GUIDE

Le métier de Directeur d'hôpital

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

Directeur d'hôpital et fier de l'être

Notre profession reste jeune et le métier de directeur d'hôpital est encore aujourd'hui méconnu. L'ADH avait pris l'initiative, dès 2003, de réaliser le premier référentiel métier de directeur d'hôpital. À l'occasion de son jubilé, en mars 2011, l'Association, forte de plus de 1 100 adhérents (soit un DH cotisant sur deux), a souhaité réaliser ce guide pour promouvoir le métier de directeur d'hôpital et en restituer la réalité et les évolutions récentes.

Nous nous sommes appuyés sur un groupe de travail ainsi que sur une enquête nationale auprès de tous les directeurs d'hôpital en activité et élèves directeurs et sur des auditions ciblées auprès de personnalités du monde de la santé.

Aujourd'hui, le directeur d'hôpital est un professionnel de santé de haut niveau, recruté à partir d'un concours national sélectif et formé à l'EHESP.

Homme de synthèse, le directeur est avant tout un manager doté d'une culture de santé publique au service de l'amélioration du service public hospitalier. Il est aussi un stratège capable de porter une vision pour l'avenir de son établissement et, de plus en plus, de son territoire. Plus que jamais, il doit être un leader apte à mobiliser l'ensemble des professionnels exerçant dans l'établissement, quels que soient leur métier et leur culture professionnelle.

Ce métier riche est exposé, difficile. Les hommes et les femmes qui l'exercent font souvent preuve de courage et s'appuient sur une éthique professionnelle forte.

L'ADH profite de la publication de ce guide pour prendre cinq engagements pour le métier de directeur d'hôpital, dans la continuité de la politique qu'elle mène depuis plusieurs années :

1. Mieux faire connaître le métier et soutenir les directeurs qui l'exercent.
2. Préserver l'accès à la profession par un concours rénové.
3. Développer les compétences des directeurs d'hôpital.
4. Promouvoir la recherche en management.
5. Favoriser la parité et accompagner l'ouverture de la profession.

Au-delà de ce guide, dont la version en ligne sera actualisable en temps réel, l'ADH poursuivra ses actions pour mieux faire connaître le métier et contribuer à son évolution.

« Directeur d'hôpital, quel beau métier ! »

Jean-Luc CHASSANIOL
Président de l'ADH

Pierre-Yves GILET
Animateur du groupe de travail sur le métier directeur d'hôpital

page 4 **Éléments de contexte et de prospective**

Points de repères sur le système de santé 4

Qui sont les directeurs d'hôpital ? 6
- Informations générales
- Le cadre d'exercice du métier de directeur d'hôpital
- Les fonctions de directeur d'hôpital

La formation des directeurs d'hôpital 13
- Les principes de la formation des directeurs d'hôpital
- Les objectifs de la formation
- Les fondamentaux de l'exercice professionnel des directeurs d'hôpital
- Déroulement de la formation

Cahier statistique : les directeurs d'hôpital en chiffres 18
- Répartition par âge et par genre
- Répartition par situation statutaire et par classe
- Répartition par catégorie d'établissements
- Répartition par genre et fonction occupée

Les valeurs et le positionnement du directeur d'hôpital 22
- Le directeur d'hôpital : une femme et un homme de santé publique
- Garant des missions de service public
- Gestionnaire d'une activité de non-profit
- Manager interprofessionnel et animateur de territoire

Évolution du métier en tendance « longue » d'hier à aujourd'hui 26

Le métier de directeur d'hôpital à l'international 29
- Éléments de contexte
- Le parcours du directeur d'hôpital, sa formation, son statut
- Évolution de l'environnement ayant un impact sur le métier de directeur d'hôpital
- Analyse de l'environnement
- Focus sur la mobilité

page 38 **Les composantes du métier**

Les dimensions fondamentales du métier 38
- La recherche de l'excellence dans un univers contraint
- Deux challenges à relever
- Trois conditions de réussite

page 45 **Les fiches-fonctions métier**

Famille chef d'établissement 46
Famille nouvelle gouvernance 48
Famille ressources humaines 50
Famille finances 52
Famille stratégie et transversalités 54
Famille achats et logistique 56
Famille travaux 58
Famille relations avec les usagers 60
Famille qualité 62
Famille système d'information 64

page 66 **Les cinq engagements de l'ADH pour promouvoir le métier de directeur d'hôpital**

page 70 **Conclusion**

page 72 **Remerciements**

Introduction

La profession de directeur d'hôpital a connu au cours des dix dernières années de profondes évolutions, tant sur le plan de l'organisation interne des établissements de santé, du maillage territorial des compétences sanitaires (mise en place des ARH puis des ARS) que des conditions statutaires d'exercice du métier. Dans ce contexte, l'Association des directeurs d'hôpital, association loi 1901 qui rassemble les élèves et anciens élèves de l'École des hautes études en santé publique (plus de 50% de la profession adhère à l'ADH), a décidé fin 2009 de mettre en place un dispositif d'information et de communication, dans la continuité du référentiel métier qu'elle a réalisé en 2003. Un groupe de travail s'est attelé durant quatorze mois à cette opération, avec pour ambition :

- de faire connaître le métier de directeur d'hôpital à destination du grand public ;
- de promouvoir le métier et l'Association, et de susciter des vocations ;
- de mettre à la disposition de la profession et notamment des DH récemment affectés un guide de référence en phase avec le temps et anticipateur des évolutions professionnelles.

Cette démarche se situe entre la campagne d'information publique et l'outil de référence des professionnels de santé, managers hospitaliers en situation ou aspirants. En termes d'approche, elle vise à analyser les évolutions qui ont façonné l'exercice actuel des fonctions de DH et à esquisser les grandes tendances pour l'avenir.

Le présent guide est l'aboutissement de réflexions et de débats, nourris de témoignages avec une quinzaine d'auditions de spécialistes, universitaires, représentants de la profession, acteurs publics des domaines du management et de la santé, et étayés par une grande enquête nationale menée au printemps 2010.

L'ADH a aussi réalisé un film consultable sur son site (www.adh-asso.org).

Ce guide se veut interactif et une version actualisée en temps réel au gré des évolutions sera disponible au format PDF, également sur le site de l'ADH.

Points de repères sur le système de santé

Source : FHF, Chiffres clés offre sanitaire, 2009

En France on dénombre 998 hôpitaux, soit l'équivalent de 293 062 lits, répartis par catégories : 31 centres hospitaliers universitaires (CHU), centres hospitaliers régionaux (CHR), 519 centres hospitaliers (CH), 89 centres hospitaliers spécialisés (CHS) et 344 hôpitaux locaux (HL). Ces établissements relèvent du régime des personnes morales de droit public, sont dotés d'une autonomie administrative et financière et répondent à des obligations de service public.

Ils ont accueilli en 2007 8 562 257 hospitalisations, 37 852 312 consultations et soins externes et 13 656 361 passages aux urgences (*voir graphique « Répartition activité MCO »*).

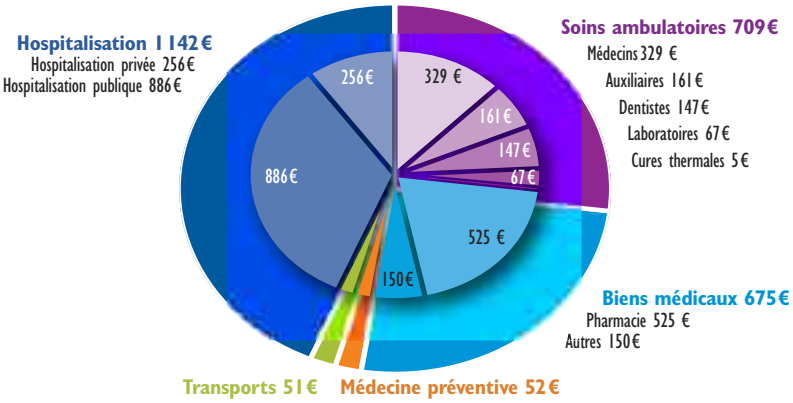
Les dépenses nationales de santé s'élevaient à 11,1 % du PIB en 2005 (moyenne OCDE : 9 % ; Allemagne : 10,7 % ; États-Unis : 15,3 %). Elles sont en augmentation notamment du fait de l'allongement de l'espérance de vie, des innovations technologiques et thérapeutiques. Le déficit de l'Assurance Maladie – 10,6 milliards d'euros en 2009 – dépend de l'évolution des dépenses et de celle des recettes (aggravation en 2009 avec la crise financière et économique).

Les dépenses de santé, de l'ordre de 132,1 milliards en 2006, se décomposent de la manière suivante :

- 52,6 % pour les établissements de santé,
- 12,6 % pour les honoraires médicaux et infirmiers,
- 14,6 % pour les médicaments (hors hôpitaux),
- 6,1 % pour les indemnités journalières de maladie,
- 13,6 % pour les autres dépenses (examens, transports, etc.).

Le budget type d'un hôpital public alloue schématiquement 67 % de ses dépenses en charges du personnel, 15 % en dépenses médicales, 9 % en dépenses d'hôtellerie et de frais généraux et 9 % en amortissements et frais financiers. Les établissements relevant de la fonction publique hospitalière emploient 894 110 professionnels, dont près de 600 000 personnels soignants, 90 000 personnels médicaux, l'équivalent en personnels technique et ouvrier, 93 000 personnels administratifs, 40 000 dans les services médico-techniques et 11 000 employés socio-

La consommation médicale totale en 2007
(valeur par personne en euros)



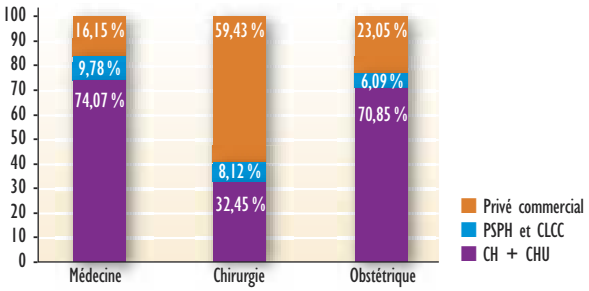
éducatifs (SAE 2007). Le financement des établissements de santé est mixte : la tarification à l'activité (T2A) s'applique aux champs de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) sont financées sous forme de dotation ainsi que les activités SSR et psychiatrie.

Le système hospitalier a fait l'objet de réformes d'ampleur, particulièrement au cours des vingt dernières années. En 1991, la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) renforce la planification régionale. Ce mouvement de déconcentration s'accentue avec, en 1996, la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). À partir de 2002, les pouvoirs publics lancent deux réformes d'ampleur :

- l'une organisationnelle avec la reconfiguration de la gouvernance des hôpitaux (création du conseil exécutif) ;
- l'autre financière avec l'introduction de la T2A (MCO/Migac) et la promotion des investissements.

Elles sont suivies du plan Hôpital 2012, axé notamment sur le développement des systèmes d'information, l'incitation aux recompositions hospitalières, et provisionnent 10 milliards d'euros d'investissement attendus.

Répartition activité MCO



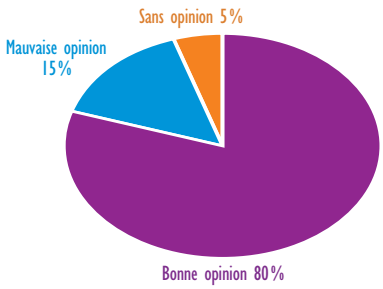
La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) poursuit la réorganisation territoriale de l'offre de soins avec la création des ARS, une réarticulation des secteurs sanitaire et médico-social, de la médecine de ville et l'hôpital et le renforcement de la coopération sanitaire : création de communautés hospitalières de territoires et de groupements de coopération sanitaire.

En matière de nouvelle gouvernance hospitalière : renforcement des pouvoirs du directeur, redéfinition des responsabilités des chefs de pôle, remplacement des instances par un conseil de surveillance et un directoire. Par ailleurs, les missions de service public peuvent être assurées par un hôpital privé à but lucratif.

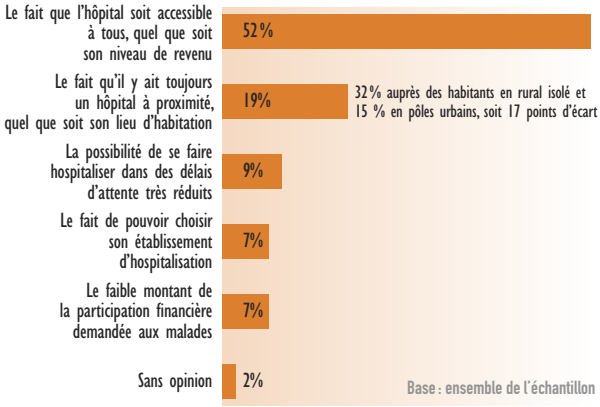
L'hôpital : le service public préféré des Français

Enquête TNS Sofres/FHF, « Les Français et l'hôpital », 2010

Hôpital public : le service public préféré des Français
Avez-vous une bonne opinion des hôpitaux publics ?



Malgré les écarts selon les catégories de population, la « carte des valeurs » de l'hôpital public n'est jamais démentie
Parmi les éléments suivants, quel est pour vous le plus important ?



Qui sont les directeurs d'hôpital ?

Informations générales

Recrutement

Les directeurs d'hôpital sont recrutés par un concours national organisé par le Centre national de gestion (CNG) et ouvert par un arrêté du ministre chargé de la Santé, selon deux modalités :

- le concours externe sur épreuves est ouvert aux personnes titulaires d'un diplôme de niveau licence (à raison de 60 à 67 % des places offertes) ;
- le concours interne sur épreuves est ouvert aux fonctionnaires et agents publics.

Les candidats doivent justifier de deux ans de services effectifs depuis leur titularisation et, s'ils sont agents publics, de quatre ans de services publics.

Le nombre de places offertes est fixé chaque année par le ministre de la Santé (40 pour l'année 2011).

Le jury est commun aux deux concours.

Les épreuves sont fixées par un arrêté de 1991 avec trois épreuves écrites d'admissibilité, trois épreuves orales d'admission et des épreuves facultatives. Nul ne peut être candidat plus de trois fois au concours.

Les candidats admis au concours sont nommés stagiaires et entrent au cycle de formation théorique et pratique des élèves directeurs. Ils reçoivent une formation rémunérée théorique de 14 mois entrecoupée de périodes de stages d'une durée de 13 mois (soit un total de 27 mois de formation).

La formation est assurée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP), à Rennes.

Les élèves qui ont passé avec succès les épreuves du cycle de formation sont inscrits sur une liste d'aptitude.

Le CNG propose une liste de poste pour la première affectation.

Ils sont titularisés dans le corps des directeurs d'hôpital après avis de la commission administrative paritaire compétente.

La loi HPST vient également élargir les conditions de recru-

Les chiffres du concours directeur d'hôpital

Nombre de postes offerts

- **90** en 2006
- **60** en 2008
- **45** en 2010
- **40** en 2011 avec 26 places pour le concours externe, 14 places pour le concours interne.

Pour les prochaines années, le nombre de postes proposé devrait rester stable.

Chiffres du dernier concours (2010)

- Inscrits **758**
- Présents aux épreuves **401**
- Admissibles à l'oral **91**
- Admis **45** avec 30 places concours externe, 15 places concours interne.

Taux de réussite (admis/présents)

On observe une stabilité du nombre de candidats avec une réduction du nombre de postes offerts :

- 2010 **11 %**
- 2009 **13 %**
- 2008 et 2007 **15 %**

tement des directeurs d'hôpital. Le décret du 2 août 2005 avait prévu la possibilité de recruter des personnels de direction sur la base du détachement et d'une intégration successive à ce détachement et la création de recrutement par un tour extérieur ouvrant le corps de directeurs d'hôpital aux autres fonctions publiques, dans des proportions fixées par ce texte. La loi HPST prévoit la possibilité de recrutement de directeur exerçant les fonctions de chef d'établissement sur la base d'un contrat de droit public d'une durée de trois ans renouvelables, élargissant ainsi les conditions d'accès à la fonction de directeur d'hôpital à des professionnels ayant une expérience managériale et de direction dans le secteur privé ou public.

J'ai choisi ce métier parce que je voulais gérer une entreprise publique. C'est un métier complètement atypique. La liberté du chef d'entreprise hôpital, ce n'est pas faire ce qu'il veut ou ce qu'ont envie de faire les médecins, c'est faire ce dont a besoin la population.

Gérard VINCENT Délégué général de la Fédération hospitalière de France

Compte tenu des origines professionnelles et des expériences diversifiées des personnes admises au tour extérieur, détachées sur emploi ou recrutées sur la base d'un contrat, une formation d'adaptation à l'emploi est nécessaire, et se trouve inscrite dans les textes. Ces formations d'adaptation à l'emploi développées maintenant depuis plusieurs années par l'EHESP sont basées sur un parcours personnalisé de formation, adapté à l'expérience antérieure des directeurs et directeurs adjoints. Ces projets individualisés de formation prennent également en compte la spécificité des fonctions exercées et les objectifs qui peuvent être assignés, notamment par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

Conditions d'exercice

Les directeurs d'hôpital exercent leurs fonctions dans les établissements publics de santé, de nature et de taille diverses. Ils forment un corps de catégorie A de la fonction publique hospitalière et peuvent exercer des fonctions de chef d'établissement ou de directeur adjoint.

Ils relèvent du statut particulier fixé par le décret du 2 août 2005.

En qualité de chef d'établissement, ils assurent la direction d'un établissement ou d'une direction commune comportant plusieurs établissements.

En qualité de directeurs adjoints, ils agissent dans le cadre de la délégation que ces derniers leur ont accordée au titre de leurs champs de responsabilité (affaires générales, médicales ou juridiques, ressources humaines, finances et analyse de gestion, investissements, etc.).

Grades et rémunération

Le corps des directeurs d'hôpital comprend deux grades :

- le grade de directeur de classe normale comportant neuf échelons (1er échelon : 2 155,52 € - 9e échelon : 3 734,28 €) ;
- le grade de directeur hors classe comportant sept échelons (1er échelon : 3 138,13 € - 7e échelon : 5 045,81 €).

Les directeurs perçoivent une prime de fonction avec une part fixe (9 000 à 13 000 € annuels) et une part variable (8 000 à 20 000 €).

Les directeurs d'hôpital ont vocation à occuper par voie de détachement des emplois fonctionnels : directeur général, directeur général adjoint de centre hospitalier régional, directeur de centres hospitaliers les plus importants…

Les directeurs sont, en règle générale, logés dans l'établissement dans lequel ils sont affectés.

Une mobilité professionnelle et géographique est organisée et encouragée tout au long de la carrière.

Le cadre d'exercice du métier de directeur d'hôpital

Deux modifications majeures sont apportées au cadre d'exercice des directeurs d'hôpital par la loi HPST de juillet 2009.

1 L'organisation du système de santé est marquée par une **territorialisation accrue et une véritable gradation des activités,** contribuant à définir la juste place de chaque intervenant dans la prise en charge des besoins sanitaires et sociaux de la population.
La généralisation de la tarification à l'activité a modifié profondément le mécanisme d'allocation des ressources.
L'hôpital est désormais dans un contexte concurrentiel. L'exécution des missions de service public est attribuée aux offreurs de soins, par appel à projets sur la base de contrats à durée limitée. La création des agences régionales de santé (ARS) permet de coordonner la mise en œuvre des politiques de santé, les prises en charge sociales, médico-sociales et les activités des professionnels de santé exerçant à titre libéral.
L'ARS exerce ses fonctions de pilotage et de coordination dans le champ territorial, pouvant aboutir à des positionnements nouveaux et à des redéfinitions de la place et des missions confiées aux acteurs et opérateurs locaux. La préparation de coopérations simples ou renforcées, de rapprochements, de réorganisations, de recompositions, de restructurations ou de fusions d'établissements constitue aujourd'hui une réalité qui doit être intégrée et déclinée dans la formation des futurs cadres dirigeants des établissements publics de santé (communautés hospitalières de territoire, groupements de coopération sanitaires, fusions…).
Le directeur d'hôpital, acteur de santé publique, doit accompagner les mutations du système de santé et hospitalier, en inscrivant résolument la structure qu'il dirige ou à laquelle il participe à la direction, dans une logique de complémentarité dans la prise en charge des patients et des hébergés.
Le décloisonnement du secteur sanitaire, social et médico-social et des activités ambulatoires en santé constitue à ce titre une réelle opportunité de nouveau positionnement des établissements de santé.
Enfin, la contractualisation des relations entre l'ARS et les offreurs de soins dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens est accentuée et devient le mode opératoire déterminant les objectifs, les missions, les moyens, les résultats attendus et l'évaluation des activités.

