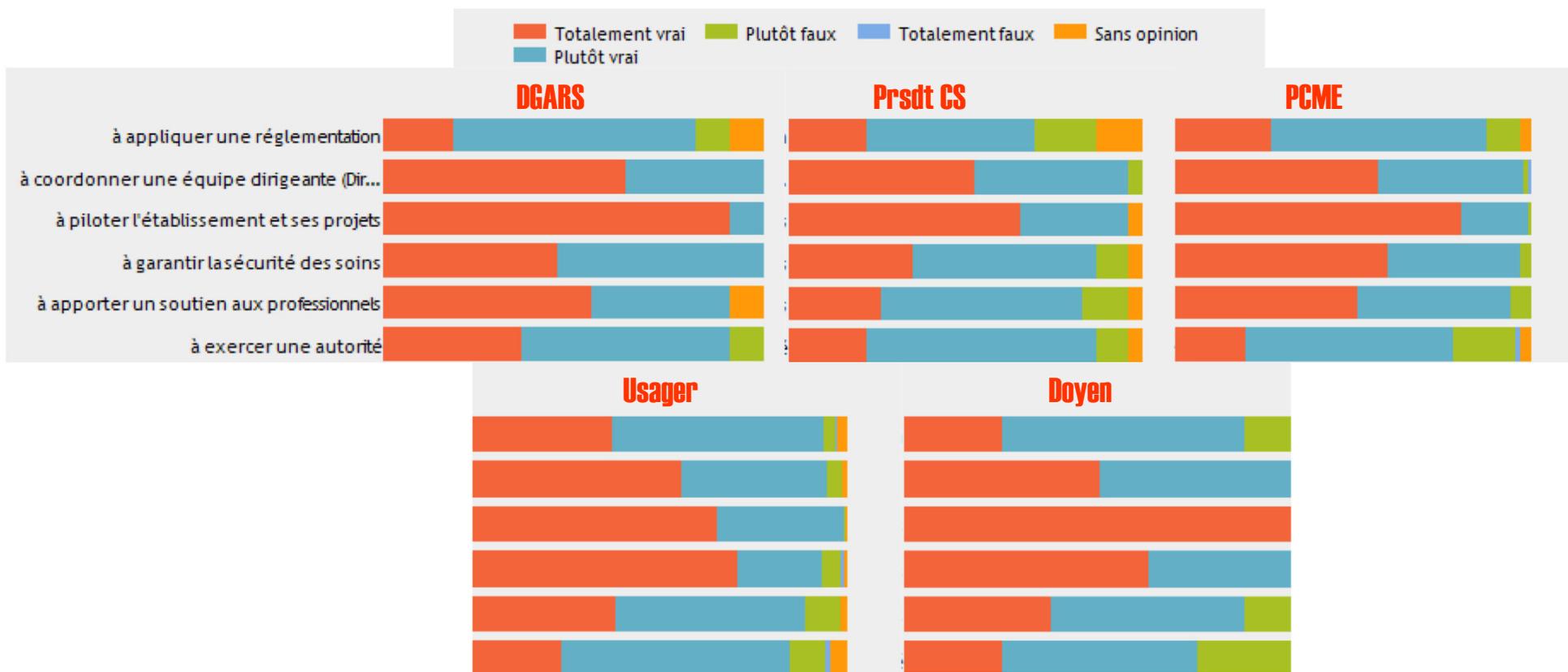
Comme cela se perçoit au fil du questionnaire, **les PCME et les Doyens** (co-pilotes de la gouvernance, il est bon de le rappeler, et dès lors aux premières loges pour analyser la situation) sont **les plus sensibles au manque de marges de manoeuvre du Directeur** pour mener à bien ses missions.

**Les usagers**, comme fréquemment dans les enquêtes d'opinion qui portent sur les services publics auxquels ils sont attachés, jugent que les DH manquent de **moyens financiers**.

Quant aux DGARS, souvent homogènes dans leurs réponses, ils pensent que les DH doivent avant tout collaborer davantage avec l'ensemble des acteurs de la santé. Par contre ils ne plaident pas pour plus d'autonomie.

Enfin, le dialogue interne doit être jugé satisfaisant : c'est l'item le moins cité dans cette question.

## 10/ Pour vous, diriger un hôpital en 2014, cela consiste :



### Le commentaire :

Globalement, cette question ne relève pas de contradictions majeures entre répondants. Les définitions proposées semblent jugées pertinentes et complémentaires par les panels.

Pour tous, les missions de Direction d'hôpital consistent avant tout à **piloter un établissement et ses projets**, et à **coordonner une équipe**. Le ou la DH est aussi garant de la **sécurité des soins**. C'est, en moyenne, ensuite que se place le soutien aux professionnels.

Par ailleurs, le DH n'est réduit ni à sa fonction légaliste ni à sa fonction d'autorité.



## Le profil-type du DH

selon

## les Directeurs (rices) généraux (les) d'ARS



Le Directeur d'hôpital vu par les Directeurs généraux d'ARS est préférablement issu de l'EHESP. C'est un **manager** avant tout, dont la dimension « **Santé publique** » revêt une importance particulière.

