

2

Point de vue de la direction générale d'un centre hospitalier universitaire

Le leadership en santé : regard stratégique

Yann Bubien

Directeur d'hôpital, Yann Bubien est originaire de Bordeaux. Diplômé de Sciences Po Bordeaux, il est titulaire d'une maîtrise de droit privé, d'un master en philosophie et ancien élève de l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Il a au cours de sa carrière alterné des postes dans le secteur hospitalier et en cabinet ministériel auprès de plusieurs ministres de la Santé (Roselyne Bachelot, Xavier Bertrand, Agnès Buzyn). Il a été conseiller social de l'ambassadeur de France à Londres et a dirigé le CHU d'Angers. Ancien directeur général du CHU de Bordeaux, Yann Bubien est depuis début 2024 directeur adjoint du cabinet de la Ministre du travail, de la santé et des solidarités.

François Sadran

François Sadran est directeur d'hôpital. Après avoir suivi le cycle de formation à l'EHESP entre 1992 et 1994, il a exercé principalement les fonctions de directeur financier, directeur des ressources humaines, directeur des affaires médicales, et directeur délégué de site dans plusieurs établissements (centre hospitalier de la Côte Basque à Bayonne, centre hospitalier Charles Perrens, Institut Bergonié centre de lutte contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest et CHU de Bordeaux). Il est aujourd'hui directeur de cabinet du directeur général du CHU de Bordeaux.

YANN BUBIEN



Directeur adjoint du cabinet de la ministre du travail, de la santé et des solidarités

Publications / travaux récents

- 2023 - La santé d'après. Revue Esprit
- 2022 - Innovations et management des structure de santé en France, accompagner la transformation de l'offre de soins sur le territoire. (sous la direction de Jean-Luc Stanislas). LEH
- 2022 - Regards face au covid. LEH
- 2019 - L'intimité menacée. Eres

Compétences / expertises

Management



Stratégie



Santé publique



Communication



Expérience professionnelle

Directeur adjoint du cabinet de la Ministre du travail, de la santé et des solidarités depuis 2024

Directeur général du CHU de Bordeaux entre 2019 et 2024

Directeur de cabinet adjoint d'Agnès Buzyn entre 2017 et 2019

Directeur général du CHU d'Angers entre 2011 et 2017

Conseiller de Xavier Bertrand de 2010 à 2011

Directeur de cabinet adjoint de Roselyne Bachelot-Narquin entre 2009 et 2010

Conseiller de l'Ambassadeur de France au Royaume-Uni en 2009

Conseiller social de Roselyne Bachelot-Narquin de 2007 à 2009

Autres missions

Administrateur du GCS NOVA des 3 CHU Région Nouvelle-Aquitaine depuis 2022

Président du GRAPH (Groupe de Recherches et d'Applications Hospitalières) depuis 2013

Président des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (GCS HUGO) entre 2013 et 2017

Délégué régional de la Fédération hospitalière de France entre 2014 et 2016

Citation inspirante

"Le tracé d'une vie humaine est aussi complexe que l'image d'une galaxie"
(Marguerite Yourcenar)

FRANCOIS SADRAN

Directeur de cabinet
du CHU de Bordeaux



Publications / travaux récents

- 2023 - L'avenir des talents dans la fonction publique : point de vue d'un DG de CHU. Avec Y. Bubien. Soins cadres
- 2022 - Le système de santé norvégien. Séminaire du GRAPH. Gestion hospitalière
- 2021 - La communication, un outil d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé. Avec Y. Bubien. Soins cadres

Compétences / expertises

Management



Communication



Gouvernance



Connaissance des systèmes de
santé européens



Expérience professionnelle

- Depuis 2017 au CHU de Bordeaux
 - Directeur des ressources humaines en charge du pôle des ressources humaines et du dialogue social
 - Directeur de cabinet du directeur général
 - Directeur du pôle spécialités médicales
 - Directeur des affaires économiques et de la logistique- Groupe hospitalier Pellegrin
- Entre 2011 et 2016
 - Directeur des ressources humaines à l'Institut Bergonié - Centre de lutte contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest
- Entre 2002 et 2011
 - Directeur des ressources humaines et des relations sociales
 - Directeur des affaires médicales
 - Directeur de la communication et des affaires générales

Au centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux
- Entre 1994 et 2002
 - Directeur des finances et du contrôle de gestion
 - Directeur de l'hôpital de Saint-Jean-de-Luz
 - Directeur des ressources humaines

Au centre hospitalier intercommunal de la Côte Basque - Bayonne

Thématiques de recherche / réflexion

- Management et communication hospitalière
- Les systèmes de santé européens

Citation inspirante

"faire jaillir la lumière de la parole"
(Gabriel Okoundji)

