

# Les prémices de l'organisation administrative hospitalière

Entre le sacerdoce religieux qui caractérise le service d'un hospice à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et l'émergence d'un corps de direction structuré au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, la gestion communale des hôpitaux est progressivement remise en cause au profit d'une intervention étatique sans cesse plus affirmée dans l'organisation sanitaire. Ouverts à tous, les établissements publics de santé se dotent d'un personnel spécifique et de directions plus solides lors des grandes réformes des années cinquante.

## Centralisation, décentralisation, déconcentration...

Quelques dates jalonnent la préhistoire des directeurs d'hôpital et permettent de comprendre la situation actuelle. Ainsi, après des siècles durant lesquels la plupart des hospices ont été gérés par l'Église pour accueillir les indigents, un décret du 23 messidor an II (11 juillet 1794) nationalise les hôpitaux. Cette nationalisation est de courte durée, l'État se révélant incapable, en ces temps troublés, de faire face aux dépenses des hôpitaux et hospices. En conséquence, la loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796), dans une sorte de déconcentration<sup>1</sup>

---

1. Il s'agit dans un premier temps d'une déconcentration plus que d'une décentralisation; celle-ci suppose un transfert de pouvoir tandis qu'avec la déconcentration, comme l'a écrit le juriste Odilon Barrot, « c'est le même marteau qui frappe, mais on en a raccourci le manche », ce qui est bien le cas ici : ainsi que le souligne Jean-Marie Clément, l'article 193 de la Constitution du 5 fructidor an III (c'est-à-dire du 22 août 1795) dispose que « Les administrations municipales sont subordonnées aux administrations du département et celles-ci aux ministres. En conséquence, les ministres peuvent annuler, chacun dans sa partie, les actes des administrations du département; et celles-ci les actes des administrations municipales, lorsque ces actes sont contraires aux lois ou aux ordres des autorités supérieures. » La liberté de gestion des communes reste ainsi très relative!

avant la lettre, municipalise les hôpitaux. Son article 1<sup>er</sup> dispose en effet que « les administrations municipales auront la surveillance immédiate des hospices civils établis dans leur arrondissement ». Cette surveillance représente des montants financiers importants pour les communes ; c'est pourquoi la loi du 16 vendémiaire leur octroie aussi la gestion des biens des hospices.

Dans ses analyses, Jean-Marie Clément met en évidence trois temps dans la gestion communale des hôpitaux : la gestion partagée avec les représentants de l'État entre 1796 et 1851 ; la gestion contrôlée par les représentants de l'État de 1851 à 1935 ; la gestion communale contestée par l'État entre 1935 et 1941<sup>2</sup>.

La loi de 1796 disposait aussi que, pour administrer les hôpitaux, les communes « nommeront une commission composée de cinq citoyens résidant dans le canton, qui éliront entre eux un président et choisiront un secrétaire. » Sous le Consulat, une circulaire du 25 floréal an IX (15 mai 1801), due à Chaptal, dispose en outre que cette commission est, de droit, présidée par le maire : ce n'est que deux siècles plus tard, après bien des débats et des déchirements, que la loi HPST modifie cette situation, les maires cessant d'être de droit présidents du nouveau « Conseil de surveillance ».

Les hôpitaux, ainsi, dépendent de la commune et, dès lors, tout le travail du législateur va être de défaire, petit à petit, la loi du 16 vendémiaire an V. La gestion communale présentait des défauts, notamment une inégalité entre les principales communes qui pouvaient tant bien que mal faire face aux dépenses engagées par les hôpitaux et bien d'autres qui ne le pouvaient pas mais se refusaient toutefois à les fermer. La solution était alors toute trouvée : réserver les hôpitaux aux habitants de la commune. C'est pour lutter contre cette tendance que, sous la II<sup>e</sup> République, la loi du 7 août 1851 les érige en établissements autonomes ayant la personnalité morale et dispose, dans son article 1<sup>er</sup>, que « lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission dans l'hôpital existant dans la commune. » Mais, pour que les hôpitaux puissent faire face à ces dépenses supplémentaires, un prix de journée, dont s'acquittent les communes d'origine des malades, est instauré.

---

2. Clément Jean-Marie, « Histoire des pouvoirs à l'hôpital au XX<sup>e</sup> siècle », *Revue fondamentale des questions hospitalières*, décembre 2000, p. 5 à 27.