2 Le contexte de **réorganisation interne des établissements** modifie de façon considérable la gouvernance et l'équilibre interne dans la répartition des compétences et des pouvoirs à l'intérieur des établissements publics de santé.
Le directeur d'hôpital « manager », chargé de la stratégie et de la conduite générale de l'établissement, doit garantir avec le président de la commission médicale d'établissement (CME) la réponse adaptée aux besoins de santé dans le strict respect de l'équilibre financier. Celle-ci doit être de qualité en prévenant et réduisant les risques liés aux activités de soins et les risques professionnels. Cette démarche est structurée autour de la logique d'évaluation des résultats. Le directeur, entouré de l'équipe dirigeante, pilote le directoire, nouvelle instance de coordination et de concertation.
La contractualisation interne fonde de nouveaux rapports au sein de l'établissement

entre le directeur et les pôles d'activité dans le cadre des contrats de pôle. L'évaluation de l'efficience de chacune des activités des pôles devient un objectif partagé étayé par le développement professionnel continu des médecins, des cadres et des professionnels de santé des établissements.

> **Le métier de directeur d'hôpital est intéressant. Il commence à être connu. C'est un métier attractif. Il a des perspectives de diffusion car il a plusieurs ingrédients enviables : importance, valeur de l'activité réalisée ; management d'une organisation complexe où le facteur humain est prépondérant.** Michel CREMADEZ Professeur à HEC

Les fonctions de directeur d'hôpital

Le rôle du directeur d'établissement se trouve renforcé par la loi HPST : en tant que président du directoire, le directeur met en œuvre le projet d'établissement, fixe l'état prévisionnel de recettes et de dépenses et conduit la politique générale de l'établissement. Son rôle est conforté aussi par le nouveau positionnement des autres instances d'administration et de gouvernance des établissements. Le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration comme garant des grands équilibres et exerce ses attributions dans une double dimension. Il est chargé d'assurer les fonctions de contrôle au niveau de l'établissement et il doit veiller au respect des grands équilibres dans la stratégie globale et dans la performance financière de l'établissement.

Le directoire succède au conseil exécutif comme instance de conseil et de préparation des principales décisions en associant étroitement le corps médical au processus de concertation. Il adopte le projet médical et prépare le projet d'établissement.

La commission médicale d'établissement est renforcée dans son rôle matière de développement de la qualité médicale de la prise en charge et de la sécurité des soins. Le président de cette commission devient le véritable « numéro deux » de l'établissement puisqu'il est également vice-président du directoire. Il est chargé de la coordination de la politique médicale.

Le directeur d'hôpital disposant d'une compétence générale, il est difficile de lister de façon exhaustive l'ensemble de ses attributions. Nombre d'entre elles sont exercées par les membres du corps de direction, même si la responsabilité incombe dans beaucoup de champs au directeur, chef d'établissement.

Il est possible de les regrouper en quatre grandes familles de fonctions.

1 Le directeur d'hôpital est **un acteur de santé publique,** porteur de fortes **valeurs de service public**, tourné vers la satisfaction des besoins de la population desservie au sein du territoire d'intervention.

Rapport d'enquête
Amplitude horaire des directeurs d'hôpital

Enquête nationale ADH, juillet 2010

Les populations les plus jeunes ont une forte amplitude horaire, trois quarts se situant dans la tranche 45-55 heures, le quart restant étant dans la tranche 35-39 heures.

Quant au rapport entre la taille de l'établissement et le volume horaire, il n'est avéré que pour les valeurs minimales (41 % des professionnels à 35-39 heures exercent dans des établissements de moins de 300 lits, 37 % de ceux travaillant 55 heures et plus sont issus des CHU), car la répartition est ventilée de manière homogène dans les autres moyennes horaires.

À ce titre, il conduit la politique générale de l'établissement en cohérence avec la politique de santé, sociale et médico-sociale développée sur le territoire. Il est le garant de la prise en charge optimale des populations et du bon fonctionnement de l'établissement et de sa performance globale.

2 Le directeur d'hôpital **conduit la stratégie** menée par l'établissement, préparée avec le directoire et validée par le conseil de surveillance. Il veille à la cohérence institutionnelle, à la cohésion des équipes et s'assure de la compréhension des enjeux internes et externes de l'établissement. Il est garant de l'organisation du dialogue social dans l'établissement.

Rôle du DH hier et aujourd'hui

Entre le secrétaire de commission administrative des temps antédiluviens et le directeur d'hôpital d'aujourd'hui, une constante apparaît : le rôle et le pouvoir du directeur sont allés croissants. Il n'y a qu'à comparer les textes : d'après l'article 27 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics :

« Le directeur général, le directeur ou le directeur économe :

- *Assure la conduite générale de l'établissement ; il est responsable du bon ordre et de la discipline à l'intérieur de celui-ci ;*
- *Assure le secrétariat et la tenue des registres des délibérations de la commission administrative ;*
- *Assure le secrétariat des commissions d'adjudication ;*
- *Conserve et administre le patrimoine de l'établissement et fait, en conséquence, tous actes conservatoires de ses droits ;*
- *Prépare les budgets, comptes, prix de revient et inventaires ;*
- *Dans les établissements de plus de 200 lits :*
  - *nomme le personnel administratif, hospitalier et secondaire, à l'exclusion des comptables, directeurs adjoints, sous-directeurs et économes,*
  - *exerce les fonctions d'ordonnateur, passe les marchés, soumet à la commission administrative les comptes, prix de revient et inventaires, et surveille la comptabilité deniers et la comptabilité matières de l'établissement ; il peut prendre connaissance, à tous moments dans les bureaux des comptables, des documents et registres de comptabilité […]. »*

Depuis la loi Hôpital, patients, santé, territoires, les fonctions du directeur d'hôpital sont définies à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique.

« Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

« Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

« Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du

Il conduit l'adaptation et mène, si nécessaire, les transformations des structures et organisations en respectant les procédures de concertation et de consultation. Il structure la politique de communication de l'établissement, et assure la communication, permettant d'informer et de valoriser l'image de son établissement auprès des partenaires internes et externes.

3 Le directeur d'hôpital est **garant de l'organisation des processus et de la production** réalisée dans l'établissement. Il est capital, pour les futurs dirigeants hospitaliers, de développer une connaissance approfondie de la production en établissement de santé, d'appréhender les critères de performance

Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

« Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

« Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

« Après concertation avec le directoire, le directeur :

« 1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

« 2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

« 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

« 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

« 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

« 6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

« 7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

« 8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

« 9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

« 10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

« 11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

« 12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

« 13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

« 14° À défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

« 15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3. »

des établissements, de maîtriser les organisations mises en place.
Le directeur d'hôpital est garant à ce titre du bon fonctionnement et de l'efficience globale de l'établissement. Il représente l'établissement vis-à-vis des usagers, de leur famille et des personnes de confiance.

4 Le directeur d'hôpital est **responsable de la gestion opérationnelle** de son établissement. Il est le représentant légal de l'établissement. Il a autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect des règles déontologiques. Il manage les équipes pluridisciplinaires et organise la gestion des ressources humaines sur la base d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, favorisant ainsi le développement des compétences et des savoir-faire des personnels, notamment dans le cadre du développement professionnel continu.

La vision du Centre national de gestion*
Les compétences clés d'un directeur d'hôpital par Danielle Toupillier, directrice générale

Savoir positionner son établissement dans l'environnement territorial et en assurer le pilotage conformément aux orientations nationales et territoriales.

Savoir élaborer des projets stratégiques susceptibles de mobiliser les équipes de l'hôpital. Avoir de solides connaissances en matière de santé publique, notamment sur les nouvelles formes d'offres de soins.

S'inscrire dans une démarche managériale adaptée, volontariste et performante.

Savoir conduire le changement : maîtrise des techniques de gestion de projets et de programmes ainsi que de gestion de conflits.

Savoir négocier tant en interne (avec les pôles d'activité et les partenaires sociaux) qu'en externe (DGARS et partenaires des coopérations).

Savoir adapter son établissement dans le respect et la maîtrise des coûts en maintenant la qualité des prestations et des conditions de vie au travail.

Avoir une capacité d'analyse et de synthèse, d'anticipation et de jugement pour procéder aux arbitrages et aux décisions. Savoir déléguer ses compétences, notamment à l'équipe de direction et aux chefs de pôle, et savoir collaborer avec le conseil de surveillance et le président de la CME.

** Établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé, le CNG assure la gestion statutaire et le développement des ressources humaines des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (secteurs sanitaire, social et médico-social) - www.cng-sante.fr*

La formation des directeurs d'hôpital

Un référentiel de positionnement professionnel a été élaboré par la filière directeurs d'hôpital et est utilisé pour la formation des élèves directeurs.

Les principes de la formation des directeurs d'hôpital

1 **La professionnalisation** répond à la double exigence visant à former des professionnels exerçant de grandes responsabilités dans une dimension opérationnelle. Les enseignements dispensés s'adressent à un public ayant réussi un concours très sélectif et doté de formations universitaires supérieures (la très grande majorité des élèves directeurs d'hôpital sont titulaires d'un ou plusieurs diplômes de niveau I) et/ou d'expériences professionnelles de haut niveau.

La formation professionnelle dispensée pendant les périodes d'enseignement à l'École doit reposer sur un apport théorique mais surtout et avant tout sur des études de cas pratiques, de mises en situation. Par ailleurs, la plupart de ces sessions doivent se dérouler dans un cadre pluridisciplinaire avec les autres dirigeants et cadres de santé et administratifs formés à l'EHESP, mais également chaque fois que cela sera possible avec des médecins, en particulier ceux exerçant des fonctions de chef de pôle. Ce principe fonde l'organisation d'une formation en alternance entre stages et apports de connaissance qui permet aux élèves de s'approprier les valeurs de service. L'identification des valeurs du groupe professionnel de référence constitue également un objectif majeur, permettant à la fois une intégration dans les équipes dirigeantes des établissements et un travail pluriprofessionnel.

2 **L'individualisation** du parcours de formation constitue le deuxième principe. Il convient pour chacun des élèves de valoriser et de capitaliser la formation initiale de haut niveau et/ou l'expérience professionnelle acquise. Un dispositif d'autoévaluation des connaissances et des compétences accompagnées par la mise en place de conseiller en parcours de formation existe au sein de l'EHESP.

La personnalisation des parcours de formation professionnelle de chaque élève nécessite

> **L'EHESP apporte au futur directeur d'hôpital une double compétence en santé publique et en management des établissements de santé. L'analyse comparative avec les pays étrangers montre l'impact très positif de l'EHESP sur la culture santé publique des directeurs d'hôpitaux qui a fortement progressé.**
>
> **Pr Antoine FLAHAULT** Directeur de l'EHESP

Le corps des directeurs d'hôpital est compétent. La Conférence nationale des présidents de CME de centre hospitalier ne croit pas aux managers venant du secteur privé. L'exercice du métier de dirigeant hospitalier nécessite en effet de tenir compte de la spécificité du secteur public hospitalier. Le directeur d'hôpital doit être porteur d'une vision d'avenir, traduite dans un projet partagé et porté avec le président de la CME. Les formations communes directeur/médecin doivent être encouragées.

Dr Francis FELLINGER Président de la Conférence nationale des présidents de CME de centre hospitalier

des liens forts entre l'École et les terrains de stage et une réelle formation délivrée aux maîtres de stage. L'évolution récente de l'École ouvre la possibilité de réaliser un double parcours de formation dans le cadre du projet personnalisé qui est défini et contractualisé en début de formation. Ce projet nécessite une motivation particulière de la part de l'élève et n'a pas vocation à être systématique.

L'évolution des techniques pédagogiques et d'enseignement crée des perspectives nouvelles dans le domaine de l'autoapprentissage, de l'enseignement à distance et du e-learning.

3 **L'accompagnement dans la prise de poste** constitue le troisième principe.

La complexité croissante du métier associant la dimension technique des fonctions et la conduite managériale des projets impose un caractère opérationnel à la formation délivrée. Il convient d'assurer également pour chaque futur professionnel la capacité à mettre en œuvre très rapidement les connaissances et les compétences acquises pendant la formation. Après le choix du poste à la sortie de l'École, une période de trois mois est réservée à la session de spécialisation permettant de renforcer les connaissances et surtout les compétences managériales dans le secteur d'activité d'affectation.

Focus
Formation des fonctionnaires détachés,

1 Les fonctionnaires détachés dans le corps de directeurs d'hôpital sont tenus de suivre une formation au cours des deux premières années de leur détachement. Cette formation, qui fait l'objet d'une validation par un jury, est organisée par l'EHESP sur la base de douze semaines, huit semaines d'enseignement théorique et quatre semaines de stage pratique. La validation de cette formation sur la base d'un rapport de mission permet l'intégration éventuelle dans le corps, celle-ci étant de droit après une période de détachement de cinq ans. Cette formation permet une adaptation à l'emploi de directeur d'hôpital et constitue également une modalité d'intégration professionnelle.

2 Les fonctionnaires nommés au tour extérieur doivent suivre une formation organisée par l'EHESP en complément de leur parcours professionnel antérieur. Cette formation comprend huit semaines de session théorique et quatre semaines de stage pratique dans un ou des établissements, extérieurs à l'établissement d'affectation. Cette formation donne

Focus

La formation au long cours des dirigeants hospitaliers
Executive MBA
Facing up to strategy and hospital management challenges in relation to public health

Course(s)

The School for Advanced Studies in Public Health in association with the University of Columbia in New York and the ESCP Europe put together their knowledge, experience and vision to offer you the Executive Health MBA.

The EHMBA is geared towards clinicians, managers and executives in the fields of healthcare and healthcare delivery, public health, phamaceuticals, desiring to gain new insight, knowledge, methods and strategies to face successfully the rapid changes in healthcare systems.

The proper and up to date knowledge, skills and abilities (KSAs) required to face the new changes and realities are what the EHMBA is offering. The EHMBA is meant for health leaders who know about the difficulties and issues existing in the field of healthcare and public health.

The EHMBA program is based on an inter-professional and international approach to key issues in healthcare and public health. Through an itinerary comprising 15 months of classroom activities and a 3 month field project, participants will develop theoretical and practical skills in management, economic analysis, policy analysis and formulation, and epidemiology.

nommés au tour extérieur, et contractuels

lieu à la délivrance d'une attestation de fin de formation par l'EHESP. Elle doit se dérouler dans la première année de prise de fonction pendant la période de stage et constitue une condition indispensable à la titularisation. Il convient de noter que ces formations sont unanimement appréciées par les directeurs d'hôpital qui en bénéficient, accompagnant ainsi leur prise de fonction. Elles constituent également un facteur d'intégration dans le corps de directeurs d'hôpital.

3 Les directeurs d'établissement n'ayant pas la qualité de fonctionnaire sont nommés sur la base d'un contrat de droit public d'une durée maximale de trois ans renouvelable dans la limite de six ans et doivent suivre une session de formation dispensée par l'EHESP ou tout autre organisme dispensant une formation correspondant et ayant signé une convention avec l'EHESP. Cette formation obligatoire peut faire l'objet de dispense partielle ou totale prononcée par le directeur du Centre national de gestion sur la base des objectifs définis par le directeur général de l'agence régionale de santé notamment. Cette formation porte sur six thèmes :

- santé publique,
- fonctions de chef d'établissement,
- stratégie et conduite de projet un établissement de santé,
- gestion des relations humaines,
- gestion financière et budgétaire,
- qualité gestion des risques,
- patrimoine, architecturé environnement,
- système d'information.

La diversification des possibilités de recrutement dans le corps de directeurs d'hôpital permet d'enrichir et diversifier la fonction de direction eu égard aux expériences professionnelles antérieures des cadres de direction détachés et admis au tour extérieur. Ces nouvelles modalités d'accès au métier de directeur d'hôpital permettent également de répondre à des besoins spécifiques sur la base de recrutement adapté à l'exercice de missions ou de fonctions particulières.

Le contenu de la formation Hôpital Plus évolue car le métier de chef d'établissement s'appuie sur des compétences émergentes :
- **savoir négocier un CPOM avec le directeur général de l'ARS,**
- **savoir déléguer aux médecins chefs de pôle et les accompagner dans leurs nouvelles responsabilités,**
- **participer à la construction d'une politique de santé publique sur un territoire.**

Jean-Paul DUMOND Responsable de la formation Hôpital Plus

Focus
La formation au long cours des dirigeants hospitaliers par l'EHESP Hôpital Plus (diplôme d'établissement)

Objectifs
Anticiper les transformations de la santé publique et des organisations de santé : les enjeux de la santé publique, les responsabilités des dirigeants hospitaliers, les conceptions du management en France et dans le monde, les organisations émergentes, les modes d'action des acteurs syndicaux, les évolutions des techniques médicales.

Principes pédagogiques
- Formation-action
- Participation-implication
- Séquences courtes
- Professionnalisme des intervenants
- Mise en situation
- Interactivité
- Personnalisation-coordination intégrante

Intervenants
Équipe constituée de 47 intervenants d'horizons professionnels variés.

Thèmes abordés
- Mises en perspective, analyser l'environnement pour mieux agir.
- Dimension personnelle du dirigeant : réfléchir sur soi au service de l'action publique.
- Transformation des organisations de santé : conduire les mutations et faire face aux conflits.
- Découverte du système de santé québécois : se comparer à un autre système de santé.
- Synthèse et ouverture : élargir sa capacité d'action.

Programme
Vingt-cinq jours de formation répartis sur huit mois avec un voyage d'études.

Cette période de trois mois permet d'accompagner de façon personnalisée chaque élève dans la prise de son poste.

Les objectifs de la formation

1 Développer les **capacités à mettre en œuvre les valeurs du service public**. Repères et balises incontournables dans l'exercice du métier de directeur d'hôpital, les principes du service public constituent une forme de colonne vertébrale des établissements publics de santé, constituée d'une culture et de références partagées entre les professionnels des établissements et qui scellent les relations avec les usagers, les patients, les résidents et leurs familles.

2 Développer une véritable **approche stratégique de l'exercice de la profession**. Le positionnement territorial de l'établissement, les logiques d'alliances et de complémentarités se trouvent aujourd'hui au cœur de l'exercice professionnel du directeur d'hôpital et de la communauté hospitalière.

3 Être formé aux **techniques de management**. La conduite de démarches de changement impose une intégration directe de la dimension ressources humaines dans les processus engagés. L'adhésion des personnels à tous les niveaux est un préalable indispensable et un facteur clé de réussite. Cette dimension dépasse le cadre statutaire de la gestion, qui est un prérequis, avec le développement des

capacités et des compétences personnelles du manager, ce qui est qualifié aussi de *empowerment*.

4 Disposer d'une **bonne connaissance de la santé publique,et des activités médicales, sanitaires et médico-sociales**. Le champ d'action des établissements n'est pas seulement dans l'intrahospitalier : il s'ouvre également sur le territoire desservi avec les autres acteurs.

5 Savoir impulser une **politique de communication et communiquer**. Communiquer est un art difficile et essentiel dans le secteur de la santé. Cette communication doit être conçue et conduite dans une dimension stratégique et exécutée de façon structurée et raisonnée ; elle ne doit pas se limiter aux situations exceptionnelles ou de crise et doit épouser le rythme d'évolution de l'établissement.

La formation dispensée en dehors des stages repose sur cinq modalités pédagogiques :

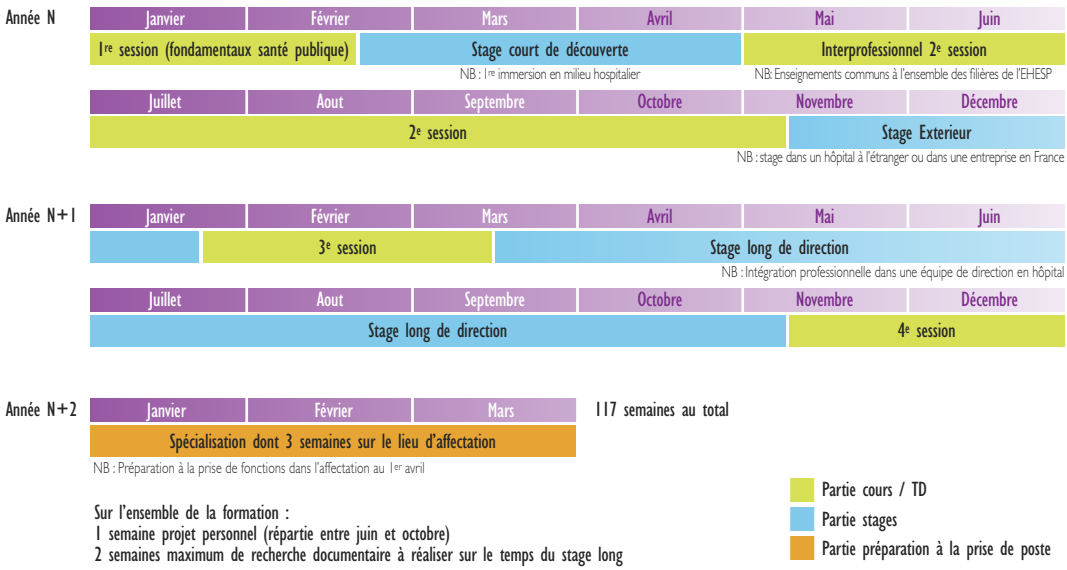
- les cours magistraux doivent rester les plus limités possible ;
- l'enseignement par prérequis – lectures, études préalables de dossier, *e-learning* – est favorisé ;
- l'enseignement à vocation professionnelle est dispensé en commun avec les autres filières du pôle établissements et avec les stagiaires de formation continue, en particulier avec les chefs et cadres de pôles ;
- les études de cas pratique sont privilégiées ;
- le recours à l'autoapprentissage par mise en situation réelle (activités de EHESP Conseil, sur le mode de la Junior Entreprise par exemple).