Le leadership est l'une des vertus cardinales attendues de tout dirigeant. À l'hôpital, le directeur chef d'établissement serait, depuis quelque temps déjà, le « patron » de son établissement, selon la terminologie employée par Nicolas Sarkozy, alors président de la République, dans un discours, resté célèbre, tenu au CHU de Bordeaux le 16 octobre 2007. L'actualité récente se focalise d'ailleurs sur cette qualité et le balancier de l'histoire semble osciller : la période est à la recherche d'un équilibre apaisé. Le rapport Claris et la mission Baille-Claris nous conduiront certainement à trouver cet équilibre, consacrant en cela la pratique déjà longuement éprouvée de nombreux établissements. En effet, vu du terrain, le leadership prend, dans le monde hospitalier, une forme originale liée essentiellement à la complexité et à la diversité du milieu auquel il s'applique. Deux traits particuliers le caractérisent sur lesquels il convient d'insister : il est nécessairement partagé, et déborde les frontières de l'établissement pour s'appliquer au territoire.

Un leadership partagé

Le directeur d'hôpital « patron » d'hier, qui pouvait être perçu comme un contre-pouvoir, voire un « pouvoir contre » celui du corps médical, revivifiant le fantasme de « l'hôpital entreprise », semble s'être apaisé et, le temps faisant son œuvre, le balancier s'arrête aujourd'hui sur une conception plus équilibrée du leader. Cette réalité constitue indubitablement un indice de la force tranquille d'une fonction aujourd'hui bien ancrée et finalement assez peu contestée dans le paysage sanitaire, pour peu qu'elle soit exercée avec l'intelligence et la bienveillance requise. À l'hôpital, le leadership se partage, et la réalité de la profession de directeur d'hôpital est bien loin de l'image du « patron de droit divin » décrite par Roger Martin dans les années 1980¹ : aucune décision majeure ne s'y prend sans qu'elle ne soit concertée avec le président de la commission médicale d'établissement et, dans les CHU, le doyen de la faculté de médecine, tous deux membres de droit du directoire. De fait, le directeur d'hôpital est un chef d'orchestre : un généraliste un peu « touche à tout » qui doit savoir maîtriser un environnement de plus en plus complexe et – pour filer la métaphore lyrique – faire jouer ensemble au sein de son établissement l'ensemble des acteurs de santé, y compris les patients qui sont, de façon heureuse, de plus en plus acteurs du système de santé et dont les représentants participent de plus en plus souvent pleinement à la prise de décision à l'hôpital². L'hôpital est, on le voit, une mosaïque complexe de métiers et de cultures professionnelles qui doivent travailler ensemble dans des organisations minutieuses et changeantes, centrées

1. Martin R. Patron de droit divin. Paris : Gallimard ; 1984.

2. Membres de droit du conseil d'administration puis du conseil de surveillance des hôpitaux depuis l'ordonnance « Juppé » du 24 avril 1996, ils participent parfois au pouvoir exécutif des établissements : c'est le cas au CHU de Bordeaux où un représentant des usagers siège au directoire depuis 2018.

sur le parcours des patients. Deux cents métiers existent en son sein³, regroupés dans plusieurs filières qui sont autant de cultures professionnelles particulières, de logiques corporatistes singulières et d'intérêts potentiellement contradictoires, malgré leurs objectifs communs. L'hôpital, ce sont des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, mais aussi, on l'oublie trop souvent : des informaticiens, des cuisiniers, des techniciens, des ingénieurs, des personnels administratifs, etc. Et tous sont indispensables ! Le directeur d'hôpital, « autorité investie du pouvoir de nomination » selon la terminologie administrative consacrée, est, pour tous ceux-là, l'organisateur, le point de ralliement, la vigie, parfois celui ou celle sur lequel se cristallisent les conflits et les récriminations, mais – et c'est heureux – il n'est jamais seul. Unique représentant légal de son établissement, il est certes un leader central, mais qui doit composer avec d'autres et contribuer, autant que faire se peut, à fédérer les énergies et travailler en équipe, notamment avec le corps médical. La centralité de sa position ne lui confère pas l'exclusivité du leadership, mais fait tout de même de lui un leader particulier. D'abord car il est le seul, à ce jour, à assumer l'ensemble des responsabilités financières, juridiques, sociales et pénales attachées à la fonction de direction de l'établissement. Ensuite, car il incarne ce que lui permet la neutralité de sa fonction par rapport aux divers corps de métiers et aux « chapelles » médicales et paramédicales qui pourraient, en son absence, morceler l'hôpital : l'intérêt général, qui, comme chacun sait, ne se réduit pas à la somme des intérêts particuliers. Là est sans doute le socle de l'autorité sans laquelle il n'est point de bon leader.