En contrepartie de la perte de la gestion directe des hôpitaux, les communes se voient octroyer de nouveaux pouvoirs, comme en témoigne l'article 7 de la loi de 1851 : « La commission administrative est chargée de diriger et de surveiller le service intérieur et extérieur des établissements hospitaliers. » Les articles suivants précisent qu'elle « règle [...] le mode d'administration des biens et revenus des établissements hospitaliers », ou encore délibère sur « les budgets, comptes et, en général, toutes les recettes et dépenses [...] ». Ainsi, la commission administrative est chargée de l'administration directe des hôpitaux et hospices ; c'est elle qui nomme les praticiens, et le « service intérieur » dont parle l'article 7 de la loi est assuré par des religieuses. Dans ce système, un absent de marque : le directeur, qui n'existe tout simplement pas, ses fonctions étant dévolues aux commissions administratives<sup>3</sup>.

Les hôpitaux généraux se démarquent en cela des hôpitaux psychiatriques, ou plutôt, pour reprendre la terminologie de l'époque, des « établissements publics consacrés au service des aliénés », créés dans chaque département par la loi du 30 juin 1838. Ces hôpitaux, précise une ordonnance du 18 décembre 1839, sont administrés « sous l'autorité de notre ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur et des préfets de département, et sous la surveillance de commissions gratuites par un directeur responsable. » Le « receveur » et « l'économe » de ces établissements sont nommés par le préfet. Comme le précise Jean-Marie Clément :

« Le directeur était chargé de l'administration intérieure de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus. Il pourvoyait à l'admission et à la sortie des malades. Il nommait les préposés de tous les services de l'établissement et les révoquait s'il y avait lieu. Toutefois, les surveillants, les infirmiers et les gardiens devaient être agréés par le médecin en chef qui pouvait demander leur révocation au directeur. En cas de dissentiment entre médecin-chef et directeur, le préfet devait arbitrer. Le directeur était également le garant du bon ordre et de la police dans l'établissement et devait résider dans celui-ci. Directeur et médecin-chef étaient nommés par le ministre de l'intérieur ou le préfet. La nomination du directeur par le ministre de l'intérieur le rattachait hiérarchiquement au pouvoir central<sup>4</sup>. »

---

3. Seule l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), depuis la loi du 10 janvier 1849, disposait d'un directeur se substituant au collège directorial instauré en 1801. Ce directeur, nommé par le ministre de l'intérieur sur proposition du préfet de la Seine, disposait d'une large autonomie.

4. Clément Jean-Marie, « Panorama sur l'histoire des institutions hospitalières de 1789 à nos jours », *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, 1/2004, n° 113, p. 23.

## L'hôpital réservé aux indigents ?

L'État, dans les années vingt et trente, tend à affirmer de plus en plus son rôle et à marginaliser le pouvoir des communes. D'une certaine manière, l'État hygiéniste s'installe à l'hôpital. En 1920 est créé un ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale qui devient en 1930 le ministère de la santé publique. En 1920 toujours, un député, Édouard Grinda, propose de réorganiser le système sanitaire autour de l'hôpital, de l'ouvrir à tous et d'expérimenter un système d'assurance maladie. Il ne s'agit pas là d'une évolution sans à-coups : le 19 décembre 1936, un projet de loi est déposé au Parlement pour que l'hôpital soit réservé uniquement aux indigents<sup>5</sup>.

La question n'a cessé d'agiter le monde de la santé durant la première partie du XX<sup>e</sup> siècle. Jean-Paul Domin met en évidence l'affrontement de trois logiques, ou plutôt de trois corporations : « Les membres des commissions administratives réclament une ouverture à tous les individus des établissements de soins. Les médecins hospitaliers sont, pour la plupart, d'accord sur le fond, mais ils revendiquent la mise en œuvre du paiement à l'acte. Enfin, la plupart des médecins libéraux, groupés autour de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), s'opposent fermement à cette évolution et militent pour la création de maisons de santé privées<sup>6</sup>. » La CSMF déclare, par exemple, que « l'hôpital public est réservé aux indigents et nécessiteux [...] ; les autres malades, possédant en principe les ressources suffisantes, devant avoir recours aux maisons de santé pour tous cas nécessitant l'hospitalisation. »

Cette position de la médecine extra-hospitalière rejoint souvent les objectifs de la puissance publique, même si ce n'est pas forcément pour les mêmes raisons. En 1926 encore, une circulaire déclarait que « l'hôpital a été créé pour les indigents et c'est le détourner de sa destination que d'y recevoir normalement des malades payants. [...] L'admission des malades aisés ou peu aisés risque de nuire aux services des malades indigents pour lesquels l'hôpital a été spécialement créé. » L'année précédente, le *Larousse médical* déclarait, à l'article « hôpital »,