Les fondamentaux de l'exercice professionnel des directeurs d'hôpital

La formation dispensée aux futurs dirigeants hospitaliers doit couvrir les trois dimensions définies dans le référentiel métier évoqué plus haut et doit préparer directement à un exercice professionnel opérationnel.

1 **Premier axe : la stratégie.** Le positionnement renforcé de l'État par la présence des ARS pourrait laisser penser à tort que le domaine d'action en termes de stratégie serait l'exclusivité de ce niveau de responsabilité. La dimension stratégique dans le métier de directeur d'hôpital est aujourd'hui aussi importante que précédemment mais elle est de nature

Déroulement de la formation



différente. Deux questions centrales de stratégie se trouvent posées aux équipes dirigeantes des hôpitaux aujourd'hui : quel territoire par niveau de soins pour satisfaire les besoins sanitaires et sociaux de la population ? Quelles alliances, associations et coopérations en terme de partenaire et niveau d'implication de ces partenaires ? Au fond, à une stratégie du *cash all activities* se substitue une stratégie plus subtile et sûrement plus exigeante à mettre en œuvre au niveau du et des territoires et des complémentarités.

Par ailleurs, la mise en œuvre de démarche de marketing doit être intégrée.

Cet axe doit permettre aux futurs dirigeants hospitaliers de construire leur identité professionnelle en développant leurs capacités dans quatre domaines :

- aptitude à **donner du sens** et de la cohérence à l'action,
- une démarche d'analyse et de conduite des projets reposant sur la **construction d'un diagnostic**,
- capacité à **définir, concevoir, mettre en œuvre et évaluer la stratégie** globale de l'établissement ou de l'entité dirigée,
- contribution au positionnement **de l'établissement dans son environnement territorial** et dans le **niveau des disciplines pratiquées**, assurés **directement ou en coopération** dans une logique de réseau.

2 Deuxième axe : la coordination. Cet axe renvoie directement à la compétence et au savoir-faire managérial. Nous retrouvons ici la problématique majeure du management hospitalier, à savoir la question de la transversalité, de la coordination et du travail collaboratif interne aux établissements. La gestion déconcentrée par pôles d'activité constitue une évolution managériale capitale pour le corps médical et les cadres de santé et administratifs, mais peut être et avant tout pour les équipes de direction dont les modalités d'organisation de fonctionnement et d'articulation avec les activités médicales se trouvent profondément bouleversées. Cet axe suppose l'acquisition de connaissances et de compétences professionnelles dans trois domaines :

- développement des **capacités de négociation, d'arbitrage, de décision**,
- réelle **capacité managériale** permettant la cohérence institutionnelle, la cohésion des équipes et l'adhésion de tous aux projets institutionnels. Pratiquer la délégation,
- **connaissances** dans le domaine de la **santé publique, de l'approche populationnelle** et des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social.

3 Dernier axe : l'exercice de responsabilités opérationnelles

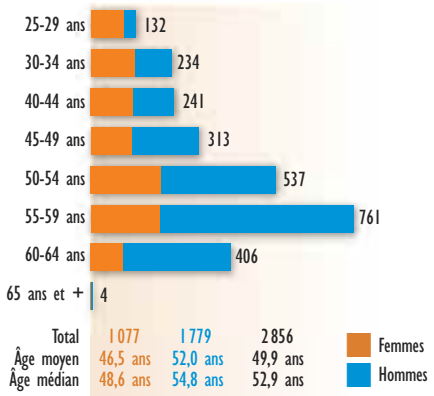
La permanence des soins, la notion d'urgences, notamment sur le plan médical, irriguent la vie des établissements et rendent le contenu de la fonction de direction très ancré dans le fonctionnement quotidien. Cette particularité rend indispensable le développement de qualités de réactivité, de priorisation, de gestion des urgences et de vision opérationnelle à dimension stratégique : **voir loin pour agir près**. Ces fonctions supposent une grande capacité à gérer, organiser ou assumer plusieurs priorités simultanément ; le séquençage du travail auquel chacun aspire n'est pas une réalité dans l'exercice du métier de directeur d'hôpital. Quatre grandes fonctions doivent être appréhendées par les futurs dirigeants hospitaliers à la sortie de leur formation initiale :

- capacité à **piloter le fonctionnement institutionnel et la gestion opérationnelle** de l'entité ou de l'entité dirigée,
- aptitude à **gérer une situation de crise ou d'exception**,
- maîtrise des **techniques de communication**,
- solides connaissances et **compétences dans les domaines juridique, financier et économique**.

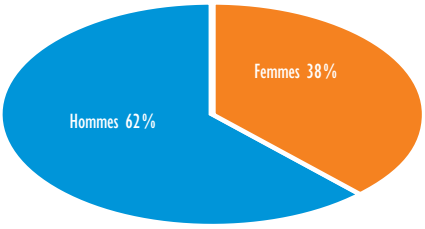
Cahier statistique : les directeurs d'hôpital en chiffres

Source : rapport du CNG, 2009

Répartition par âge et par genre

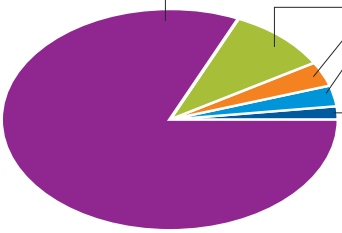


Répartition par sexe des directeurs d'hôpital en établissement au 01/01/2010

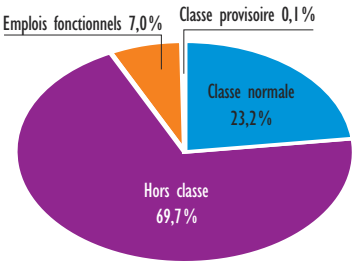


(pour rappel : 37 % de femmes en 2009)

Répartition par situation statutaire et par classe en 2010



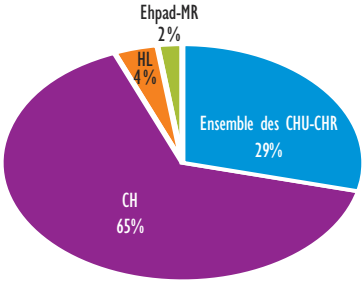
Position	Effectif	%
En établissement	2 856	81,9
Détachement	338	9,7
Mis à disposition	122	3,5
Disponibilité	105	3,0
Recherche d'affectation	28	0,8
Congé longue durée	14	0,4
Congé spécial	11	0,3
Congé longue maladie	6	0,2
Congé parental	7	0,2
Suspension	1	0,0
Congé fin d'activité	-	0,0
Total	**3 488**	**100**



NB : La profession compte 22 % de chefs d'établissements.

Répartition par catégorie d'établissements

Catégorie	*Effectif*	%
Ensemble des CHU-CHR	**826**	**28,9**
CH	**1869**	**65,4**
HL	**109**	**3,8**
Ehpad-MR	**52**	**1,8**
Total	**2856**	**100**



Effectifs des directrices d'hôpital par catégorie d'établissement selon le type d'emploi

		Chef d'établissement			Directeur adjoint			Total directeurs		
Catégorie d'établissement		Femmes	Total	% de femmes	Femmes	Total	% de femmes	Femmes	Total	% de femmes
Directeurs d'hôpital	Ensemble des CHU-CHR	2	30	6,7	371	796	47	373	826	45
	CH	61	460	13,3	597	1409	42	658	1869	35
	HL	24	83	28,9	8	26	31	32	109	29
	Ehpad-MR	12	44	27,3	2	8	25	14	52	27
	Total	**99**	**617**	**16,0**	**978**	**2239**	**44**	**1077**	**2856**	**38**

Perceptions et attentes des directeurs d'hôpital : rapport d'enquête

L'ADH a mené une grande enquête auprès de chaque directeur en exercice dans les établissements de soins pour photographier la situation professionnelle des directeurs d'hôpital aujourd'hui et dessiner les tendances des dix prochaines années.

L'enquête, administrée en ligne et adressée à 2 500 directeurs en exercice entre le 20 mai et le 28 juin 2010, a enregistré un score record de réponses : 917 connexions au questionnaire en ligne, soit un taux brut de 36 %. Seules les réponses totalement complètes ont toutefois été exploitées afin de garantir un panel répondants homogène, soit une base de 713 réponses (taux de retour : 28 %).

Profil répondant

Un homme	390	56 %
Une femme	310	44 %
Total	**700**	**100 %**

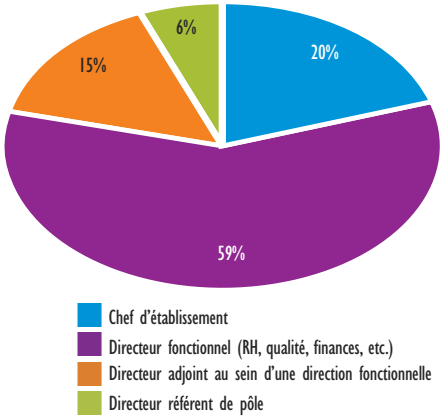
Le profil des répondants est conforme avec les statistiques nationales du corps (*voir « Cahier statistique », p. 19*) en termes de répartition par fonction, par grades. Le panel est sensiblement plus féminisé (44 % de femmes/56 % d'hommes *vs* 38 % de femmes/62 % d'hommes au niveau du corps) et plus jeune car les catégories entre moins de 34 ans et 44 ans constituent 40 % des sondés, alors qu'au niveau national 60 % des DH ont plus de 50 ans. La répartition entre chefs et adjoints est quasi identique : respectivement 22 % et 78 %, avec une surreprésentation dans la première catégorie des directeurs généraux de CHU qui ont été 17 à répondre.

Au niveau des fonctions occupées, il faut noter la tendance majeure de cumul des postes pour les adjoints : 53 % sont également directeurs référents de pôles ou directeurs de sites. Les domaines « ressources humaines » et « finances » viennent en premier dans les domaines fonctionnels. 15 % des DH sont adjoints au sein d'une direction fonctionnelle. 6 % citent le pilotage de pôle en tant que fonction principale.

Les promotions 2009-2011 (48) et 2010-2012 (49) ont répondu (respectivement 29 sur un effectif de 60 élèves stagiaires, 31 sur un effectif de 40 pour la classe la plus récente) à un questionnaire métier décliné à partir de l'enquête nationale.

Les points thématiques du guide sont illustrés des résultats de l'enquête.

Fonction occupée actuellement



Les valeurs et le positionnement du directeur d'hôpital

Le directeur d'hôpital : une femme et un homme de santé publique

Les conditions d'exercice du métier de directeur d'hôpital ont considérablement évolué depuis plusieurs années. Il doit s'adapter à des réformes nombreuses et complexes, mais aussi les accompagner au sein des établissements dans lesquels il travaille.

Ce contexte porteur d'incertitudes et de doute doit conduire le directeur d'hôpital à promouvoir les motivations qui guident son action. Elles reposent à la fois sur des valeurs et des objectifs qui sont le fondement de son engagement. Il pilote son établissement et structure l'organisation afin d'accompagner les évolutions nécessaires à l'accomplissement de ses missions : soigner en prodiguant les meilleurs soins possibles au juste coût, assurer la continuité des prises en charge, garantir l'égal accès aux soins de la population et favoriser le développement des activités et des compétences.

Il inscrit son action dans la recherche de la meilleure réponse aux besoins de la population du territoire.

Le directeur d'hôpital est donc un homme et une femme de conviction dans et pour une communauté professionnelle singulière, car on ne travaille pas à l'hôpital par hasard. Ce « supplément d'âme » qui caractérise les professionnels de santé est le socle de cet engagement commun ; c'est celui qui légitime l'action et le projet au-delà des différences et de la complexité des relations professionnelles.

En ce sens, c'est une femme ou un homme de santé publique participant pleinement aux missions de service public de la santé.

Garant des missions de service public

Le directeur d'hôpital est également un professionnel qui porte les politiques de santé publique.

En effet, la question de l'égal accès aux soins et à la prévention se pose avec acuité, notamment pour les plus fragiles. La permanence des soins (nuit, week-end) n'est plus naturellement garantie et l'accès à l'information sur le système de santé (qualité des services et des professionnels, risques d'infections nosocomiales) n'est pas équitable pour tous.

Parallèlement, l'environnement dans lequel le directeur d'hôpital exerce se complexifie et la contrainte financière rend l'exercice difficile et incertain.

Soucieux de préserver le lien social au sein de la communauté hospitalière, exigeant sur le respect des missions de service public, le directeur d'hôpital doit à la fois concilier l'utilisation efficiente des deniers publics qui lui sont confiés par la collectivité mais également être le garant du principe de prise de charge de tous les patients qui découlent du principe de non-discrimination. L'éthique

> **C'est un métier intéressant car le directeur d'hôpital peut prendre des initiatives, créer quelque chose. L'étendue des responsabilités et des opportunités d'actions en font un métier unique dans la fonction publique. C'est aussi un métier qui devient plus difficile car le directeur d'hôpital est plus exposé et plus sous pression. Le directeur d'hôpital doit avoir du courage, une doctrine fondée sur des valeurs, ainsi que des qualités pédagogiques.**
>
> **François-Xavier SCHWEYER** Enseignant chercheur à l'EHESP

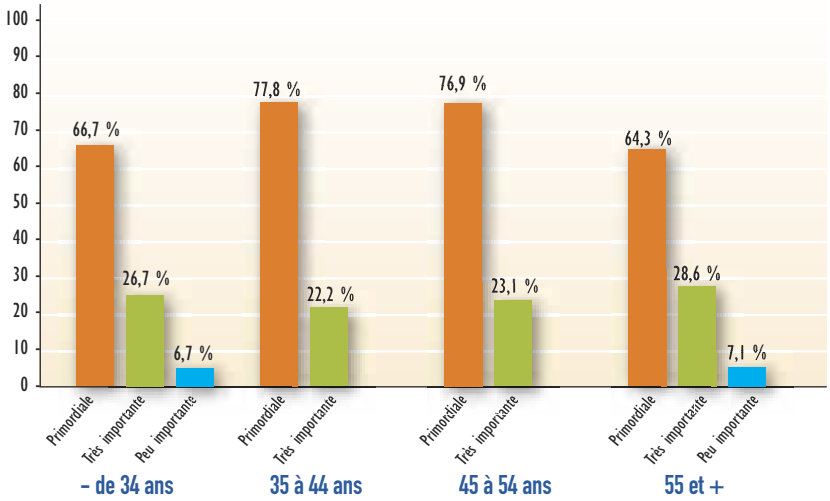
hospitalière que le directeur d'hôpital doit porter exige un traitement égal de tous les patients quels que soient leurs origines sociales, leur nationalité ou leur âge.
Parce qu'il partage ces valeurs et cet engagement, il est le représentant légitime de ces missions ; mais parce que c'est un dirigeant, il doit aussi donner la vision et le sens du projet à la communauté hospitalière. L'articulation des concepts et de la réalité est le quotidien de ses décisions et de sa communication.

Gestionnaire d'une activité de non-profit

La tension est forte pour lui entre l'exigence d'équilibre financier et sa mission sanitaire entre impératif économique et mission sociale. Cette réalité est d'autant plus prégnante que la crise financière qui fissure la cohésion sociale renforce son rôle social à la fois vis-à-vis des patients pris en charge et en interne vis-à-vis des personnels. De ce point de vue, le directeur d'hôpital reste attaché à la notion de

Rapport d'enquête
Importance des aptitudes et valeurs
Sens du service public

Enquête nationale ADH juillet 2010 – Entretiens d'approfondissement



service public hospitalier et d'hôpital public et à l'exigence de non-profit. La santé n'est pas un bien de consommation comme un autre et elle renvoie nécessairement à la relation humaine, à la cohésion sociale, à la justice. La santé (avec d'autres missions régaliennes) participe à la solidarité entre les individus mais également entre les générations.

L'activité de non-profit ne veut pas dire qu'il n'est pas comptable de la qualité et de l'efficience des prises en charge hospitalières : son résultat n'est pas seulement financier, c'est un résultat plus complexe et plus exigeant au service des patients.

Manager interprofessionnel et animateur de territoire

Pour assurer pleinement ses fonctions et assumer ses missions, le directeur d'hôpital doit travailler en harmonie avec tous les professionnels, quel que soit leur métier.

En interne, le directeur doit donner du sens, élaborer et conduire les projets, gérer et arbitrer.

Il n'exerce pas ses missions seul et coupé des réalités ; il doit savoir s'entourer des compétences nécessaires à l'accomplissement de son travail. Il concerte, négocie avec les professionnels qui, chaque jour, s'investissent et s'impliquent pour assurer le bon fonctionnement de l'hôpital. Il doit également expliquer et convaincre du bien-fondé des décisions et faire preuve de pédagogie.

Il veille à ce qu'il y ait une cohérence d'ensemble dans toutes les actions qu'il entreprend. C'est pourquoi il devra avant toute chose obtenir la confiance des équipes qu'il anime, des médecins avec lesquels il partage des valeurs communes, pour pouvoir gagner l'adhésion sur les projets institutionnels. Afin d'asseoir sa légitimité, une attitude sereine et ferme (non autoritaire) lui sera nécessaire. Mais pas seulement : il lui faudra aussi bien connaître ses collègues et les professionnels en étant à leur écoute afin de mieux cerner leurs attentes et leurs difficultés, leur consacrer du temps, vérifier que chacun reste fidèle aux valeurs énoncées ci-dessus. Car le directeur d'hôpital est responsable et garant de la cohésion des professionnels.

Dans le contexte démographique de pénurie de professionnels, il est conscient

Tribune ADH
Quotidien du médecin, 13 janvier 2011

« Comme le relève le Conseil national d'éthique, *"la garantie d'un accès aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique. La question éthique posée par l'examen de la dimension économique du soin explore la tension entre l'autonomie et la solidarité, entre la liberté individuelle et le bien public"**.

Homme de synthèse, le directeur est avant tout un manager qui essaie en permanence de trouver un compromis dans une structure où les intérêts catégoriels (près de 140 métiers coexistent au sein de l'hôpital) souvent divergent. Ses maîtres mots sont l'écoute et le dialogue, et non l'arbitraire, antichambre de l'échec ; il milite d'abord et avant tout, dans une vision de santé publique, pour l'amélioration du service public hospitalier. »

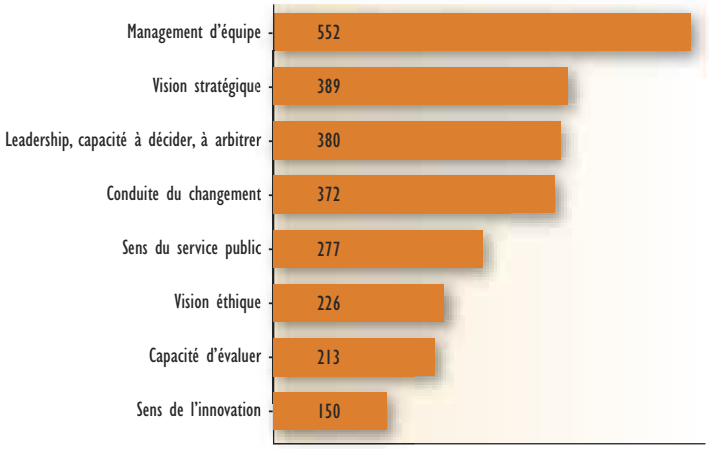
Jean-Luc Chassaniol, *président de l'ADH*

* Avis n°101 rendu par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, juin 2007

des valeurs et de la richesse des métiers indispensables à la mission. Il valorise les compétences et fidélise les personnels.
Il sait que l'attractivité des emplois est aussi importante que celle des activités hospitalières publiques.
Il doit créer une coopération entre professionnels qui va au-delà des relations et des clivages fonctionnels, hiérarchiques ou de territoire. Il a cette capacité à créer un collectif de travail et de pensée, au plus haut niveau de l'organisation, au service d'une culture et d'un projet commun. Il est reconnu pour sa capacité d'arbitrage ultime au terme d'un processus de décision animé avec les acteurs de l'hôpital
Mais ce projet n'est plus seulement interne. Le directeur d'hôpital doit se tourner vers l'extérieur, décloisonner, sortir de son établissement. La loi l'y incite. Mais plus que la loi, la complexité de l'environnement dans lequel il évolue, la multiplicité des acteurs, la multitude des situations particulières et individuelles l'amènent à porter son regard et son attention vers l'extérieur.
Manager hospitalier, il devient également animateur de territoire. Il coopère sur le territoire de santé avec tous les acteurs car le service public de santé ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital.