La profession a **considérablement évolué** à leurs yeux au cours des 15 dernières années, en lien avec un environnement perçu comme complexe où la capacité d'adaptation est la règle. Elle a gagné en **leadership** et en capacité de **décision**, se hissant à un niveau de **responsabilité**, à l'échelle de l'individu comme de l'institution qu'il ou elle pilote, déterminant en matière d'animation d'un **territoire** de santé.

Le mode de financement des hôpitaux et leur place dans le maillage sanitaire, jugées comme des **mutations positives**, imposent aux Directeurs d'Hôpitaux d'être de réels **stratèges**, garants de **l'équilibre budgétaire** de leurs établissements. Les DGARS leur demandent de devenir davantage des **animateurs de territoires** en déployant les collaborations avec les autres professionnels de santé.

Les DGARS identifient **deux déterminants** de l'exercice des missions de dirigeants hospitaliers :

travailler de manière davantage **décloisonnée**,

relever les **défis financiers** auxquels font face les EPS

Les réponses des DGARS sont globalement **très polarisées** : on constate au gré des différentes étapes du sondage une grande homogénéité dans leurs choix.

Les DGARS reconnaissent **3 compétences fondamentales aux DH : la vision stratégique, le management d'équipe, et la conduite du changement**. Agents de la réforme sur le terrain, les DH doivent selon eux renforcer encore leurs capacités de stratège et de manager, car ils sont soumis à des pressions de deux ordres : financier tout d'abord, et social ensuite.

Les Directions d'établissement, selon les DGARS, sont maîtresses de leur action, sous le regard vigilant des Agences et en lien avec la communauté médicale, ces trois entités composant le « triumvirat » de la gouvernance hospitalière.

**Animer et piloter l'activité d'un établissement, à l'échelle du territoire, et ce de manière efficiente, constitue pour les responsables d'Agences la priorité des DH en 2014.**



## Le profil-type du DH

selon

## les Président(e)s de Conseils de Surveillance



Il est justifié, d'après l'échantillon de Présidents de conseils de surveillance étudié, que les Directeurs d'Hôpital soient issus d'une **grande Ecole**.

Comme les Présidents de CME, les élus sont très **critiques** dans leurs commentaires à l'égard de **l'évolution de la fonction** de Directeur d'Hôpital, car ils l'associent à une évolution de **la gouvernance** et du **modèle économique** (T2A) des hôpitaux regrettable. Pour ceux interrogés, les DH sont amenés à évoluer vers des fonctions de « **producteurs de soins** », et ils estiment que les dirigeants hospitaliers ont grandement **perdu en autonomie** de gestion. De même, ils se disent **déçus d'un appauvrissement de la relation Directeur/président du CS**, préférant la relation selon eux davantage partenariale de l'époque du Conseil d'administration pré-HPST.

Pour l'avoir expérimenté dans leurs propres fonctions, ils sont parfaitement conscients du **poids des normes** et d'une réglementation envahissante qui les amènent à considérer le DH comme un **manager**, mais aussi pour près d'un quart d'entre eux, comme un **gestionnaire** avant tout.

Les compétences qui priment à leurs yeux sont : **la vision stratégique, le management d'équipe, et le sens du dialogue**, rejoignant au travers de ce dernier item l'opinion de leurs administrés. Ce sont les **aptitudes relationnelles** qui doivent en priorité être développées, dans un contexte rendu pesant par les pressions financières, réglementaires, mais aussi sociales.

Ce sont **les Ars** qui exercent aujourd'hui pour les élus le plus d'influence sur le pilotage des EPS, avant la direction d'établissement, et le Ministère de la Santé. Les autorités nationales ou déconcentrées **pèsent donc lourd** à leurs yeux dans la gestion hospitalière.

Les élus représentent la catégorie sondée la plus avide d'une **pause dans les réformes hospitalières** (près de la moitié de l'échantillon associe ce pré-requis à un pilotage efficace des hôpitaux).

**En paraphrasant l'un d'entre eux les élus préconisent comme objectif pour les DH de « pratiquer la meilleure gestion, pour les meilleurs résultats sanitaires », en insistant sur l'équilibre budgétaire.**



## Le profil-type du DH

selon

## les Président(e)s de CME



## Les Doyen (ne) s

Les présidents de CME sont nombreux à reconnaître l'**expertise** et le, ils soulignent dans une écrasante majorité l'**évolution des fonctions** qui leur sont dévolues, **professionnalisme** des directeurs d'hôpitaux, ainsi que la qualité de leur **formation** initiale à l'EHESP. Comme les autres répondants et y sont favorables. C'est le profil **managérial** qui l'emporte, même si près de 20% d'entre eux font primer la posture « d'homme ou de femme de santé publique ».