---

5. Rochaix Maurice, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*, Berger-Levrault, 1996, p. 234.

6. Domin Jean-Paul, *Une histoire économique de l'hôpital (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier, (1803-1945) tome I*, Comité d'histoire de la sécurité sociale, 2008, p. 190.

que « des malades à qui leur situation pécuniaire permet de se soigner chez eux envahissent les hôpitaux. Il en vient de toutes les classes et de tous les côtés<sup>7</sup>. » En 1931, le ministre de la santé publique écrit que « l'hôpital doit rester au service du camp social, il n'a pas été créé pour être au service des intérêts matériels des praticiens, mais bien pour mettre des praticiens au service des malades, tout en sauvegardant leur dignité et leurs besoins matériels. »

Cette situation crée d'ailleurs des jalousies, aux résonances étrangement contemporaines, certains auteurs n'hésitant pas à expliquer qu'« il existe deux catégories que l'on peut qualifier de privilégiées, les "indigents" qui possèdent l'hôpital et les "classes aisées" qui peuvent se faire soigner dans les cliniques privées. Entre ces deux extrêmes, les "classes peu aisées" ne peuvent accéder normalement à l'hôpital public pour des raisons juridiques et ne peuvent entrer dans les maisons de santé pour des raisons financières<sup>8</sup>! »

Néanmoins, une première brèche est créée avec le développement des mutuelles grâce auxquelles des malades payants peuvent être hospitalisés. Jean-Paul Domin souligne le changement profond que cette réforme, en apparence anodine, apporte : les hôpitaux « ne sont plus seulement le lieu d'accueil de la pauvreté, ils deviennent également des centres de soins où l'on pratique une action curative et non plus seulement palliative<sup>9</sup>. »

## Les moments fondateurs de la profession

### La loi du 21 décembre 1941 : la création du corps

Le 28 juillet 1939, l'effort de reprise en main des hôpitaux par l'État aboutit avec un décret-loi<sup>10</sup>... qui n'entre pas en vigueur, la guerre faisant naître de nouvelles priorités. Il a été repris, presque mot pour mot,

---

7. Cité dans Maillard Christian, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'État*, Dunod, 1986, p. 32.

8. *Ibid.*, p. 33.

9. Domin Jean-Paul, *op. cit.*, p. 190.

10. Sous la III<sup>e</sup> République, les décrets-lois étaient des actes de gouvernement pris, dans un domaine relevant de la compétence de la loi, en vertu d'une habilitation législative. Toutes proportions gardées, ils peuvent être rapprochés des ordonnances de l'article 38 de la Constitution du 4 octobre 1958.

par la loi du 21 décembre 1941, qui ouvre les hôpitaux à l'ensemble de la population, et non plus seulement aux indigents, comme le pose son article 1<sup>er</sup> : « Les hôpitaux et hospices constituent les établissements publics communaux, intercommunaux ou départementaux destinés à recevoir dans les conditions prévues à l'article 2 des malades, des blessés, des femmes en couche, des vieillards infirmes et incurables. » Avec la loi de 1941, les hôpitaux deviennent un service public auquel chacun peut avoir recours. Jean-Paul Domin précise qu'une fois de plus, la loi valide une évolution plus qu'elle ne la crée : « [...] c'est le législateur qui a rattrapé l'institution hospitalière et non pas le contraire. La loi légitime les transformations sociales<sup>11</sup>. »

Dès lors, la population accueillie par les hôpitaux évolue considérablement, comme le montrent ces statistiques :

**Tableau 1. Évolution de l'activité des hôpitaux français de 1938 à 1954**

	1938	1949	1951	1954
<b>Nombre de malades traités</b>	1 205 815	1 721 502	1 795 191	2 043 043
<b>Nombre de journées d'hospitalisation</b>	34 535	39 780	43 618	47 171
<b>Durée moyenne de séjour (en jours)</b>	28,6	23,1	24,2	23

Source : Rochaix Maurice, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*, Berger-Levrault, 1996, p. 251.