Rapport d'enquête
Aptitudes et valeurs jugées primordiales

Enquête nationale ADH juillet 2010 – Base répondants



Après avoir évalué l'importance d'aptitudes et valeurs spécifique aux directeurs d'hôpital (voir graphique ci-dessus), l'enquête a permis d'éprouver la pertinence de ces jugements en les confrontant à la pratique des directeurs. En renseignant la fréquence de mobilisation des aptitudes et valeurs précitées, les répondants sont **85 %** à exercer un management d'équipe au quotidien – c'est le seul item référencé majoritairement comme une compétence exercée chaque jour. Les deux autres aptitudes jugées incontournables (vision stratégique et conduite du changement) ne sont pas nécessairement mobilisées plus d'une fois par mois, c'est le cas pour respectivement **54 %** et **48 %** des répondants. En revanche, le leadership s'exprime quotidiennement pour **67 %** des répondants. On remarque une corrélation entre appréciation et usage de la « vision éthique », à laquelle **40 %** des répondants n'ont occasionnellement ou jamais recours. En revanche, **44 %** du panel interrogé fait parler chaque jour son sens du service public. La conduite du changement est mobilisée à quasi-égalité, soit quotidiennement soit une fois par mois. Enfin, la fréquence de mobilisation de la capacité d'évaluer est la notion la plus ventilée dans le temps, **29 %** l'exerçant quotidiennement, **50 %** au mois mensuellement et **20 %** qu'occasionnellement.

Évolution du métier en tendance « longue » d'hier à aujourd'hui

« *Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple* », écrivait Tenon à la veille de la Révolution française, dans son *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*. Les hôpitaux, certes, mais les directeurs d'hôpital le sont-ils eux aussi ? Ou encore, peut-on considérer leur évolution, et l'évolution de leur conception du métier, comme le reflet des interrogations et des inquiétudes de la société ? Si, pour reprendre la belle formule de François-Xavier Schweyer, les directeurs d'hôpital sont « *une profession de l'État-providence* », cet État-providence étant aujourd'hui en crise et en quête d'identité, il n'y aurait guère à s'étonner que les directeurs eux aussi tâtonnent, s'interrogent et cherchent, tant bien que mal, à se définir.

Or, dans un incessant mouvement d'allers-retours entre décentralisation et reprise en main par l'État, ces deux mouvements étant parfois présents au sein d'une même loi, dans une lutte, à coups de déclarations fracassantes sur les pouvoirs respectifs des médecins et des directeurs, le législateur n'a pas aidé les directeurs à se définir. Depuis la loi fondatrice du 21 décembre 1941, onze textes ont substantiellement modifié l'organisation hospitalière. Frénésie législative : on en dénombre quatre de 2002 à 2009. Comme le souligne Jean-Marie Clément, « *gérer un hôpital tient de la chimie, voire de l'alchimie, tant le législateur et le gouvernement s'ingénient pour compliquer les circuits décisionnels* ».

Il faut que le directeur d'hôpital développe de nouvelles compétences psychologiques : il doit développer de grandes qualités dans le domaine du « leadership » pour ancrer son action dans un territoire. Le manager hospitalier à venir devra intégrer l'importance de la notion de marketing : il devra connaître sa production, la comparer, maîtriser les systèmes d'information. Il devra avoir une vision managériale de son positionnement sur le territoire de santé. Enfin, il devra développer une culture de l'instabilité permanente, qui caractérise notre champ professionnel et à laquelle nous devons savoir répondre.

Christian ANASTASY Directeur général Anap

Dans ce maelström de réformes, il est pourtant possible, à la suite de François-Xavier Schweyer, de mettre en évidence trois étapes dans l'évolution des fonctions des directeurs d'hôpital : « *Le premier statut des directeurs d'hôpital a été en vigueur de 1943 à 1969. Cette période peut être considérée, du point de vue des carrières, comme prébureaucratique. D'une part parce que le concours ne pesait pas encore vraiment sur la constitution du corps professionnel, d'autre part parce qu'il n'existait pas de profil de carrière défini. Chaque direc-*

teur inventait son parcours au gré des opportunités et de ses préférences personnelles […].
La période 1969-1988 peut être comprise comme une période "bureaucratique", au sens où le concours de recrutement est devenu effectif, où la notation impersonnelle s'est imposée, où les fonctions se sont différenciées alors que la corrélation entre le grade et l'emploi subsistait. Ce qui explique que de fortes tensions sur le pyramidage du corps aient conduit, en fin de période, à négocier un nouveau statut […].
Une progressive séparation entre les carrières statutaires et les parcours de carrières caractérise la troisième période. D'un côté, la structure statutaire a été renforcée avec un recrutement sur concours stabilisé et un repyramidage du corps qui a conduit à dissocier peu à peu le grade et l'emploi ; d'un autre côté, les stratégies et les profils de carrière se sont diversifiés en manifestant la lente émergence d'une reconnaissance des compétences. »

Depuis dix ans, en simplifiant, les managers hospitaliers sont passés d'un métier de bâtisseur à un métier de gestionnaire avec une dimension stratégique essentielle. Cela ne signifie pas que dans le passé les directeurs d'hôpitaux n'avaient pas le souci de la gestion, mais l'évolution du contexte économique et les normes réglementaires les ont amenés à développer des compétences plus fortes en termes de gestion, de stratégie, de pédagogie. Les directeurs d'hôpitaux s'ouvrent sur l'extérieur et leur métier les amène plus que par le passé à sensibiliser les partenaires, à faire preuve de pédagogie sur les enjeux.

Emmanuelle QUILLET Directrice générale ANFH, ex-sous-directrice RH à la DGOS, ministère de la Santé

Évolution qui a vu le corps des directeurs s'accroître et se diversifier. Il n'est à présent plus question de débuter sa carrière en tant que chef d'établissement, mais en qualité de directeur adjoint. Les fonctions d'adjoints sont elles aussi de plus en plus variées, comme le montre ce guide : aux traditionnelles directions (affaires financières, ressources humaines, services économiques et logistiques) se sont ajoutées de nombreuses autres, parmi lesquelles on peut citer les affaires générales et/ou médicales, la communication, le contrôle de gestion, la gestion de pôle, la patientèle, la qualité, les systèmes d'information, etc.
Naît alors une nouvelle interrogation : les directeurs, « spécialistes de la généralité » ou « généralistes de la spécialité » peuvent-ils encore continuer à passer d'une direction fonctionnelle à une autre ou seront-ils amenés, par goût comme par nécessité, à se spécialiser progressivement ? Sans vouloir trancher le débat, il semble que cette possibilité de toucher à plusieurs domaines différents, loin d'affaiblir, est une force dont il serait dommage de se passer. D'autant que les directeurs trouvent, avec les cadres adminis-

tratifs, des spécialistes d'une très grande qualité et sur lesquels ils peuvent souvent s'appuyer en toute confiance. D'où aussi un rôle à l'importance (et à la difficulté) croissantes pour le directeur : il ne doit plus seulement diriger un hôpital, mais gérer des équipes, des hommes et des femmes qui attendent beaucoup de lui.

Et les enjeux et les interlocuteurs s'accroissent eux aussi : le directeur doit apprendre à travailler avec la médecine de ville, à rendre son hôpital attractif, à recevoir des injonctions du directeur de l'ARS, tout en sachant que ces injonctions ne se recoupent pas toujours et, surtout, de plus en plus à collaborer. Il est loin le temps où le directeur, notable local, pouvait ignorer ce que faisaient ses collègues et voisins. Désormais, des outils juridiques pointus viennent cadrer son action et ses collaborations, et il se doit d'avoir un pied à l'intérieur de son hôpital (parfois de ses hôpitaux en cas de direction commune), l'autre à l'extérieur ; il doit réfléchir en termes de filières, de groupements de coopération sanitaire, de communautés hospitalières de territoire.

La perception des directeurs d'hôpital évolue : ils ont pu être considérés davantage comme des managers ou des gestionnaires que comme des fonctionnaires, les directeurs d'établissements sanitaires ont pu être comparés à des entrepreneurs du secteur privé.

« *Le médecin est toujours tenté d'anatomiser le malade et de réduire sa vie au fonctionnement de ses cellules. On oublie le malade, on ne s'intéresse plus qu'à sa maladie, on le confond avec elle. On réduit son identité au dysfonctionnement de son corps, à une défaillance, à une identité essentiellement négative, marquée par la lacune, l'erreur, le défaut.* » Ce que Claire Marin déclare à propos du médecin pourrait probablement être écrit à propos du gestionnaire hospitalier, qui ne verrait plus un être humain mais un élément de la chaîne de production, un tarif ; à l'extrême limite, le rôle du directeur d'hôpital ne serait plus que de produire du groupe homogène de séjours (GHS). Telle est la difficulté du métier, l'enjeu essentiel : tout en ayant l'œil rivé sur l'équilibre médico-économique, savoir pourtant s'en affranchir.

Pour aller plus loin

Directeur d'hôpital, l'essor d'une profession

Grégory Guibert, Pierre de Montalembert, Fabien Verdier

Presses de l'EHESP, 2011

Le métier de directeur d'hôpital à l'international

Éléments de contexte

Les informations communiquées sont le produit d'une enquête effectuée auprès des membres de la Fédération européenne des hôpitaux (HOPE) et d'éléments de littérature sur le sujet.

Les fonctions de direction s'inscrivent dans des contextes très hétérogènes. Pour mieux les comprendre, notre comparaison internationale des modes de management en santé se concentre sur trois notions relatives à la gouvernance hospitalière : l'autonomie, le *board* et les *checks and balances*.

Autonomie

Il n'est possible d'avoir une idée claire du processus de décision au sein de l'hôpital qu'à partir du contenu et de l'étendue du pouvoir de décision au niveau de l'hôpital lui-même.

L'étude a utilisé un instrument pour mesurer l'autonomie hospitalière dans six domaines : capacité à définir ses objectifs, planification stratégique, gestion, achats, investissement et ressources humaines. Pour chacun de ces domaines a été évalué le niveau d'autonomie par rapport par rapport aux pouvoirs publics (national ou régional) ou autres tiers parties.

Par exemple, un haut niveau d'autonomie en ressources humaines a été identifié par le critère ***Personnel choisi par l'établissement avec un large pouvoir discrétionnaire concernant le nombre, les qualifications et les rémunérations***. Les résultats montrent que de façon générale, les hôpitaux publics sont moins autonomes dans les six domaines que les hôpitaux privés, lucratifs ou non. Au sein des hôpitaux privés, il ne semble pas y avoir de différences significatives sauf en matière de ressources humaines où les lucratifs ont plus d'autonomie et, à l'inverse, en matière d'achat où ils en ont moins (du fait des groupements d'achats des groupes de cliniques).

Board

L'étude couvrait également l'instance la plus élevée de l'hôpital (nommé ici *board* pour éviter les projections). Des différences très importantes existent également entre et au sein des pays. Un des aspects étudiés était la taille : un *board* de taille moyenne en Irlande compte 14 membres, contre 5 au Portugal et en Grèce. D'autres pays ont des *boards* beaucoup plus grands tels l'Espagne, la Belgique et le Royaume-Uni. Ces différences de taille sont une première indication de la tâche des *boards*.: plus ils sont grands, plus ils ont des responsabilités pour la politique à long terme, alors que les plus petits sont plus opérationnels. Mais ce n'est pas toujours le cas. Aux Pays-Bas par exemple, le *board* est relativement petit mais il répond à des questions de long terme. À l'inverse, en Belgique, les *boards* sont grands mais ils sont impliqués dans de nombreux cas dans des décisions opérationnelles. Un autre élément est l'origine des membres du *board* : une dominance d'acteurs internes en Grèce et au Portugal, d'acteurs externes aux Pays-Bas et en Suisse. En Irlande et en Belgique, les *boards* incluent les deux. La moitié des chefs d'établissement consultés en Suisse et en Espagne estime que

leur *board* a peu d'influence ; c'est aussi le sentiment aux Pays-Bas et au Portugal. Un fort impact est trouvé en Grèce, de même qu'au Royaume-Uni et en Irlande.

Checks and balances

Le concept de *checks and balances* fait référence à toutes les relations, fonctions et procédures qui s'insèrent dans le processus de prise de décision. Il permet de donner le cadre dans lequel le chef d'établissement et son équipe assurent leurs missions.

L'objectif de l'étude était de voir si des relations existaient entre différents éléments. Il ressort qu'un plus grand degré d'autonomie est en général compensé par une plus grande transparence. Une autre association est celle entre la transparence de l'information vis-à-vis du corps médical et leur implication formelle dans la prise de décision de l'hôpital. Un haut degré d'autonomie est également associé à une large distribution des tâches entre les différentes instances de décision. Il est aussi corrélé à l'utilisation d'instruments pour aider à la gestion et à la prise de décision (*balanced scorecard* par exemple).

Plus généralement, les résultats de l'étude montrent une forte dépendance entre la gouvernance hospitalière et le système de santé dans lequel l'hôpital se situe.

Le parcours du directeur d'hôpital, sa formation, son statut

Les conditions

Il existe peu d'information comparative et celle que l'on obtient concerne surtout le « chef d'établissement » (ce concept est d'ailleurs à prendre avec précaution, notamment dans les établissements qui n'ont pas une « tête unique » ; il est utilisé ici par facilité).

Dans la plupart des pays européens, il n'y a pas d'exigence légale en matière de parcours et de formation pour être chef d'établissement. Les exigences sont parfois définies par l'hôpital lui-même. C'est le cas notamment en Belgique, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (au moins en Angleterre). Toutefois, dans ce dernier pays existe depuis très longtemps un diplôme en administration hospitalière qui trouve sa source dans un diplôme lancé en 1925 par l'association des *hospital officers*, créée en 1902. Après de nombreuses vicissitudes et depuis 1999, cette association a pris la forme d'*institute of healhthcare management*.

Pourtant, dans quelques pays, un certain niveau d'éducation est nécessaire. En Finlande, pour les positions les plus élevées, un diplôme universitaire est requis. De même en Irlande, en Allemagne et au Royaume-Uni où un master est requis, quel qu'il soit.

En Italie, le directeur d'un hôpital public doit selon la loi posséder un diplôme universitaire et au moins cinq ans d'expérience en gestion dans un hôpital, public ou privé. Il existe une formation obligatoire qui doit être suivie dans les six mois après la prise de fonction ; certaines régions ont ajouté d'autres conditions.

Concernant la formation continue des chefs d'établissements, il existe plusieurs cours aux Pays-Bas pour lesquels l'idée est de professionnaliser ceux qui ont été choisis pour diriger un établissement.

En Autriche, la loi fédérale dispose que « *pour chaque hôpital, une personne adaptée doit être nommée directeur/directrice des fonctions économiques, administratives et techniques […] pour l'enseignement et la formation des personnes dans les services d'administration et de gestion des mesures doivent être prises* ». Des dispositions plus détaillées ont ensuite été prises au niveau régional (neuf régions). L'association nationale des directeurs d'hôpitaux gère depuis vingt ans l'institut autrichien pour les « sciences de gestion hospitalière ». Il organise des formations pratiques pour les chefs d'établissement et leurs adjoints. Bien qu'il n'y ait pas de nécessité légale à avoir le MBA de cet institut, il est si réputé qu'il est presque toujours exigé.

Dans la majorité des pays, c'est la légitimité institutionnelle qui domine. Ainsi, le Royaume-Uni est sorti d'une logique centrée sur l'État en créant les trusts. Une légitimité institutionnelle du top management serait préférable en France. Au Royaume-Uni, le chief of medical staff, le directeur général et le directeur des soins sont choisis par l'institution, par son conseil d'administration.

Jean de KERVASDOUÉ Ancien directeur des hôpitaux, professeur titulaire de chaire au Conservatoire national des arts et métiers, directeur de l'école Pasteur/Cnam de santé publique

Des médecins chefs d'établissement ?

La situation est assez tranchée. Dans certains pays, la fonction de chef d'établissement n'est quasiment jamais exercée par un médecin, alors que dans d'autres elle le sera presque toujours. Dans tous les cas, il est assez commun que les directeurs médicaux soient représentés au conseil et qu'ils soient les responsables des pôles ou des services. Dans certains cas, un médecin fait partie du triumvirat composé également du directeur des soins et du chef d'établissement. Le Danemark est l'un des rares pays où existe une volonté explicite d'accroître l'implication des médecins dans des rôles de leadership. Il existe des directeurs médicaux dans les *boards* de tous les hôpitaux, et les départements cliniques doivent tous avoir pour leader un praticien. Ils sont aidés à prendre ces rôles de leadership par des formations obligatoires de niveau postdoctoral fondées par la démonstration de compétences de base dans sept rôles (dérivé de l'approche CanMEDS développée au Canada). La formation inclut un cours de leadership de dix jours. Dans les autres pays nordiques, le rôle traditionnel dominant des médecins a été affaibli du fait de réformes qui ont renforcé le rôle des gestionnaire et remis en cause l'autonomie professionnelle des médecins. Les Pays-Bas ont une approche plus systématique avec l'adoption récente du cadre CanMEDS. Dans les pays cités, la formation n'est jamais présente au niveau des études médicales, mais il existe dans tous des formations possibles en cours de carrière, fournies par des universités, des associations médicales et autres intervenants.

À la question : **les chefs d'établissement sont-ils médecins ?**, le Royaume-Uni répond : « *Très peu* » ; le Danemark : « *La majorité ne le sont pas, un sur dix seulement* » ; la Suède : « *Occasionnellement* » ; la Finlande : « *Un sur vingt* » ; la Norvège : « *Entre un et deux sur quatre* » ; les Pays-Bas : « *Ils peuvent l'être mais en général ils ne le sont pas* » ; l'Allemagne : « *Dans les hôpitaux lucratifs, ils sont généralement de formation financière et managériale ; dans les hôpitaux publics, sans but lucratif et universitaires, cela varie.* »

À la question : **les directeurs médicaux siègent-ils au board ?**, le Royaume-Uni répond : « *Oui* » ; le Danemark : « *Oui, c'est l'un des trois, mais il n'est pas dans le board politique* » ; la Suède, la Finlande et la Norvège : « *Oui, il fait partie de l'équipe de direction mais il n'a pas d'activité médicale* » ; les Pays-Bas : « *Le directeur médical fait partie des deux ou trois membres du board* » ; en Allemagne : « *Pas dans le secteur lucratif, oui dans les autres.* »

La situation typique en Europe centrale et orientale est que le chef d'établissement est un médecin. La Lituanie, par exemple, a développé son association autour des médecins chef d'établissement.

Une étude récente du NHS Institute montre qu'en Angleterre, seulement 3 % des chefs d'établissements ont une formation médicale. Elle estime également qu'il n'y a pas d'influence en termes d'indicateurs de qualité à avoir ou non un médecin à la tête de l'hôpital. En revanche, elle montre que plus l'hôpital a une politique d'implication des médecins dans les fonctions de management et de leadership, meilleurs sont ses résultats.

Évolution de l'environnement ayant un impact sur le métier de directeur d'hôpital

Analyse de l'environnement

L'environnement de l'hôpital change en permanence. Il n'a jamais cessé d'évoluer et le métier de DH s'est sans arrêt adapté. Les changements s'accélèrent et il est nécessaire de discerner les tendances de l'environnement hospitalier qui vont marquer les deux décennies à venir et influer sur le métier de directeur.

Nous pouvons les appréhender sous deux angles :

- l'évolution des forces qui composent le système de santé,
- les changements du contexte managérial.

Neuf forces principales font évoluer en elles-mêmes et par leurs interactions le système de santé.