Il n'empêche, c'est « un Directeur d'Hôpital **sous influence** », ou « **sous surveillance** », tiraillé entre d'une part les **injonctions** des tutelles et la **pression financière**, et d'autre part les attentes des **communautés médicales**, soignantes et d'usagers, que décrivent en pratique les Présidents de CME, très **sévères** à l'égard des changements opérés par la **Loi HPST**.

Ce n'est pas tant le renforcement du pouvoir décisionnaire du Directeur qui motive ce diagnostic (même si plusieurs commentaires parlent de « **concentration** des pouvoirs») que la perte de **marges de manœuvre** et le « **tout-économique** ». La **contrainte financière** est citée par les PCME comme le **premier facteur de risque ET d'influence** dans la gestion hospitalière, devant la pression politique et le poids réglementaire. Pour autant, ils saluent une meilleure approche des problèmes de santé, une **capacité stratégique** plus moderne, des pratiques dominantes de **concertation** avec les médecins, signe que le **dialogue** médico-économique, globalement, fonctionne.

Pour preuve, ils ciblent dans les compétences prioritaires des DH la vision stratégique, et le management d'équipe, tout comme les DGARS et les Présidents de CS. Ils expriment de **fortes attentes** en matière de **relations** et de **communication** direction/communauté médicales resserrées.

**Les PCME forment le vœu pour les DH de plus d'autonomie et d'un apaisement du rythme des réformes. Quand on leur demande quelle sera la priorité des DH, ils répondent d'une même voix (comme les Doyens, d'ailleurs) : « équilibrer le budget »...mais certains engagent, de manière plus personnelle, les DH à se concentrer sur « le dialogue, la compétence, et l'innovation »**

Globalement les Doyens se distinguent des grandes tendances convergentes évoquées chez les autres catégories de répondants par des **avis plus partagés sur le profil du DH**, manager, acteur de santé publique, manager ou fonctionnaire, et ne sont pas convaincus de la nécessité d'une formation spécifique. Ils sont très demandeurs de leur part d'un approfondissement de leurs **connaissances du système médico-universitaire**, voire médical en général. Ils sont vigilants à l'égard des pressions sociales et syndicales, et, CHU oblige, ils relèvent l'importance du ministère de la Santé dans la gestion hospitalière.



## Le profil-type du DH

selon

## les Représentant(e)s des usagers

Les représentants des usagers ont **répondu en nombre** et de manière très qualitative au questionnaire, signe d'une **volonté d'implication forte** dans la vie hospitalière. Leurs réponses s'en ressentent, traduisant une **analyse éclairée et exhaustive** des défis auxquels font face les Directeurs d'Hôpitaux (pression financière, décloisonnement sanitaire, poids des règles, complexité organisationnelle) sans jamais perdre de vue le sens de **l'intérêt général**.

Dès lors, la dimension **éthique** et le sens du **service public** transparaissent significativement dans les compétences attribuées à la profession, et attendues de la part des représentants des patients. Ils sont très majoritairement attachés à une **formation spécifique** à l'EHESP et perçoivent à 40% le DH comme un « homme ou une femme de **santé publique** », devançant le profil « manager ». Au fait des évolutions de la gouvernance, ils sont très sensibles à **l'ouverture des établissements aux usagers**, et au **dialogue interne** qui progresse (« *les directeurs travaillent davantage en proximité dans l'esprit* »), saluant leur **écoute** très fréquemment dans les commentaires. Cela n'empêche pas une partie d'entre eux de vilipender le modèle dit de « **l'hôpital entreprise** », perçue comme une conséquence de la T2A.



Ils pointent en revanche, comme les autres répondants, une **austérité financière** et une **tutelle omniprésente** qui exacerbent la dimension « gestionnaire » des DH, au sens réducteur du terme. C'est la **pression** la plus forte selon eux qui pèse sur les dirigeants hospitaliers, mais les RU jugent le **poids du politique** déterminant également. Dans le même ordre d'idée ce sont selon eux les tutelles et le Ministère qui exercent le plus d'influence sur le pilotage des EPS, les directions s'intercalant entre les deux.

La compétence première du DH pour l'utilisateur c'est « **son intérêt pour le milieu hospitalier** » et son « **sens du service public** » ; ils préconisent davantage encore de capacités de communication, d'écoute, et de sens éthique.

Davantage de moyens pour l'hôpital, tel est le souhait des représentants d'utilisateurs pour aider les Directeurs d'hôpital dans leurs missions.

**L'objectif prioritaire affiché des DH se traduit donc selon eux en ces termes : « Se battre pour assurer la pérennité des financements ». L'autre moitié des commentaires privilégie la sécurité et la qualité des soins, dont la profession de Directeur d'Hôpital est clairement d'après eux garante.**



ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HÔPITAL  
ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES ENSP/EHESP

**Président** Frédéric BOIRON

*Directeur général du CHU de Saint-Étienne*

**Permanence** Florence PATENOTTE

*Responsable de la communication et des affaires générales*

Tél.: 01 45 65 76 92 - Fax: 01 45 65 88 60

E-mail: [permanence-adh@ch-sainte-anne.fr](mailto:permanence-adh@ch-sainte-anne.fr)