Si, comme nous venons de le voir, au sein des établissements hospitaliers, le leadership est divers et nécessairement partagé, la seconde dimension particulière du leadership à l'hôpital est son caractère territorial.

Un leadership ancré dans le territoire

Le rôle du directeur d'hôpital-chef d'établissement ne s'arrête en effet pas aux frontières de son organisation, car l'hôpital est toujours profondément ancré dans son territoire, surtout s'il est siège d'un groupement hospitalier de territoire (GHT). Aux partenariats anciens et naturels avec les autorités étatiques, les élus locaux, les usagers, la médecine libérale et – parfois – les cliniques privées, vient aujourd'hui s'ajouter une volonté plus forte des pouvoirs publics d'impulser des logiques territoriales au sein des GHT dotés de compétences propres et obligatoires (achats groupés et convergence des systèmes d'information) et censés impulser des logiques de mise en cohérence de l'offre de soins. Les directeurs d'hôpital, qu'ils soient directeur de l'établissement siège du GHT et à ce titre dépositaires de responsabilités particulières dans la conduite de cette formation, ou simples membres de celui-ci, sont aujourd'hui appelés à ouvrir leurs établis-

3. D'après le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière cité sur [emploi-public.fr](https://infos.emploi-public.fr) (<https://infos.emploi-public.fr/connaître-la-fonction-publique/les-201-métiers-de-l-hopital-eet-29>).

sements, et à entraîner leurs communautés dans des logiques de réflexion stratégique sur un territoire donné.

S'agissant des CHU d'ailleurs, ces logiques territoriales dépassent largement le cadre du GHT. L'une des premières ébauches en la matière est certainement celle du GRAHPA (Groupe de réflexion et d'animation des hôpitaux publics d'Aquitaine), instance créée en 1995 à l'initiative de Pierre Le Mauff⁴ directeur général du CHU de Bordeaux à l'époque. Depuis, ce modèle a largement essaimé et, à partir du début des années 2000, les exemples se sont multipliés sur le territoire, toujours à l'instigation de directeurs d'hôpital. Ces groupements entre CHU, dimensionnés à l'échelle régionale, permettent d'impulser des logiques de coopération supra-GHT et de porter des projets communs d'intérêt plus vaste. Les exemples des groupements de coopération sanitaire (GCS) : G4 dans le Nord (2004), Grand Est (2008), Houraa en Auvergne Rhône-Alpes (2012), Hugo dans l'Ouest (2013), et Nova en Nouvelle-Aquitaine (2021), montrent que ce modèle, qui couvre maintenant une très large partie du territoire national, a tendance à se généraliser. Le leadership qu'il démontre est localement conforté dans plusieurs d'entre eux par des demandes d'adhésion d'établissements non CHU : centres de lutte contre le cancer (CLCC), établissements psychiatriques ou hôpitaux généraux. Cet élargissement de logiques coopératives, effectif par exemple au sein d'Hugo avec l'association des CLCC de Nantes-Angers, du centre hospitalier du Mans, et du centre hospitalier départemental de Vendée, est la conséquence logique d'un leadership reconnu sur des thèmes d'enjeu et d'intérêt communs, porteurs d'avenir, comme la stratégie de gestion des données de santé et l'intelligence artificielle.

Le leadership en santé est donc porteur d'un paradoxe : moins directement affirmé au sein de l'organisation car confronté à celui procédant de la compétence et de la légitimité d'autres acteurs, et nécessairement partagé sur le plan institutionnel, il déborde l'institution à laquelle il est, de prime abord, censé s'appliquer. Ce paradoxe n'est en fait qu'apparent car c'est souvent par sa hauteur de vue et sa capacité d'anticiper que se caractérise le leader. Dans un monde où l'autorité est de plus en plus souvent contestée et remise en cause, la figure du « chef » doit s'adapter. Le temps des « lider maximo » est, fort heureusement, bel et bien révolu. De ce point de vue, nonobstant les débats actuels sur la gouvernance hospitalière qui sauront, à n'en pas douter, trouver une conclusion équilibrée, le monde hospitalier, qui y a été conduit par sa complexité, a sans doute été précurseur. Gageons que cette capacité à innover qui suppose, au-delà des compétences et des initiatives de terrain si nombreuses dans nos établissements, l'existence de leaders à l'autorité reconnue, se maintiendra et saura se renouveler.

4. Décédé récemment en janvier 2022 : il me sera donc permis ici, pour lui rendre hommage, de citer son nom et d'honorer la mémoire de celui qui fut, dans son domaine un leader et un visionnaire.