Le vieillissement de la population va avoir une incidence considérable sur le système de santé. Il va augmenter le besoin de soins, va conduire à innover dans les modes de prise en charge pour éviter l'engorgement du système, va nous interpeller dans nos valeurs humaines et nos savoir-faire. Le directeur de l'hôpital, manager de plateaux techniques aigus, intégrera de nouvelles dimensions de chronicité, de relations avec la médecine de ville, d'action en réseau : la part des établissements médico-sociaux va croître, les plateaux techniques se concentrer. Le corps et le métier en sortiront changés.

Le directeur deviendra aussi « directeur gériatre », à sa façon.

La qualité va poursuivre son irrésistible ascension. Elle va s'élargir en termes de champs et s'approfondir en termes de contenu. La certification concerne de plus en plus le directeur et le management devient tour à tour acteur et objet de l'amélioration continue de la qualité. Le directeur devient en partie un « directeur qualiticien ».

Le territoire comme champ d'action du directeur d'hôpital, comme échelon d'organisation des soins, prend de l'importance.

Le champ traditionnel du directeur était en premier lieu l'hôpital. La dimension locale était primordiale. L'hôpital était d'abord un hôpital municipal. Les affaires « intérieures » étaient et sont toujours extraordinairement prenantes et l'on peut s'y perdre. Les affaires « extérieures » deviennent stratégiques et mobilisent davantage d'énergie et d'outils.

Les communautés hospitalières de territoire (CHT), véritables groupes hospitaliers territoriaux, vont bouleverser l'exercice du métier en renforçant le besoin en compétences stratégiques et relationnelles, en territorialisant des compétences techniques.

> **Pour relever les défis futurs, il y aura toujours besoin de directeurs d'hôpital avec une formation de haut niveau. Sur ce point, l'ouverture à des candidats contractuels risque d'avoir une portée très limitée en raison de la complexité du métier.**
>
> **Xavier MARTINIAULT** Responsable formation Hôpital Plus, EHESP

Apparaît progressivement le directeur territorial, le manager environnemental.

La santé publique sort progressivement du champ des experts pour devenir une préoccupation large et citoyenne. Notre système de santé, jusqu'ici très centré sur le curatif, prend de plus en plus en considération les dimensions de santé publique.

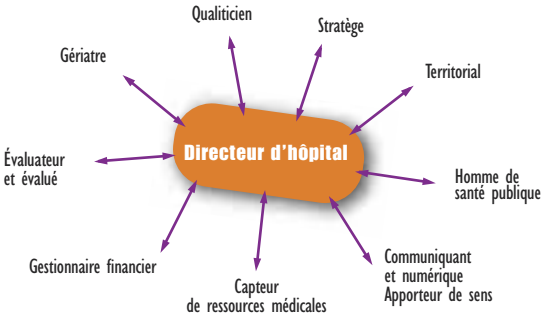
L'épidémiologie, les parcours de soins, la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique deviennent des sujets d'études, des enjeux d'organisation et de financement.

Le directeur, gestionnaire de plateaux techniques aux coûts très élevés devient aussi un homme de santé publique.

La démographie médicale va connaître une crise majeure et durable.

Sur les **208 000 médecins actifs** exerçant en France, 100 000 sont des généralistes, 108 000 sont des spécialistes dont 40 % exercent à l'hôpital. Ils sont les moteurs de l'activité et l'évolution démographique de cette profession va se détériorer fortement jusqu'en 2020 pour remonter ensuite et atteindre le niveau actuel en 2030.

Changements environnementaux principaux



Si l'on fait le pari du maintien d'un système de protection sociale solidaire (mais ce peut être le cas sous une autre forme dans un environnement « ouvert »), le manager hospitalier sera la femme ou l'homme « à l'aise » dans la gestion d'institutions régulées. Paradoxalement en apparence, la contrainte peut amener à découvrir de nouveaux horizons, à renforcer l'innovation et la créativité.

Le manager de 2020 sera, dans ce cadre, comptable au sens fort du terme de la prise en charge d'une population en difficulté de santé et non plus de la production de la seule activité de soins. La maîtrise de l'information et plus particulièrement des systèmes d'information en santé sera essentielle.

Ce manager, bilingue, cherchera une amélioration continue de ses connaissances en étant ouvert à l'international et il évoluera au sein d'équipes interdisciplinaires.

Roland OLLIVIER Directeur de l'Institut du management, EHESP

> **Dans dix ans, aucun hôpital ne pourra ne pas avoir fait sa conversion au développement durable. Cela signifie une révolution en termes de management et d'organisation, avec une énorme capacité à dialoguer et à coconstruire politiques et actions publiques de santé, mais aussi toutes formes de partenariats publics/privés (économie sociale solidaire, etc.). Le meilleur profil sera celui d'un homme ou d'une femme ayant une grande expérience du pilotage de politiques publiques et une forte légitimité du fait de sa connaissance, au-delà des outils de gestion modernes, de l'usager, du citoyen et de la démocratie.**
>
> **Christian GATARD** Secrétaire général du CH-FO

Rapport d'enquête
Tendances d'évolution de l'environnement professionnel

Enquête nationale ADH, juillet 2010 – Base répondants

En tête des tendances d'évolutions citées, la dimension financière (très importante = **66 %**) et le management en réseau-coopération CHT (**65 %**), toutes catégories de répondants confondues, EDH y compris. L'appréciation de l'évolution de la dimension financière antagonise les répondants, **53 %** la jugeant positive, **45 %** négative. Étonnamment, ces divisions se retrouvent dans le rapport à la concurrence avec le privé, jugée importante par **45 %** des sondés, plutôt positive par **46 %**, plutôt négative par **51 %**. L'augmentation de la gestion en réseaux est plébiscitée à **95 %** en additionnant les valeurs « très positive » et « positive ». Le développement du management de pôle est considéré comme important par la moitié des répondants mais son impact est modéré, **17 %** estimant toutefois cette évolution assez négativement. À l'inverse, l'influence de l'expertise stratégique est l'évolution la plus soutenue (**45 %** « très positif »).

Les répondants sont très nombreux à citer d'autres facteurs évolutifs :

- l'évolution démographique, avec les départs massifs en retraite, et la pénurie accrue de certaines professions de santé ;
- l'évolution culturelle, la pression financière étant perçue comme dommageable pour le service public et l'exercice des directeurs, moins à même d'exercer leur rôle « d'acteurs de santé publique » ;
- l'évolution organisationnelle, impulsée par « l'aménagement du territoire hospitalier » et la montée en charge des directions communes ;
- l'évolution tutélaire, avec le poids des directeurs des agences régionales de santé dans les prises de décision, et la régression associée de l'autonomie des directeurs, dont plusieurs sondés craignent la « disparition ».

La ressource médicale sera donc encore plus stratégique, cruciale pour de nombreux établissements. Établissements privés commerciaux ou d'intérêt collectif et hôpitaux publics vont se livrer une « guerre de recrutement », un *mercato* à grande échelle.

Le recrutement de médecins, l'intégration et la fidélisation de ceux-ci deviendront une dimension forte du métier de directeur.

La crise majeure du financement concerne largement les pays occidentaux. Croissance « molle » et incertaine, déficits, étatiques et sociaux élevés, endettement : toutes les conditions sont réunies pour que le manque de financement affecte les dix ou vingt années à venir. La concurrence entre besoins de financement (hôpital, dépendance, retraite…) et la concurrence entre établissements pour le chiffre d'affaires vont s'exacerber.

La maîtrise économique et financière, déjà largement présente dans le management hospitalier, va devenir une très ardente obligation, l'indicateur phare de la mesure de la performance des directeurs. Le directeur demeure « gestionnaire ».

Un dicton énonce que « **l'on ne manage bien que ce que l'on mesure** ».

Le système de santé est un peu « fâché » avec les chiffres et pourtant, l'hôpital apparaît à bien des égards comme performant par rapport à d'autres secteurs du système.

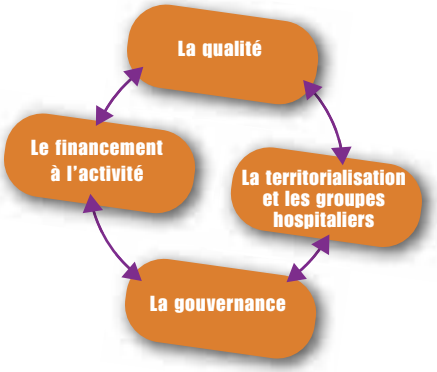
Des marges de progrès très importantes existent en matière de données relatives aux activités et à l'économie du système. L'information médico-économique a fait des progrès considérables, mais les approches analytiques restent parcellaires, le partage de l'information encore trop limité.

Étroitement liée à ces données et aux instruments de mesure, se développe **l'évaluation** des actions, des pratiques et des résultats.

Évaluer et être évalué deviendront des composants permanents du métier de directeur d'hôpital.

Le rythme **des réformes** s'est accéléré depuis dix ans. Les grandes lois jalonnent l'histoire hospitalière. Depuis 2005 et la mise en place de la nouvelle gouvernance, l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales, l'ensemble des organismes de régulation mettent en place des réformes de grande ampleur.

Ces réformes constituent un ensemble complet autour de quatre piliers fondamentaux :

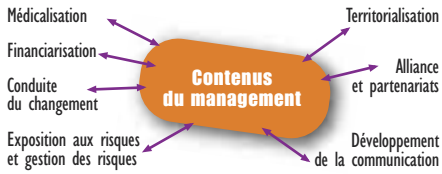


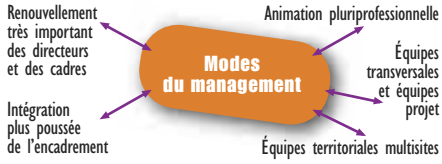
Avec la loi HPST, on assiste au transfert du management stratégique vers l'ARS avec le renforcement des responsabilités opérationnelles des directeurs d'hôpital sur la base d'objectifs qui ne sont pas toujours négociés ni réalisables. Le directeur doit souvent gérer les contradictions des politiques publiques. Ses capacités de réactivité et d'adaptation sont de plus en plus mobilisées.

Michel ROSENBLATT Secrétaire général du Syncass CFDT

La principale évolution des dernières années est l'exigence financière. L'équilibre financier n'est pas un objectif en soi mais un prérequis à l'atteinte des objectifs médicaux et sociaux de l'établissement.

Didier DELMOTTE Directeur général honoraire du CHU de Lille





Le directeur d'hôpital est aussi un « directeur réformateur » conduisant le changement. L'ensemble des pratiques professionnelles sont bouleversées par **la révolution numérique** qui concerne très directement le management hospitalier en générant de la productivité et en permettant des échanges professionnels constants, en réseau, avec une capacité d'animer et d'intégrer de manière très réactive un nombre croissant d'acteurs.

L'abondance de l'information peut parfois masquer le sens de l'action et le directeur d'hôpital devient de plus en plus un communiquant « apporteur de sens ».

À ces neuf changements environnementaux principaux s'ajoutent des évolutions propres au management qui concernent :

- le contexte du management
- les contenus du management,
- les modes de management,
- les dimensions individuelles des managers.

Ces évolutions peuvent être présentées par l'arborescence ci-contre.

Focus sur la mobilité

La loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique bénéficie à l'ensemble des fonctionnaires, y compris aux fonctionnaires hospitaliers. Le détachement devient la norme pour tous les corps et cadres d'emploi, même si des statuts particuliers prévoient le contraire et des fonctionnaires peuvent également intégrer directement un corps ou un cadre d'emploi.

L'administration ne peut, dans la majorité des cas, refuser un départ, moyennant toutefois des délais variables selon l'importance du poste, mais qui restent modérés.

En cas de restructuration d'une administration de l'État ou d'un établissement public administratif, le fonctionnaire bénéficie du régime indemnitaire le plus favorable pour lui, qu'il soit de sa structure d'origine ou d'accueil.

En cas de mobilité forcée, liée à une restructuration, le fonctionnaire se voit proposer un projet d'évolution personnelle avec, à la clé, des actions d'orientation, de formation, d'évaluation. et de validation des acquis.

Mais si, en phase de réorientation, un fonctionnaire refuse trois offres d'emploi public fermes et précises, correspondant à son grade et à son projet personnalisé, en tenant compte de sa situation de famille et de son lieu de résidence, l'administration peut mettre fin à sa réorientation.

Les acteurs de la fonction publique hospitalière, comme ceux des autres fonctions publiques vont connaître une mobilité qui ne sera pas toujours choisie, sachant qu'aujourd'hui moins de 5 % de directeurs d'hôpital parviennent à se faire admettre dans une autre fonction publique. Ainsi une dizaine de directeurs d'hôpital deviennent-ils, chaque année, juges administratifs.

Il est hautement souhaitable que chaque fonction publique « baisse la garde » et que les directeurs d'hôpital puissent devenir directeurs généraux des services d'une ville, sous-préfets ou chefs de service d'un ministère, ce qui reste encore exceptionnel.

Mais la réciprocité devra être réelle et il est impératif qu'un chef d'établissement ne récuse pas un colonel ou un administrateur civil qui viendrait à se présenter sur un poste d'adjoint, au motif qu'il ne sort pas de l'EHESP.

Ainsi, les textes permettent désormais une très large mobilité entre les fonctions publiques, même si dans les faits certaines administrations restent réticentes. Il faut donc que les collègues soient promoteurs et ne subissent pas la mobilité. En s'appuyant sur un projet professionnel qui fait sens, en étant curieux et ouverts, ils pourront accéder à de nouvelles fonctions dans les collectivités locales ou au sein de l'État.

Au-delà de la mobilité entre les fonctions publiques, les directeurs d'hôpital peuvent envisager d'autres horizons professionnels : mise à disposition, détachements, disponibilité… le statut offre de nombreuses possibilités. Les organisations non gouvernementales, les institutions internationales, le secteur privé…, l'éventail des possibles est immense.

Le métier de directeur va s'ouvrir à des profils différents, venant d'autres administrations ou du secteur privé, tandis que des directeurs d'hôpital vont « essaimer » à l'extérieur de la fonction publique. La loi du 5 juillet 2010 ouvre ainsi certains postes de chefs d'établissement à des non-fonctionnaires, sur la base de contrats à durée déterminée.

La fonction de directeur d'hôpital ne peut que s'enrichir de profils différents, qui apporteront des expériences extérieures, des points de comparaison et d'émulation venant de l'entreprise, et des compétences ne venant pas du vivier traditionnel de recrutement.

Les directeurs d'hôpital doivent envisager sereinement cette nouvelle « concurrence », car ils ont eux-mêmes beaucoup d'atouts à faire valoir à l'extérieur.

D'abord une connaissance et une compréhension unique du monde de la santé, de ses enjeux, de ses logiques propres, de ses rapports de forces. Les activités économiques autour de la santé étant appelées à se développer, cette connaissance sera recherchée, tant le monde de la santé paraît opaque et compliqué vu de l'extérieur.

Ensuite, des compétences à la fois stratégiques et opérationnelles, suffisamment généralistes pour ne pas s'enfermer dans une fonction technique, qui permettent d'accéder à des fonctions de management ou de direction générale.

Enfin, des talents de conduite de projet, plutôt de manière participative et moins *top down* ou hiérarchique que dans d'autres environnements de management – organisation de l'hôpital oblige – qui correspondent bien aux nouvelles attentes des administrations et des entreprises. Gérer des équipes pluridisciplinaires et pluriculturelles ne fait pas peur au directeur d'hôpital.

Les directeurs d'hôpital sauront faire valoir ces atouts s'ils sont capables de renoncer à la « diabolisation » encore présente parfois envers le secteur privé ou « commercial ». Hors de l'hôpital existent aussi une éthique de management et des valeurs d'entreprise très fortes. Certaines sont communes avec celles de l'hôpital : l'appartenance à une équipe, ou le sens de la mission, par exemple… D'autres valeurs sont parfois plus présentes qu'à l'hôpital, autour des notions de performance, à la fois individuelle et collective, ou d'engagement des équipes sur un objectif partagé, permettent d'aligner toutes les ressources de l'entreprise derrière une vision et une stratégie partagée… L'hôpital, comme l'ensemble du service public, pourrait y trouver quelques outils et des méthodes nouvelles.

Pour pouvoir répondre aux enjeux de l'hôpital, à sa modernisation et à son développement, il faut des équipes de management ouvertes, curieuses, prêtes à essayer des choses nouvelles… Cela repose notamment sur des directeurs d'hôpital prêts à multiplier et diversifier les expériences professionnelles, prendre des risques, y compris en terme de carrière…

Cela peut faire peur mais permet de construire une expérience différente et apporte beaucoup de satisfaction. Le métier de directeur d'hôpital a besoin de profils différents, d'expériences variées qui vont collectivement enrichir le corps. Les textes permettent aujourd'hui plus facilement ces échanges. Il faut s'en saisir.

Rapport d'enquête
La mobilité des directeurs

Enquête nationale ADH, juillet 2010 – Base répondants

Concernant la mobilité, les directeurs y sont très favorables, **73 %** se déclarant prêts à s'investir dans une autre fonction publique, **75 %** dans un établissement PSPH. Les avis sont tranchés (**64 %** de non) en défaveur d'une mobilité dans une clinique privée. Une part de sans-opinion à l'égard de la mobilité en général se stabilise autour de **10 %**.

Ces scores sont fortement influencés par l'âge des répondants : plus les directeurs sont en début de carrière plus ils sont enclins (**87 %** de oui) à une ouverture vers d'autres secteurs, hors ES à but lucratif ; les tranches 45/55 ans n'y sont favorables en moyenne qu'à **65 %** – ce qui demeure une tendance positive. Les opinions sont corrélées quel que soit le sexe. Pour les EDH, on note un différentiel de perception : **32 %** de la promotion entrante serait disposée à exercer dans le privé contre seulement **14 %** de la promotion en stage long actuellement. Les expériences en établissements PSPH ou dans d'autres administrations sont en revanche plébiscitées par une écrasante majorité.

Les dimensions fondamentales du métier

La recherche de l'excellence dans un univers contraint

L'année 1948 voit l'inscription de la santé dans la résolution de l'assemblée générale des Nations unies et marque sa véritable émergence comme enjeu de société.

Les États se voient confier une nouvelle responsabilité qui doit être entendue dans un sens élargi. En France, elle se traduit par la mise en place d'un dispositif de service public conséquent. L'hôpital étant souvent perçu comme le symbole même de ce « service public à la française ».

Par conséquent, la santé devient un droit pour chaque citoyen. Elle imprègne le quotidien de chaque directeur d'hôpital qui est perçu comme un manager évoluant dans le champ de la santé. Ainsi, il est au service de la prise en charge optimale de la population située sur le périmètre du territoire de santé dans lequel s'inscrit son établissement. Au quotidien, le travail de chaque directeur d'hôpital est le reflet de son intérêt et de sa sensibilité pour les problématiques sociales et de santé.

Aussi, l'action du directeur d'hôpital s'inscrit au sein même d'une politique de santé publique. Il décline une politique de santé sur un territoire donné dans le cadre de la politique régionale menée par les directeurs généraux de l'ARS. Reflet des réformes récentes, à l'instar de la mise en place des programmes régionaux de santé, les connaissances en santé publique sont vouées à prendre une place de plus en plus centrale au sein de la formation des directeurs d'hôpitaux (initiale comme continue).

Le monde hospitalier, reflet de la diversité des professionnels de santé qui exercent en son sein, est par essence un univers multidisciplinaire. La variété des métiers présents au sein des hôpitaux en fait à la fois toute la complexité de sa gestion mais aussi son intérêt. La maîtrise de cet environnement, si elle est source de gain de légitimité pour les directeurs d'hôpital, notamment vis-à-vis du monde médical, ne peut se faire sans une démarche de concertation. En effet, l'essentiel réside dans le développement de liens de confiance.

Une des missions de l'hôpital est de se centrer sur la qualité de service rendu à l'usager, qualité dont le directeur d'hôpital devient le garant (en partenariat avec le président de la CME). Inscrivant son travail au cœur de problématiques de service public, celui-ci est un acteur de santé à part entière. Suite aux réformes récentes, le cœur de son métier est appelé à renforcer une dimension axée sur le soin. En

> **La loi HPST a plus lié responsabilités et prise de décision. Ce qu'on attend du directeur : du courage, une vision stratégique, une capacité de mobilisation des équipes, un sens managérial aigu, une capacité d'adaptation.**
>
> **Philippe BLUA** Président du SMPS

effet, avec le développement de coopérations favorisées par la loi HPST, l'hôpital ne se contente pas de produire une unique activité de soins mais bien de prendre en charge la santé d'une population perçue dans son intégralité.

Deux challenges à relever

La stratégie, fer de lance du métier

La stratégie représente le cœur de métier du directeur d'hôpital. Si les managers hospitaliers se sont initialement positionnés sur un métier de bâtisseur depuis une dizaine d'années, le passage à un métier de gestionnaire axé sur une dimension stratégique essentielle a été consommé.

Dans tous les cas, la stratégie choisie doit faire l'objet d'un message clair véhiculé par une communication adaptée. Être un véritable stratège demande le développement de savoirs faire et qualités particulières. Ainsi, afin de pouvoir développer une réelle pédagogie sur les enjeux et évolutions de son établissement, le directeur d'hôpital doit savoir prendre du recul par rapport à l'actualité. Pour être véritablement visionnaire, il faut arriver à se détacher des urgences et de la pression du quotidien pour inscrire son action ainsi que ses décisions sur le long terme. Cela reste un exercice souvent très difficile à l'hôpital, véritable « ruche » fonctionnant 24 h/24.

Dès lors, afin d'éviter de prendre des décisions au fil de l'eau sans cohérence d'ensemble, un rappel constant des données stratégiques de l'hôpital est nécessaire. En outre, il s'agit pour le directeur d'hôpital d'être à même de dégager les grandes lignes d'évolution pour son établissement dans le futur afin de pouvoir garder une certaine cohérence stratégique face à un environnement changeant. L'usage de l'innovation et la créativité peuvent permettre de modifier favorablement l'impact des différentes réformes. L'anticipation continue du changement peut servir à adapter les orientations stratégiques de l'établissement contenues au sein du projet d'établissement, et ce afin d'obtenir le résultat le plus favorable possible à celui-ci.

En termes de positionnement par rapport aux professionnels et aux instances internes à la structure hospitalière, les choix à réaliser peuvent se révéler délicats. Ici, la stratégie ne peut s'élaborer sans une part importante de négociation. À titre d'exemple, la création des pôles a été interprétée comme un renforcement de l'aspect stratégique du métier de directeur d'hôpital au profit du pilotage et de l'évaluation mais aux dépens de l'organisation des soins en tant que telle. On observe donc bien un renforcement de la partie « stratégie » du métier de directeur d'hôpital, mais celle-ci ne peut se faire sans une délégation accrue dans d'autres domaines.

En termes de gouvernance territoriale, le directeur d'hôpital doit user de la stratégie pour se positionner sur un territoire. Il s'agit ici de développer ce qui peut être considéré comme un véritable leadership territorial pour l'établissement tout en acceptant d'être parfois un partenaire minoritaire dans les relations avec les autres acteurs de santé. Celui-ci doit ensuite être articulé avec les éventuels positionnements stratégiques des différents partenaires issus des coopérations existantes sur les territoires de santé. Le directeur d'hôpital doit trouver dans la négociation un juste équilibre entre la valorisation stratégique de son établissement et l'adhésion à un projet de groupe qui devra se traduire par une déclinaison d'une politique commune au territoire de soins.

La gestion opérationnelle : ciment des institutions

Le métier de directeur d'hôpital reste un métier de terrain. Le quotidien du manager d'un service public de santé est bien sûr immédiatement opérationnel et en phase avec les responsabilités élevées qu'il doit assumer en matière de gestion. Une maîtrise des enjeux techniques est dès lors à acquérir pendant sa formation car elle va se traduire concrètement, une fois la prise de poste effectuée, en termes de crédibilité.

Ainsi, le directeur d'hôpital est d'abord un gestionnaire de projet dont il définit la gouvernance puis en assure la conduite (ou peut la déléguer à des directeurs adjoints dans le cas des chefs d'établissement). La complexité et la diversité des fonctions assumées rendent indispensable et incontournable l'équipe de direction qui assume bon nombre d'activités définies dans les textes comme devant être assurées par le « directeur ».

En amont, le directeur analyse les éventuels facteurs de risque afin de prévenir les échecs et d'éviter les points d'achoppement qui pourraient naître dès le lancement du projet. Le but ici est de créer les conditions favorables à la production d'une situation de changement. En aval, ces projets, une fois achevés, sont l'occasion de faire le point sur les avantages et inconvénients des modes de pilotage choisis. Ces éléments permettent de prendre le recul nécessaire pour acquérir de véritables gains d'efficience et d'efficacité.

Trois conditions de réussite

Manager pour organiser

L'organisation est une fonction centrale pour le directeur d'hôpital qu'il s'agit de ne pas négliger. En effet, qu'il soit chef d'établissement ou en situation de l'épauler pour les directeurs adjoints, l'organisation apparaît comme une tâche bien distincte des fonctions stratégiques ou opérationnelles. En organisant son établissement en fonction des objectifs qui lui sont assignés, le directeur d'hôpital vise avant tout à créer les synergies internes nécessaires à l'aboutissement des projets et des démarches de changement et d'adaptation.

Chaque projet requiert un processus d'identification des enjeux qui lui sont propres. En fonction des finalités identifiées, le directeur d'hôpital doit prendre en compte de nombreuses dimensions telles que les ressources humaines en adaptant la composition d'un groupe de travail dédié à la problématique, en choisissant des structures de pilotage adaptées ou en revoyant un calendrier à l'aune de l'apparition d'éléments nouveaux. L'organisation doit ainsi d'abord être au service de la stratégie et ne pas être perçue comme concurrente : le directeur d'hôpital animera son équipe et recadrera le projet en fonction de la stratégie définie.

Dès lors, il doit savoir moduler l'organisation pour l'adapter aux réalités du terrain et du projet à mener. L'organisation doit venir en appui d'une stratégie claire définie en amont. Le facteur organisationnel apparaît comme un outil dont il doit se saisir pleinement, afin d'en récolter tous les effets positifs potentiels. Ici encore le tandem directeur d'hôpital/président de CME est mis en lumière dès lors que ce dernier apporte souvent un éclairage médical aux projets conduits.

Développer des aptitudes relationnelles et un management coopératif

Loin de la caricature de l'administrateur relégué dans sa « tour d'ivoire », le directeur d'hôpital doit au contraire développer à la fois des qualités personnelles axées sur son aptitude relationnelle ainsi qu'un management de type coopératif.

En effet, celui-ci n'exerce pas le pouvoir en solitaire. Au contraire, il doit être ouvert. Ses relations de travail sont de plus marquées par la diversité des formations professionnelles de ses interlocuteurs. À titre d'exemple, la mise en place des pôles a demandé une double acculturation pour ses participants : chacun, médecin comme directeur, doit apprendre à appréhender des concepts et problématiques nouvelles. Le directeur d'hôpital doit chercher à s'appuyer sur les compétences de ses interlocuteurs afin d'arriver à la solution la plus optimale possible. La pluralité des ressources auxquelles il peut faire appel en fait également la richesse.

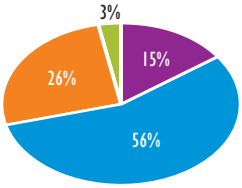
Par conséquent, le directeur d'hôpital doit savoir communiquer de la façon la plus pédagogique possible sur les objectifs qu'il cherche à obtenir. La communication devient un art au service de l'instauration de relations durables. Ainsi, deux types de relations peuvent être développés suivant que le directeur d'hôpital s'adresse en interne à ses équipes ou en externe à ses différents partenaires.

Rapport d'enquête
Niveaux de complexité dans l'exercice des missions

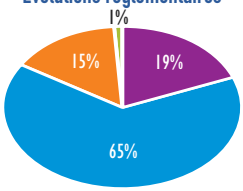
Enquête nationale ADH, juillet 2010

Interrogés sur plusieurs problématiques, les répondants jugent avant tout les « contraintes budgétaires » très complexes (**46 %** des réponses et même **89 %** si l'on additionne tous les indices positifs). On remarque une forte polarisation (**65 %** de complexe) autour des contraintes réglementaires. En revanche, les situations où entrent en jeu des interactions sociales et humaines (relations avec les partenaires, relations avec le corps médical, climat social) sont rationalisées puisque plus du tiers (**36 %**) des répondants jugent notamment ces deux derniers items peu ou pas complexes. Résultat quasi identique pour la gestion des risques. On note une divergence par rapport aux statistiques globales dans les croisements par fonctions : ainsi, **47 %** des DG de CHU jugent très complexes les relations avec les autorités de tutelle et les partenaires extérieurs. Les EDH soulignent également le poids des contraintes budgétaires en majorité considérées comme complexes, voire très complexes.

Relations avec les partenaires extérieurs et/ou tutelles

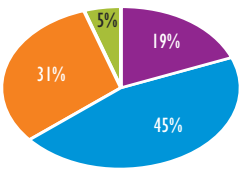


Évolutions réglementaires

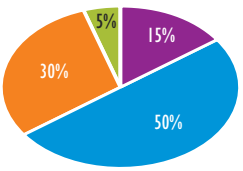


- Très complexe
- Complexe
- Peu complexe
- Pas complexe

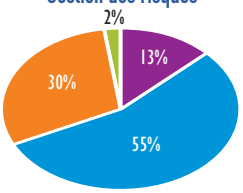
Climat social



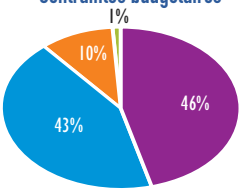
Relations avec le corps médical



Gestion des risques



Contraintes budgétaires



1 D'une part, au sein même de l'hôpital, le directeur d'hôpital doit savoir faire preuve de pédagogie sur les enjeux, les évolutions, l'environnement économique ou la gouvernance de l'établissement. Il s'agit ici de fédérer et convaincre ses interlocuteurs. Il ne doit donc pas hésiter à faire appel à ses qualités de diplomatie pour pouvoir exercer son métier dans un contexte parfois instable. Il doit aussi savoir négocier non seulement sur les conditions de mise en œuvre des orientations mais également sur la définition des objectifs. Il doit être à l'écoute des attentes formulées par ses partenaires. Enfin, il doit parfois les sensibiliser à des problématiques plus larges que celles touchant directement leur service ou pôle propres. La mise en œuvre par les acteurs locaux de la nouvelle gouvernance reste très instable, l'aptitude relationnelle développée par le directeur d'hôpital doit être orientée vers la protection de celle-ci. À la fois chef d'équipe et entraîneur, le directeur d'hôpital développe un leadership dont la caractéristique principale est d'être construit sur une démarche participative.

2 D'autre part, les réformes récentes ont accentué l'aspect « relations extérieures » des hôpitaux. Ainsi, la loi HPST, en incitant aux multiplications de partenariats entre structures et intervenants, rend à l'avenir incontournables les coopérations (interétablissements, avec les médecins libéraux, etc.) dans le quotidien des directeurs d'hôpitaux. La transformation des relations entre directeurs d'hôpital passe dès lors par une multiplication de leurs collaborations. Sur un même territoire de santé, les relations vont se faire plus fortes entre des opérateurs aux caractéristiques différentes. À l'avenir, le directeur d'hôpital pourra donc chercher à susciter, autour d'un même sujet, non seulement l'adhésion des équipes en interne mais aussi et de plus en plus celui des partenaires en externe.

Le directeur d'hôpital est amené à conduire la politique de son établissement en appuyant sur ses capacités relationnelles afin de développer un management véritablement participatif.

Manager pour et avec une équipe

Le management constitue un exercice collectif dans lequel la dimension contributive du groupe ne repose pas exclusivement sur une logique de sommation d'excellences individuelles. L'ensemble des acteurs de l'hôpital est concerné de près ou de loin par le management de l'institution. L'univers hospitalier n'échappe pas à cette règle générale de la réalisation d'une performance collective à différents niveaux, ayant pour socle l'implication individuelle de chacun, mais dont la réalisation doit être exécutée et évaluée à travers la performance globale et collective. À ce titre, le conseil de surveillance recentré sur la stratégie et les fonctions de contrôle constitue bien une expression de l'une des parties prenantes dans le fonctionnement de l'hôpital.

Le directoire

L'un des changements majeurs dans l'organisation du pilotage et le fonctionnement des établissements publics de santé depuis le début des années 2000 repose sur la participation des médecins à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des décisions dans l'établissement. Cette implication directe favorise une médicalisation de la prise de décision, un copilotage de l'établissement et surtout une responsabilisation du corps médical axée autour de la stratégie et du management

hospitalier. Cette réalité est désormais devenue incontournable.

La pratique professionnelle du corps médical et des directeurs dans le champ du management et du pilotage de l'établissement a considérablement évolué. Le conseil exécutif, devenu le directoire, constitue à la fois un instrument illustrant ces changements et le lieu où les transactions professionnelles au sens managérial se réalisent. Sur le plan du corps de directeurs d'hôpital, cette réforme positionne le directeur chef d'établissement, dans un exercice professionnel particulier doté de responsabilités spécifiques.

L'équipe de direction

La transformation du logiciel de pilotage et de gouvernance de l'hôpital a des répercussions durables sur la place de chacun. Le passage du conseil d'administration en conseil de surveillance et l'avènement d'une médicalisation du pilotage de l'établissement contribuent à modifier le rôle et le fonctionnement des équipes de directions. Le positionnement nouveau du directeur en tant que président du directoire et l'avènement du président de la CME en tant que vice-président de droit du directoire participent directement à cette modification. L'articulation entre le directoire et l'équipe de direction peut être traduite schématiquement dans la répartition des trois fonctions constituant le management hospitalier. La stratégie, la gestion opérationnelle et la transversalité procèdent pour chacune d'entre elles d'un niveau de conception, de définition, de pilotage, de mise en œuvre et d'évaluation. Il est clair que le directoire couvrira une grande partie du champ de la définition et de la conception et également de l'évaluation. Les fonctions de pilotage de mise en œuvre et, pour partie, de l'évaluation devront sûrement ressortir plus directement de la compétence de l'équipe de direction.

Les pôles d'activité

Les pôles d'activité constituent la troisième illustration des changements profonds intervenus dans l'organisation des établissements publics de santé. Les fonctions de chef de pôle, la création d'un staff conduisant la politique définie par le pôle dans le cadre du contrat sont devenus aujourd'hui incontournables. Il nous reste collectivement à réussir la phase essentielle, sans laquelle cette réforme très intéressante et fondamentale pourrait rester lettre morte : la délégation de gestion.

Les fiches-fonctions métier

page 46 **Famille chef d'établissement**
Directeur général, directeur, directeur général adjoint, directeur délégué

page 48 **Famille nouvelle gouvernance**
Directeur de pôle, directeur de site, directeur de la contractualisation interne

page 50 **Famille ressources humaines**
Directeur des ressources humaines,
directeur des affaires médicales, directeur de la formation

page 52 **Famille finances**
Directeur des affaires financières, du contrôle de gestion et de la facturation

page 54 **Famille stratégie et transversalités**
Directeur de la stratégie, des affaires générales, des réseaux et des coopérations, des affaires juridiques, de la communication, des relations internationales

page 56 **Famille achats et logistique**
Directeur des achats, directeur des marchés, directeur des services économiques

page 58 **Famille travaux**
Directeur des travaux, du patrimoine et des services techniques

page 60 **Famille relations avec les usagers**
Directeur des usagers, de la clientèle

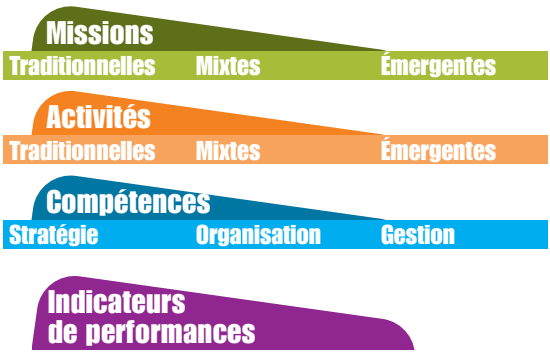
page 62 **Famille qualité**
Directeur de la qualité et de la gestion des risques et des vigilances

page 64 **Famille système d'information**
Directeur du système d'information (DSIO)

Chaque fiche comporte 4 sous-parties :

- **Missions** - apporte une distinction entre les fonctions : traditionnelles/mixtes/émergentes
- **Activités** - apporte une distinction entre les fonctions : traditionnelles/mixtes/émergentes
- **Compétences** - triées selon les 3 dimensions du management (stratégie/organisation/gestion opérationnelle)
- Indicateurs de performance

Codes couleur



Fonctions de : directeur général, directeur, directeur général adjoint, directeur délégué

Exercée par 22 % des membres du corps des directeurs d'hôpital, la fonction de chef d'établissement recouvre des missions et activités communes à l'ensemble de cette famille, ainsi que des spécificités selon la taille et les activités médicales de l'établissement.

La territorialisation de l'offre de soins et la coopération avec l'ensemble des acteurs publics et privés ont pris une importance accrue dans la stratégie des établissements, avec le développement de filières graduées et de nouvelles formes juridiques de coopération.

Les fonctions de directeur général adjoint dans les CHU, et de directeur délégué dans les CH où cette fonction existe, sont à géométrie variable selon le contenu de la délégation reçue et l'organisation de la direction générale, en particulier l'existence ou non d'un secrétaire général. Autonomes, ces directeurs font preuve des mêmes compétences que le directeur général, avec une dimension technique plus forte. Ils se positionnent en première ligne pour lui permettre de garder un potentiel d'arbitrage, et s'inscrivent dans quatre types de missions :

- double polyvalent du DG ;
- coordinateur de projets et de dossiers ;
- coordinateur de directions fonctionnelles ;
- coordinateur de directions opérationnelles (établissements).

Le coaching professionnel : un enrichissement du métier de directeur

Le terme de coaching, parce qu'il est polysémique et surutilisé actuellement, autant pour le sport que pour l'art ou dans la conduite de sa vie personnelle, mérite d'être reprécisé.

Il s'agit d'accompagner une personne dans sa vie professionnelle pour l'aider à progresser en tirant le meilleur parti de son potentiel et en la conduisant rapidement (en une dizaine de séances) vers l'autonomie. Cette démarche est fondée sur une coconstruction.

Deux règles sont pour ainsi dire « consubstantielles » au coaching : la confidentialité totale sur ce qui est dit et le volontariat de la personne coachée. Leur respect permet d'établir la confiance indispensable à la réussite de la relation.

Le directeur d'hôpital, dans la majorité des fonctions qu'il peut occuper, soit comme chef d'établissement, soit comme directeur adjoint responsable de sa propre équipe, a beaucoup à gagner soit comme « coaché », soit comme coach, soit les deux.

Le directeur qui se fait coaché analyse, grâce à une sorte « d'effet miroir », quelle est sa représentation de son rôle, apprend à cerner ses forces et ses faiblesses, se rassure sur ses capacités et apprend à mieux les mobiliser au service de son projet managérial. C'est l'esprit même du coaching que de provoquer, en douceur, une prise de conscience qui permet un changement de comportement.

Le directeur qui a la chance de bénéficier non seulement d'un coaching mais d'une formation de coach peut encore mieux appréhender les points communs entre le métier de coach et son rôle de responsable d'une équipe.

Dans un rôle comme dans l'autre, il faut à la fois être proche, ne pas trop rentrer dans l'aspect technique des problèmes, dire ce qu'on pense et ce qu'on a observé de façon claire et sans culpabilité avec le souci d'une vraie progression.

Le coaching, vécu comme coaché ou comme coach par un directeur, est une occasion unique de se (re)positionner autrement par rapport aux membres de sa propre équipe, pris dans leur ensemble ou individuellement.

Famille chef d'établissement

Missions

Traditionnelles
- Apport d'une vision stratégique et conduite de la politique générale de l'établissement
- Capacité à donner du sens et manager les équipes
- Représentation légale l'établissement
- Structure de l'organisation et du système d'information
- Choix des cadres en conduisant la politique générale de l'établissement
- Promotion de la reconnaissance mutuelle et création de la confiance

Mixtes
- Développement des coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales
- Impulsion d'une vision territorialisée de l'offre de soins
- Garantie de la performance globale de l'établissement

Émergentes
- Implication des responsables médicaux et soignants dans la définition et la conduite de la stratégie de l'établissement
- Définition de la politique qualité et garantie de sa mise en œuvre
- Promotion d'une culture financière et budgétaire liée à une analyse de l'activité
- Prise en compte des attentes des usagers, des tutelles, des personnels, des élus
- Conduite de la transformation de l'établissement

Activités

Traditionnelles
- Conception et mise en œuvre du projet d'établissement
- Pilotage de l'établissement
- Animation d'équipes
- Négociation et arbitrage
- Participation aux instances représentatives (CRSA, conférences de territoire…)
- Définition des organigrammes

Mixtes
- Mise en réseaux
- Délégation de gestion

Émergentes
- Coordination, communication interne et externe
- Relations avec les acteurs du territoire, l'ARS et les collectivités locales
- Évaluation des professionnels, activités et projets
- Mise en place des processus de décision

Compétences

Stratégiques
- Compréhension du système de santé et culture de santé publique
- Capacité à concevoir et à mettre en œuvre un projet d'établissement
- Connaissance de l'activité et des techniques médicales
- Capacité à agir sur l'environnement sanitaire, social et médico-social

Organisationnelles
- Maîtrise des principes de gestion financière, économique, technique et de ressources humaines
- Aptitude à l'innovation

Opérationnelles
- Managériales : capacité d'analyse, de synthèse, de décision et d'arbitrage, d'animation d'équipes, d'écoute, d'évaluation, de négociation et de gestion de crise
- Relationnelles : aptitude à la gestion de l'information, sens de la communication, savoir-faire relationnel

Indicateurs de performances

- Productivité et efficience
- Équilibre budgétaire
- Performance globale
- Réalisation des engagements du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens
- Qualité du dialogue social
- Observations et réserves de la HAS, comparaison à des référentiels (Anap, ENCC, etc.)
- Nombre de conventions de coopération passées

Il existe une interaction forte entre l'accompagnateur et l'(les) accompagné(s) qui amène le premier à progresser lui-même pendant ce parcours pourvu que le rôle de coach soit vécu avec humilité et volonté de bâtir une œuvre de réflexion commune. On aboutit bien ainsi à une double professionnalisation.

Le coaching n'est cependant pas le remède universel, il est très important d'en mesurer dès le départ les limites, un coaching n'est pas une thérapie. Il serait dangereux pour le coach comme pour le(s) coaché(s) que le premier joue à l'apprenti sorcier.

Le recours aux psychiatres et aux psychologues est un moyen différent et parfois nécessaire. Le coaching est complémentaire ; à chacun son métier.

Pour aller plus loin :
JADH n° 14
mars-avril 2008

Fonctions de :
directeur de pôle
directeur de site
directeur de la contractualisation interne

La réforme de la nouvelle gouvernance, initiée en 2005, a profondément modifié les relations entre direction et corps médical, et ainsi la fonction de directeur d'hôpital. Ces évolutions ont conduit à l'émergence de nouvelles fonctions, comme celles de directeur référent de pôle ou de directeur de la contractualisation interne. Elles ont révolutionné la fonction de directeur de site, pour laquelle l'articulation avec les chefs de pôle tient un rôle majeur, et conduit à des évolutions profondes de l'ensemble des directions fonctionnelles traditionnelles.

Les directeurs référents de pôle à temps plein n'existent que dans les plus gros établissements, en particulier les CHU. Dans les centres hospitaliers, cette fonction est souvent assumée par les différents directeurs fonctionnels. Le directeur référent de pôle veille à incarner la direction au sein de son pôle, et non à se faire le porte-parole de son pôle auprès des directions fonctionnelles.

L'approfondissement de la délégation de gestion aux pôles, les responsabilités accrues des chefs de pôle, le recrutement de cadres administratifs de pôle et le développement d'outils de gestion performants confortent l'importance de cette fonction.

Pour les directeurs de site, le contenu de la fonction est fortement variable selon trois éléments : la nature juridique de l'établissement, le degré de centralisation/décentralisation de l'établissement (délégation budgétaire et autorisation d'engagement de dépenses) et, enfin, la taille et l'organisation géographique du site.

Le directeur d'hôpital dans les textes

Seule la fonction de chef d'établissement est définie par un texte réglementaire : l'article L. 6143-7 du code de la santé publique attribue au directeur une compétence générale dans la conduite de son établissement, renforcée par la loi HPST.

Le décret du 2 août 2005 portant sur le statut particulier des DH indique que les directeurs adjoints exercent leur responsabilité dans le cadre des délégations fixées par le chef d'établissement.

En conséquence, les attributions des directeurs adjoints sont très variables dans le temps et selon les établissements, en fonction de l'organigramme de direction. Ainsi, on observe le développement de responsabilités mixtes (staff et online) avec, pour 53 % des DA (enquête nationale ADH) la combinaison d'une direction fonctionnelle et d'une direction de pôle ou de site.

Famille nouvelle gouvernance

Missions

Traditionnelles

Mixtes

- Promotion d'une culture financière et budgétaire liée à une analyse de l'activité
- Élaboration des contrats de pôle et conduite du dialogue de gestion
- Accompagnement et conseil du chef et de l'encadrement du pôle

Émergentes

- Cohérence institutionnelle, unicité et autorité de la direction
- Coordination avec les directions fonctionnelles
- Présence opérationnelle au plus près des soins
- Régulation des services selon le principe de subsidiarité

Activités

Traditionnelles

Mixtes

- Contractualisation entre les pôles et la direction
- Animation des instances de l'établissement ou du pôle

Émergentes

- Conduite ou accompagnement des projets organisationnels des pôles médicaux
- Relations externes selon taille, organisation et géographie du site
- Gestion des interfaces services/prestations logistiques
- Management des personnels administratifs du pôle/site
- Notation et évaluation des personnels et des cadres

Compétences

Stratégiques

- Reporting
- Innovation, en particulier organisationnelle

Organisationnelles

- Gestion de projet

Opérationnelles

- Polyvalence avec une dominante ressources humaines et comptabilité analytique
- Dialogue social

Indicateurs de performances

- Contenu et respect du contrat de pôle
- Atteinte des objectifs fixés par la direction générale

Fonctions de :
directeur des ressources humaines, directeur des affaires médicales, directeur de la formation

Dans un environnement incertain, où les personnels se trouvent souvent en quête de sens, le DRH a pour mission de fédérer les professionnels autour des valeurs de service public et d'une culture commune, moteur de leur engagement, en s'appuyant notamment sur un management de proximité (chefs et cadres du pôle).

Si la fonction de directeur des ressources humaines est parfois scindée entre direction des ressources humaines pour les personnels non médicaux et direction des affaires médicales pour le corps médical, elle tend à se structurer au sein d'une direction unique. Quand elles sont séparées, la direction des affaires médicales est fréquemment rattachée à la direction de la stratégie.

La fonction évolue avec la délégation aux pôles de compétences en matière de ressources humaines, qui place les DRH en position de responsabilité managériale partagée avec les chefs de pôle. Les DRH se trouvent également en situation de conseil et d'expertise auprès des chefs de pôle pour conduire leurs projets.

Le DRH a un rôle central en matière d'organisation du travail, en particulier pour la clarifier et améliorer sa performance, qu'il s'agisse d'accompagner les évolutions stratégiques de l'établissement ou de maîtriser la masse salariale, dans un contexte de contrainte financière forte.

L'articulation des champs de compétences du DRH et du directeur des soins doit être clairement définie dans la gestion des personnels, en application de la réglementation et, le cas échéant, par le contenu de la délégation fixée par le chef d'établissement au DRH.

La territorialisation de l'offre de soins, conjuguée aux problèmes de démographie médicale, oriente la fonction dans le sens d'une complémentarité accrue entre établissements de santé dans l'organisation médicale et donc dans la gestion des effectifs médicaux.

Famille ressources humaines

Missions

Traditionnelles
- Garantie du bon emploi des ressources humaines médicales et non médicales par rapport à la stratégie de l'établissement dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)
- Conduite d'un dialogue social de qualité
- Maîtrise des dépenses de personnel
- Contribution à l'évolution des organisations et des conditions du travail
- Animation de la définition et de la mise en œuvre du projet social
- Coordination des écoles de formation rattachées à l'établissement

Mixtes
- Aide au développement personnel
- Participation à l'élaboration et accompagnement de la mise en œuvre du projet médical
- Définition d'une stratégie de formation cohérente avec le projet d'établissement
- Définition et mise en œuvre des procédures de prévention des risques professionnels

Émergentes
- Développement de la performance des individus et des équipes
- Mise en place des indicateurs de performances
- Mise en œuvre de la délégation de gestion et du dialogue de gestion

Activités

Traditionnelles
- Pilotage de la politique des ressources humaines
- Gestion du recrutement
- Gestion de l'affectation des ressources
- Gestion des carrières et de la paie
- Préparation et suivi des instances (CME, CTE, CHSCT, CAP)
- Gestion du système d'évaluation
- Organisation du dialogue social et gestion des conflits
- Établissement et analyse du bilan social
- Élaboration du projet social
- Élaboration et mise en œuvre du plan de formation
- Participation à l'élaboration et au suivi du projet médical
- Gestion des gardes et astreintes

Mixtes
- Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
- Organisation de la veille sociale : questionnaires de satisfaction du personnel…

Émergentes

Compétences

Stratégiques
- Aptitude relationnelle forte
- Leadership
- Connaissance de la sociologie des organisations
- Gestion de la négociation sociale et des conflits
- Ingénierie pédagogique
- Culture et intérêt pour les techniques médicales et leurs évolutions

Organisationnelles
- Connaissance des statuts de la fonction publique hospitalière et des statuts médicaux
- Maîtrise des outils d'évaluation

Opérationnelles
- Maîtrise des démarches et outils de GPMC
- Gestion de projets

Indicateurs de performances
- Maîtrise des dépenses de personnel
- Recommandations et réserves de la HAS/référentiels GRH
- Taux de qualification (proportion AS/IDE, AS/ASH, soignants/non-soignants)
- Nombre de conflits sociaux pour motif local
- Nombre de recours relatifs à la gestion individuelle des carrières
- Indices de satisfaction du personnel (enquêtes de satisfaction)
- Taux d'absentéisme
- Nombre de mutations internes et externes annuelles/nombre d'agents

Fonctions de :
directeur des affaires financières, du contrôle de gestion et de la facturation

La fonction principale de la direction des finances est la gestion budgétaire de l'établissement. À ce titre, elle prépare l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et en assure le suivi. Elle est également chargée de la planification financière à moyen terme à travers le PGFP.

L'articulation entre les fonctions de DAF et de DIM est aujourd'hui une absolue nécessité. Elle peut aboutir à un lien hiérarchique entre le DAF et le DIM, ce dernier étant intégré à un pôle administratif.

Le développement des pôles médicaux et de la contractualisation interne, en particulier la délégation de gestion, fait évoluer la fonction de DAF vers une responsabilité managériale partagée avec les chefs de pôle et une gestion intégrée entre direction et pôles médicaux.

La fonction de DAF s'étend selon les cas à la gestion des systèmes d'information, ainsi qu'au contrôle et à l'analyse de gestion. Cette dernière fonction peut être structurée de manière indépendante de la DAF, soit autonome dans les établissements les plus importants, soit rattachée à une autre direction (par exemple à la direction de la stratégie).

Enfin, la fonction facturation est fréquemment rattachée à la DAF, surtout depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A).

Famille finances

Missions

Traditionnelles
- Garantie du respect de l'équilibre budgétaire
- Optimisation de la gestion de la dette et de la trésorerie
- Amélioration du recouvrement des frais de séjours

Mixtes
- Accompagnement du projet d'établissement au moyen d'une programmation financière pluriannuelle
- Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie financière
- Renforcement des outils de pilotage, en particulier par la mise en place du contrôle de gestion
- Analyse de la structure et de l'évolution des coûts

Émergentes
- Mise en œuvre de la délégation de gestion et du dialogue de gestion
- Développement du benchmarking

Activités

Traditionnelles
- Élaboration de l'EPRD et des décisions modificatives
- Suivi des dépenses engagées
- Programmation pluriannuelle du financement des investissements et du cycle d'exploitation
- Gestion active de la dette
- Gestion de la trésorerie
- Gestion de la fiscalité
- Gestion des procédures de facturation et du recouvrement des frais de séjour, en liaison avec le trésorier
- Négociation avec les financeurs

Mixtes
- Comptabilité analytique
- Mise en œuvre du PMSI, en liaison avec le DIM
- Mise en œuvre des réformes de la tarification

Émergentes
- Attribution des ressources aux pôles en fonction des prévisions d'activité et de la contractualisation interne
- Mise en œuvre et exploitation des tableaux de bord
- Analyse financière : étude du bilan, ratios financiers

Compétences

Stratégiques
- Contrôle de gestion et analyse financière
- Aptitudes relationnelles et négociation (interne et externe)

Organisationnelles
- Règles et procédures budgétaires
- Connaissance de la comptabilité analytique et du PMSI
- Connaissance des progiciels de gestion
- Connaissance des logiciels de facturation

Opérationnelles
- Rigueur
- Capacité de synthèse

Indicateurs de performances
- Équilibre budgétaire
- Ratios financiers/base nationale
- Production exhaustive de la comptabilité analytique
- Fiabilité des statistiques et des tableaux de bord
- Évolution du montant des créances irrécouvrables

Famille stratégie et transversalités

Fonctions de :
directeur de la stratégie, des affaires générales, des réseaux et des coopérations, des affaires juridiques, de la communication, des relations internationales

Cette famille de directeurs d'hôpital regroupe des fonctions transversales dont les modalités d'exercice peuvent fortement varier en fonction de la taille et des spécialités de l'établissement, mais également en fonction des choix d'organisation arrêtés par le directeur. Elles peuvent constituer un portefeuille unique, être pour partie exercées directement par le chef d'établissement ou attribuées à un ou plusieurs directeurs fonctionnels.

Elles se caractérisent par une vision transversale du directeur adjoint sur le fonctionnement de l'établissement, pour veiller tant à l'association des personnels et des instances à l'avancée des projets qu'au respect de la réglementation.

Ces fonctions évoluent avec l'articulation croissante entre direction et corps médical, ainsi qu'entre les différents acteurs d'un territoire, qui nécessite un responsable capable de coordonner et de fédérer.

Elles sont exercées en étroite collaboration avec le chef d'établissement.

Famille stratégie et transversalités

Missions

Traditionnelles
- Coordination, sous l'autorité du chef d'établissement, de la définition et de la mise en œuvre des orientations stratégiques
- Garantie de la sécurité juridique des différentes activités dans une optique préventive
- Structure de l'organisation juridique

Mixtes

Émergentes
- Développement des coopérations avec les différents acteurs du territoire
- Élaboration et mise en œuvre de la stratégie de communication interne et externe
- Organisation et conduite des projets de coopération internationale, en cohérence avec le projet d'établissement

Activités

Traditionnelles
- Coordination de l'élaboration du projet d'établissement
- Coordination de l'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens
- Mise en œuvre et suivi des actions prévues dans le projet d'établissement et dans la gestion
- Élaboration des dossiers d'autorisation

Mixtes

Émergentes
- Mise en œuvre des actions de coopération (réseaux, conventions, CHT)
- Définition des cadres juridiques des activités de coopération (SIH, GIP, GIE…)
- Organisation du traitement des plaintes et des recours
- Définition et mise en œuvre du plan de communication
- Développement et perfectionnement des outils de communication : revue professionnelle, Internet, intranet, messagerie…

Compétences

Stratégiques
- Connaissance de la méthodologie d'élaboration d'un projet d'établissement
- Aptitude relationnelle
- Sens de la négociation
- Capacité d'anticipation et d'innovation
- Rigueur
- Sens des relations publiques

Organisationnelles

Opérationnelles
- Connaissance des activités médicales et des pratiques professionnelles
- Solides connaissances juridiques
- Connaissance des modalités juridiques de coopération et de contractualisation
- Conduite de projets
- Capacités rédactionnelles
- Connaissance des médias, des techniques d'informations et de communication

Indicateurs de performances
- Mise en œuvre des actions du projet d'établissement et du CPOM
- Mise en œuvre du plan de communication et des projets de coopération territoriale et internationale
- Maîtrise des coûts et des délais par rapport aux estimations initiales
- Adhésions à des réseaux
- Conventions de coopération
- Évolution du nombre de plaintes et de contentieux
- Taux de sinistralité

Fonctions de :
directeur des achats,
directeur des marchés,
directeur des services économiques

Le contenu de la fonction de directeur achats et logistique évolue d'une fonction gestionnaire vers une fonction managériale avec le développement du rôle de l'acheteur au sein de l'établissement, non plus service support mais fonction intégrée à l'ensemble des processus, et l'appropriation par les directeurs d'outils et d'organisation performants (cartographie achats, *supply chain* management, matrice de maturité achat, etc.).

Le développement de la contractualisation interne (relations clients/fournisseurs) contribue à renforcer le positionnement transversal du directeur achats et logistique.

L'évolution du code des marchés publics conforte la fonction de coordination et de contrôle des marchés publics.

L'achat et la gestion des équipements biomédicaux nécessitent des compétences techniques spécifiques qui sont généralement détenues par les ingénieurs biomédicaux.

Famille stratégie et transversalités

Missions

Traditionnelles
- Achat et approvisionnement au meilleur rapport qualité/prix pour l'hôpital
- Garantie aux utilisateurs d'un service (délais et adéquation produit/usage) de qualité
- Contrôle de l'exécution budgétaire

Mixtes

Émergentes
- Définition des modes de gestion des fonctions logistiques (faire, faire faire, faire avec)
- Définition et mise en œuvre des coopérations achats et logistiques les plus performantes

Activités

Traditionnelles
- Définition et mise en œuvre de la politique d'achat et d'approvisionnement
- Organisation et gestion de la chaîne des approvisionnements et de la logistique

Mixtes

Émergentes
- Évaluation des besoins des utilisateurs
- Définition des procédures de commande
- Organisation et passation des marchés publics
- Contrôle des consommations
- Optimisation des délais de paiement des fournisseurs
- Gestion des stocks et des délais d'approvisionnement
- Gestion et évaluation des fonctions logistiques (restauration, blanchisserie, magasin, transports, nettoyage des locaux)
- Garantie du respect de leurs engagements par les prestataires

Compétences

Stratégiques
- Connaissance des organisations et outils d'achats et de logistique
- Aptitude à la négociation
- Comptabilité analytique

Organisationnelles

Opérationnelles
- Connaissance du code des marchés publics
- Gestion de projets
- Connaissance des activités médicales et des pratiques professionnelles
- Démarche qualité

Indicateurs de performances

- Indicateurs de performances
- Coût par unité d'œuvre/base nationale
- Maîtrise des dépenses d'hôtellerie
- Délais de rotation des stocks/base nationale
- Taux de satisfaction des utilisateurs : évolution du nombre de réclamations
- Nombre de réserves/recommandations de la HAS/référentiel Anap
- Nombre de contentieux liés aux marchés

Fonctions de :
directeur des travaux, des investissements, du patrimoine et des services techniques

La fonction du directeur des travaux s'accompagne généralement de la supervision des services techniques, dont la responsabilité directe peut être confiée à un ingénieur.

La fonction de directeur des travaux correspond essentiellement aux établissements dont le volume et la régularité des investissements justifient une maîtrise d'ouvrage professionnelle. Dans les autres situations peut apparaître une fonction de maître d'ouvrage temporaire lors de la réalisation d'un projet important.

La fonction peut également s'étendre à la gestion stratégique, en particulier la gestion des dossiers d'autorisation de capacité d'activités ou d'équipements lourds. Elle s'exerce alors en partenariat avec la direction des achats et la direction de la stratégie.

Les fonctions de directeur achats et logistique et de directeur des travaux peuvent être confiées à un directeur unique quand la taille de l'établissement et le volume des investissements s'y prêtent.

Famille travaux

Missions

Traditionnelles

- Réalisation du programme, des études et coordination des opérations d'investissement
- Aide par la qualité de l'organisation spatiale à la fonctionnalité des activités et à l'ergonomie du travail
- Anticipation et mise en œuvre des transformations à venir des bâtiments hospitaliers au regard du projet d'établissement et de la réglementation en vigueur
- Maintien de la qualité des infrastructures
- Garantie de l'efficacité et de la réactivité des services techniques
- Garantie du respect de leurs engagements par les prestataires

Mixtes

Émergentes

Activités

Traditionnelles

- Élaboration et mise en œuvre du plan directeur immobilier en cohérence avec le projet d'établissement
- Activités de maîtrise d'ouvrage :
  - réalisation d'études préalables et de programmes techniques détaillés
  - gestion des procédures de concours et d'appels d'offres de travaux
  - contrôle de la réalisation des travaux

Mixtes

- Contrôle de la conformité des équipements et installations

Émergentes

- Management des services techniques
- Élaboration et suivi du plan de travaux
- Mise en place de procédures participatives (utilisateurs, ergonomie…)

Compétences

Stratégiques

- Sens de la négociation (avec les utilisateurs et les prestataires de service)
- Maîtrise des interfaces investissement/exploitation

Organisationnelles

Opérationnelles

- Connaissance du code des marchés publics et de la loi MOP
- Connaissance des activités médicales et des pratiques professionnelles
- Gestion de projet

Indicateurs de performances

- Maîtrise des coûts et des délais des projets par rapport aux estimations initiales
- Respect du programme des travaux
- Respect de la légalité des procédures

Fonctions de :
directeur des usagers, directeur de clientèle

Le rôle croissant des usagers dans la gouvernance des hôpitaux, ainsi que l'attention portée au respect des droits des usagers renforcent cette fonction. En lien avec la démarche qualité, le directeur de la clientèle met en place un système de gestion des plaintes et réclamation réactif, et des lieux d'écoute des usagers.

Le développement de services et de lieux dédiés aux usagers, comme les maisons des usagers, ainsi que l'intégration des associations d'usagers figurent aujourd'hui parmi les missions essentielles de ce directeur.

Cette fonction peut faire l'objet d'une direction autonome dans les établissements les plus importants ou faire partie d'une direction plus large, par exemple :

- direction des affaires générales,
- direction des usagers et de la qualité,
- direction des finances.

Famille relations avec les usagers

Missions

Traditionnelles

Mixtes

Émergentes

- Amélioration de la qualité de l'accueil et des prestations offertes aux usagers
- Organisation et optimisation le circuit du patient
- Réduction des délais d'attente des usagers
- Gestion des plaintes et réclamations
- Mesure de la satisfaction des usagers

Activités

Traditionnelles

- Gestion des demandes d'accès au dossier patient

Mixtes

Émergentes

- Gestion des plaintes et des contentieux
- Animation de la commission des usagers
- Évaluation des questionnaires de sortie
- Organisation du parcours des usagers
- Interlocuteur privilégié des associations intervenant à l'hôpital

Compétences

Stratégiques

- Aptitudes relationnelles

Organisationnelles

Opérationnelles

- Gestion de projets
- Connaissance des procédures administratives concernant les usagers
- Connaissances juridiques (droit de la responsabilité médicale)

Indicateurs de performances

- Évolution du nombre de plaintes et de contentieux
- Évolution des délais d'attente des usagers
- Satisfaction des usagers

Fonctions de :
directeur de la qualité et de la gestion des risques et des vigilances

La fonction de directeur de la qualité et de la gestion des risques a connu un développement rapide. Les trois démarches de certification successives (V1 ; V2007 ou V2 ; V2010 ou V3) ont permis aux établissements d'adapter progressivement leur politique qualité aux exigences croissantes de la Haute Autorité de santé.

La fonction s'est développée avec le recrutement dans une majorité d'établissements de professionnels formés à la qualité, ayant éventuellement bénéficié d'une expérience dans un autre champ d'activité (industrie ou services).

Le président de la CME, ainsi que la communauté médicale d'établissement en tant que telle se sont vu attribuer un rôle accru en matière de qualité avec la loi HPST, qui se traduit par une articulation renforcée entre direction de la qualité et corps médical.

Missions

Traditionnelles

Mixtes

Émergentes

- Évaluation et amélioration de la qualité de l'ensemble des processus de l'établissement
- Impulsion et renforcement de la culture qualité et de la gestion des risques des personnels
- Définition et mise en œuvre d'une démarche qualité et d'une organisation de la gestion des risques
- Clarification et formalisation des organisations
- Définition et mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles

Activités

Traditionnelles

- Organisation de la gestion documentaire

Mixtes

Émergentes

- Coordination de la politique qualité
- Élaboration et mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité
- Coordination de la procédure de certification
- Sensibilisation des personnels à la qualité
- Coordination et appui des groupes qualité
- Mise en œuvre des outils d'amélioration et d'évaluation de la qualité
- Gestion des risques a priori et a posteriori
- Coordination des vigilances

Compétences

Stratégiques

- Aptitude relationnelle à l'animation et à la coordination de groupes
- Analyse de processus

Organisationnelles

Opérationnelles

- Management de la qualité
- Gestion de projets
- Connaissance des activités médicales et des pratiques professionnelles
- Méthodes et outils de la qualité et de la gestion des risques
- Rigueur
- Gestion documentaire

Indicateurs de performances

- Décisions de la HAS
- Services certifiés (ISO, etc.)
- Réalisation des actions prévues dans le programme d'action qualité et le programme de prévention des risques

Fonctions de :
Directeur du système d'information (DSIO)

En lien étroit et souvent intégré à la direction des finances, le directeur du système d'information doit assurer la performance des outils informatiques proposés aux personnels de l'établissement, ainsi qu'aux usagers et partenaires. Il veille particulièrement à la fiabilité et l'exhaustivité des informations à caractère médical et des données d'activité à destination du contrôle de gestion et du DIM.

Famille système d'information

Missions

Traditionnelles
- Mise en œuvre de la cohérence du système d'information, dans le cadre du projet d'établissement
- Garantie de la sécurité du système d'information
- Prévoir l'évolutivité des solutions informatiques

Mixtes
- Maîtriser les technologies, les investissements et les coûts d'exploitation
- Optimiser la communication de l'information sur les plans interne et externe

Émergentes

Activités

Traditionnelles
- Élaboration et suivi du schéma directeur du système d'information
- Mise à jour du parc informatique et des logiciels
- Animation du service informatique
- Garantie de la qualité et du fonctionnement des réseaux téléphoniques et informatiques

Mixtes
- Coordination de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets d'informatisation
- Évaluation de la satisfaction des utilisateurs

Émergentes
- Gestion du dossier patient en lien étroit avec le DIM
- Organisation de l'intervention des prestations informatiques

Compétences

Stratégiques
- Connaissance des nouvelles technologies de l'information et de la communication
- Intérêt pour les TIC

Organisationnelles

Opérationnelles
- Connaissance des progiciels et de l'architecture informatique
- Management des technologies de l'information et de la communication
- Aptitudes relationnelles

Indicateurs de performances
- Maîtrise des coûts et des délais des projets par rapport aux estimations initiales
- Taux de satisfaction des utilisateurs (enquêtes de satisfaction)
- Conformité aux principaux référentiels (Agence nationale d'appui à la performance [Anap], Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [Atih], Agence des systèmes d'information partagés de santé [Asip], etc.)

Les cinq engagements de l'ADH pour promouvoir le métier de directeur d'hôpital

1. Mieux faire connaître le métier et soutenir les directeurs qui l'exercent
2. Préserver l'accès à la profession par un concours rénové
3. Développer les compétences des directeurs d'hôpital
4. Promouvoir la recherche en management
5. Favoriser la parité et accompagner l'ouverture de la profession

1 Mieux faire connaître le métier et soutenir les directeurs qui l'exercent

Rendre plus visible le métier de directeur d'hôpital

La production d'un référentiel métier a été initiée par l'ADH en 2003.
Cette initiative a été reprise par les pouvoirs publics avec la publication, en novembre 2010, par le ministère de la Santé, d'un livre sur les trois référentiels métier de direction, dont celui de directeur d'hôpital.
Il convient de mieux faire connaître le métier, au-delà de la profession, en direction du grand public.
L'ADH a décidé de faire produire un film pour présenter le métier de directeur d'hôpital. Il sera largement diffusé à partir de mars 2011.

Soutenir les directeurs d'hôpital dans leur exercice professionnel

L'ADH promeut les liens de convivialité entre ses membres, quel que soit le type d'activité professionnelle exercé.
Elle rassemble, depuis plusieurs années, plus de 1 000 adhérents qui bénéficient de ses services (annuaire de la profession, revue bimestrielle, protection juridique, site Web…).
L'ADH contribue à la consolidation de l'esprit de corps des directeurs d'hôpital.
La profession est jeune et l'identité professionnelle, dans un contexte de profonds bouleversements des conditions d'exercice, doit continuer à être confortée.
L'ADH contribue ainsi au réseau professionnel de chaque directeur d'hôpital.
L'ADH défend et soutient, chaque fois que nécessaire, les directeurs en difficulté dans leur exercice professionnel.

2 Préserver l'accès à la profession par un concours rénové

Le concours doit rester le mode d'accès privilégié à la profession

L'ADH juge que le concours est la modalité la plus satisfaisante pour sélectionner les futurs directeurs d'hôpital. Cette modalité respecte le modèle républicain de méritocratie et de recherche de l'intérêt général. Le concours est le meilleur garant de l'égalité et de la diversité.

Le concours a besoin d'être rénové

Les épreuves n'ont pas changé depuis 1991 lors de l'apparition d'une épreuve de langue obligatoire. Le concours doit impérativement être modernisé pour diversifier les profils des postulants et mieux juger du potentiel des candidats au regard du métier.
L'ADH demande donc :

- la mise en place d'un entretien de motivation,
- la possibilité de remplacer certaines épreuves par une étude du dossier du candidat,
- la prise en compte de l'expérience des candidats dans une approche de type VAE pour les épreuves portant sur les matières techniques.

3 Développer les compétences des directeurs d'hôpital

La formation initiale doit être confortée

L'EHESP assure la formation initiale des futurs directeurs d'hôpitaux.
Elle a su faire évoluer la formation pour tenir compte des évolutions du métier.
L'EHESP doit rester l'unique opérateur de la formation des directeurs d'hôpitaux sans exception, qu'ils soient issus du cursus normal ou qu'ils soient contractuels.
L'ADH demande que la professionnalisation de la formation soit amplifiée (management, santé publique) avec une durée de formation plus courte.
La possibilité d'un double parcours de formation professionnelle et universitaire, si elle est proposée aux élèves, ne doit pas se faire au détriment de la dimension grande école de service public.
L'individualisation de la formation doit être accentuée avec le recours plus important aux modules.
L'ADH soutient pleinement le rôle de l'Institut du management au sein de l'EHESP.

La formation continue doit être systématisée

L'ADH demande que les formations d'adaptation à l'emploi soient systématiques pour la première chefferie d'établissement et pour une nouvelle direction fonctionnelle.
Elle propose qu'un diplôme universitaire en management soit un prérequis pour accéder aux chefferies les plus importantes.
Elle soutient le programme Hôpital Plus.

La professionnalisation de l'évaluation des directeurs d'hôpital est à poursuivre

L'ADH remet en question le support unique d'évaluation, non adapté à une évaluation professionnelle et qui ne prend pas en compte les différences liées aux postes occupés.
Elle demande la poursuite de la formation des évaluateurs et des évalués.
Elle propose de réaliser, en partenariat avec la Haute Autorité de santé, un programme d'EPP pour les managers.

4 Renforcer la recherche en management

L'ADH soutient la création d'une chaire de management en santé et participera à son financement.
L'ADH soutient depuis toujours la création d'un programme hospitalier de recherche en management, à l'instar de ce qui se fait pour la recherche médicale et la recherche en soins infirmiers.
La revue de l'Association (*JADH*) sera utilisée pour augmenter la publication d'articles sur le management hospitalier.

5 Faire avancer la parité et l'ouverture de la profession

Accompagner la parité

L'ADH a constitué un groupe de travail qui a permis une prise de conscience et une évolution des esprits dans la profession, sur le thème de la parité.
L'un des blocages emblématiques est le manque d'accès aux chefferies d'établissement. Aujourd'hui, seuls 16% des chefs d'établissement sont des femmes, alors que les directeurs en activité comptent 38% de femmes.
Le thème de la parité rejoint aussi les préoccupations des jeunes générations de directeurs qui souhaitent mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Poursuivre et confirmer l'ouverture de la profession

L'ADH encourage la diversification des parcours professionnels.
La récente loi sur la mobilité permet aux directeurs d'hôpital d'être détachés plus facilement dans les autres fonctions publiques.
Elle permet aussi d'accueillir des professionnels venant d'autres horizons.
L'ouverture à l'international ne doit pas être négligée.
L'ADH ne redoute pas l'ouverture du corps à des contractuels dans la mesure où ce dispositif, qui doit impérativement demeurer marginal et être soumis à évaluation, participe à la diversification de la profession.

Conclusion

Le métier de directeur d'hôpital apparaît de plus en plus complexe et exposé mais il offre des responsabilités élevées avec une très forte autonomie et de réelles opportunités d'action, sans doute plus marquées que dans d'autres corps de la fonction publique.

Les quatre compétences clés du directeur d'hôpital

Un stratège

Le directeur d'hôpital anticipe, prend des risques, fait des paris.

À partir d'une compréhension globale des enjeux, il élabore avec les professionnels de l'institution une vision de l'avenir matérialisée par un projet collectif lisible : le projet d'établissement et, au-delà de l'hôpital, le projet de territoire.

Au quotidien, au niveau de l'organisation ou dans son domaine d'intervention quand il exerce en tant qu'adjoint, il incarne cette vision globale et cherche à assurer la cohérence des décisions prises. Il veille à ajuster régulièrement les orientations stratégiques compte tenu de l'environnement instable du monde de la santé.

L'approche territoriale interne et externe à l'hôpital nécessite qu'il associe à cette vision anticipatrice des aptitudes fortes de négociateur, au-delà du dialogue social interne qu'il aura à cœur de conduire :

- négociation avec l'ARS pour le CPOM et, plus œuvre sur le territoire de santé des politiques nationale ou régionales ;
- négociation avec les différents partenaires du territoire de santé pour construire des stratégies de rapprochement, de mutualisation qui soient « gagnant/gagnant » pour mieux piloter les trajectoires patients à l'échelle du territoire ;
- négociation de contrats de pôle à l'intérieur de l'hôpital avec la mise en place de délégations de gestion.

Un leader

Le leadership est indispensable à la mobilisation de l'ensemble des professionnels de l'hôpital dans une dynamique collective.

Le directeur doit expliquer les enjeux, les objectifs, donner le sens des actions, argumenter, convaincre, susciter l'adhésion, entraîner, faire participer tous les professionnels de l'établissement. La pédagogie, le sens de la communication et aussi le charisme sont requis. Homme ou femme de synthèse, il décide, dans son domaine d'intervention ou à la tête de l'organisation, en s'efforçant de fédérer les parties prenantes du projet.

Le directeur d'hôpital doit être un bon orateur et être présent sur le terrain au contact des différentes équipes, afin de susciter un sentiment d'appartenance et une culture commune au service de l'hôpital et des patients qu'il accueille.

Un manager

Le directeur d'hôpital organise le fonctionnement d'une institution très complexe en raison de plusieurs facteurs :

- une haute densité intellectuelle et une forte indépendance professionnelle des acteurs, en particulier médecins et personnels paramédicaux ;
- une très forte concentration géographique des activités (image de la « ruche » hospitalière) ;
- une grande variété d'activités et de métiers (plus de 100 métiers pour un hôpital de taille moyenne).

Le directeur d'hôpital doit donc canaliser cette énergie à travers la conduite du projet d'établissement et aussi en définissant et en améliorant les organisations, y compris les organisations médicales.

L'animation du collectif, des équipes, doit être au service de la performance de l'ensemble de l'établissement. Le directeur d'hôpital a un rôle de médiateur et même d'intégrateur pour faire travailler ensemble des acteurs très différents.

Ses capacités d'évaluation sont aussi très sollicitées, ce qui nécessite une parfaite connaissance du milieu professionnel dans toutes ses composantes, ainsi que dans leur articulation : personnes, équipes, activités, projets.

L'objectif de ces évaluations est de conduire le changement de son organisation, au bénéfice des patients et des professionnels exerçant dans l'institution.

Un acteur du service public

Le directeur d'hôpital choisit son métier par passion au service d'une noble cause : la santé de ses concitoyens. Aussi agit-il par vocation. Pour promouvoir une vision de santé publique, qui constitue le fondement même de son exercice professionnel, il doit appréhender les connaissances scientifiques, techniques, épidémiologiques, sociétales qui déterminent les besoins en soins de chaque population selon son âge, sa démographie, etc., afin d'appliquer une politique de prévention, de soins et d'accompagnement optimale à sa population de référence. Cela suppose :

- une réactivité forte face aux réformes et plans initiés par la politique de santé nationale ;
- une capacité d'analyse des déterminants environnementaux et sociétaux ;
- un dialogue constant avec toutes les composantes de l'institution qu'il dirige, sans oublier ses très nombreux partenaires externes (médecine ambulatoire, associations d'usagers, élus…) ;
- un sens du lien social pour garantir une offre de soins de qualité, souvent de haute technologie, tout en pilotant l'un des derniers refuges d'accueil des misères sociales et humaines.

Il assure en effet la continuité de service d'une activité 24 h/24 et l'égal accès aux soins pour tous.

Ces compétences ne sont rien si elles ne sont pas accompagnées de qualités humaines, raison d'être de l'institution hospitalière. Comme pour chaque corps de métier de la communauté hospitalière, l'éthique, l'écoute, l'intégrité, le sang-froid et l'empathie fondent l'action et le sens du service rendu.

Remerciements

L'ADH souhaite remercier vivement les personnes
qui ont contribué à la réalisation du guide :

Groupe de travail

Chef de projet : **Pierre-Yves Gilet**, *élu national ADH, directeur du CH de Saint-Gaudens*
Florence Patenotte, *chargée de communication ADH*

Frédéric Boiron, *directeur, CH de Beauvais, vice-président ADH*
Dr Gilles Chauvin, *président de la CME, CH de Mont-de-Marsan, vice-président de la Conférence des présidents de CME de CH*
Christine Diebolt-Girier, *directrice hôpital Robert-Debré, AP-HP, membre fonctionnel ADH*
Pascal Garel, *secrétaire général HOPE, membre fonctionnel ADH*
Laurence Garo, *directrice CH de Ploërmel, élue nationale ADH*
Marion Goarin, *représentante EDH, promotion 2010-2012*
Pr Bernard Guillot, *président de la CME, CHU de Montpellier, membre de la Conférence nationale des présidents de CME de CHU*
Hubert Jaspard, *directeur général adjoint, CHU de Nantes*
Philippe Marin, *responsable filière EDH, EHESP*
Maxime Morin, *directeur, CH de Provins*
Christophe Philibert, *directeur du développement, Général Electric Healthcare*
Jeanne de Poulpiquet, *élève directeur d'hôpital, promotion 2009-2011*
Guillaume Pradalié, *directeur adjoint, CH de Saint-Egrève, membre fonctionnel ADH*
Nathalie Robin-Sanchez, *directrice adjointe, CHU de Nantes*
Fabien Verdier, *directeur adjoint, CHI de Poissy Saint-Germain*
Avec la participation de **Patrick Le Jeune,** *directeur général du Groupe Montaigne*

Personnes auditionnées

Christian Anastasy, *directeur général, Anap*
Philippe Blua, *président, SMPS*
Michel Crémadez, *professeur HEC*
Didier Delmotte, *directeur général honoraire, CHU de Lille*
Jean-Paul Dumond, *maître de conférences, responsable Hôpital Plus*
Dr Francis Fellinger, *président de la Conférence des présidents de CME de CH*
Pr Antoine Flahault, *directeur, EHESP*
Christian Gatard, *secrétaire général, CH- FO*
Pr Jean de Kervasdoué, *professeur, Cnam*
Xavier Martiniault, *responsable formation, Hôpital Plus*
Roland Ollivier, *directeur, Institut du management, EHESP*
Emanuelle Quillet, *sous-directrice DGOS, ministère de la Santé*
Michel Rosenblatt, *secrétaire général, Syncass-CFDT*
François-Xavier Schweyer, *enseignant chercheur EHESP*
Danielle Toupillier, *directrice générale, CNG*
Gérard Vincent, *délégué général FHF*

Le métier de Directeur d'hôpital

GUIDE

La profession de directeur d'hôpital a connu au cours des dix dernières années de profondes évolutions, tant sur le plan de l'organisation interne des établissements de santé, du maillage territorial des compétences sanitaires (mise en place des ARH puis des ARS) que des conditions statutaires d'exercice du métier. Dans ce contexte, l'Association des directeurs d'hôpital, association loi 1901 qui rassemble les élèves et anciens élèves de l'École des hautes études en santé publique (plus de 50 % de la profession adhère à l'ADH), a décidé fin 2009 de mettre en place un dispositif d'information et de communication, dans la continuité du référentiel métier qu'elle a réalisé en 2003. Un groupe de travail s'est attelé durant quatorze mois à cette opération, avec pour ambition :

- de faire connaître le métier de directeur d'hôpital à destination du grand public ;
- de promouvoir le métier et l'Association, et de susciter des vocations ;
- de mettre à la disposition de la profession et notamment des DH récemment affectés un guide de référence en phase avec le temps et anticipateur des évolutions professionnelles.

Cette démarche se situe entre la campagne d'information publique et l'outil de référence des professionnels de santé, managers hospitaliers en situation ou aspirants. En termes d'approche, elle vise à analyser les évolutions qui ont façonné l'exercice actuel des fonctions de DH et à esquisser les grandes tendances pour l'avenir.

Le présent guide est l'aboutissement de réflexions et de débats, nourris de témoignages avec une quinzaine d'auditions de spécialistes, universitaires, représentants de la profession, acteurs publics des domaines du management et de la santé, et étayés par une grande enquête nationale menée au printemps 2010.

L'ADH a aussi réalisé un film consultable sur son site (www.adh-asso.org).

Ce guide se veut interactif et une version actualisée en temps réel au gré des évolutions sera disponible au format pdf, également sur le site de l'ADH.