La loi de 1941 poursuit la réduction des pouvoirs de la commission administrative, en introduisant, en plus du contrôle de légalité, un « contrôle de l'opportunité<sup>12</sup> » : d'après son article 11, le ministre peut « soit d'office, soit à la demande du préfet ou du directeur régional de la santé et de l'assistance, prononcer l'annulation d'une délibération de la commission administrative pour violation de la loi ou d'un règlement d'administration du service, ou pour des raisons d'ordre public, ou dans l'intérêt supérieur du fonctionnement de l'établissement. »

Cette loi, d'autre part, pose les bases de l'organisation hospitalière française : création de la commission médicale consultative, organisation de l'hôpital en services, nomination des médecins par le ministre ou le préfet, ou encore transfert de la gestion des personnels non

11. Domin Jean-Paul, *op. cit.*, p. 196.

12. Rochaix Maurice, *op. cit.*, p. 275.

médicaux à un nouvel intervenant : le directeur. Elle crée en effet un « directeur » dans tous les établissements de plus de 200 lits, et un « directeur-économe » dans ceux de moins de 200 lits. Il est nommé par le préfet<sup>13</sup> et doit, préalablement à sa nomination, avoir réussi un concours sur titres réservé aux fonctionnaires et être inscrit sur une liste d'aptitude<sup>14</sup>. Comme le dispose l'article 13 de la loi : « un agent appointé par l'établissement est chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative et d'assurer la direction du service. Ce fonctionnaire porte le nom de directeur dans les établissements comptant 200 lits ou moins de 200 lits. Ce fonctionnaire est nommé par le préfet après concours. [...] Le directeur assiste à titre consultatif aux séances de la commission administrative. » On pourra noter que si la loi de 1941 reprend presque intégralement les termes du décret-loi de 1939, le régime de Vichy la marque hélas de son empreinte, puisque, parmi les conditions posées pour pouvoir devenir directeur d'hôpital, l'article 70 impose notamment de « jouir de ses droits civiques, compte tenu des lois portant statut des Juifs » et de « satisfaire aux prescriptions des lois sur les sociétés secrètes. »

Les pouvoirs du directeur recouvrent ainsi la nomination du personnel non médical dans les établissements de plus de 200 lits<sup>15</sup>, le secrétariat, le contentieux, la tenue des registres de délibérations de la commission administrative, la préparation du budget, la notation des agents, ou encore l'exécution des décisions des commissions administratives.

---

13. Si la création d'un directeur a fait l'objet de peu de débats, le mode de nomination par le préfet a très tôt été critiqué, comme le montre cet extrait d'un rapport du Conseil économique et social de 1952, cité par Maurice Rochaix : « [...] la nomination est actuellement faite par le préfet, ce qui peut laisser place à des influences locales ne s'exerçant pas toujours dans le sens de la meilleure compétence. Le conseil économique est d'avis que le directeur et le directeur-économe devraient être nommés directement par le ministre de la santé publique, d'après une liste établie selon les résultats des concours. » (Rochaix Maurice, *op. cit.*, p. 275). Le débat relatif à la loi HPST a permis de montrer que ce débat n'est pas mort : tandis que pour certains, la nomination des directeurs par le directeur de l'agence régionale de santé risquerait d'en faire de simples pions dénués de toute autonomie, pour d'autres, la désignation par le ministère de la santé ou par tout organisme national reviendrait à leur faire perdre leurs spécificités de managers de proximité.

14. Mais les liens avec le pouvoir politique local restent très forts, comme le montre la citation du Conseil économique et social dans la note précédente. Quant au concours sur titres, il prenait surtout la forme de connaissances empiriques.

15. Extrait de l'article 14 : « [...] dans les établissements de plus de 200 lits, le directeur nomme le personnel administratif, hospitalier et secondaire. »

L'ouvrage de Christian Maillard : *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'État*, est une source précieuse pour comprendre les raisons de l'apparition du directeur :

« Ces "directeurs" sont les héritiers des secrétaires de commission administrative qui, par leur prudence, leur habileté, leur ténacité, ont réussi en un siècle et demi à se rendre indispensables.

Par tradition, le secrétaire était un scribe muet, confiné à une petite table, au fond de la salle des séances, à prendre le procès-verbal. C'est l'évolution technique de l'institution sous la III<sup>e</sup> République qui lui donna l'occasion d'accéder à un rôle nouveau. Face à une complexité croissante de la gestion de ce nouveau lieu de soins, il en vint à être celui qui connaissait le mieux les "affaires" de l'hôpital, ne serait-ce que parce qu'il était le seul agent permanent par rapport à des administrateurs et à un corps médical dont la présence était épisodique. Dès lors, rapidement, ce sont les administrateurs qui, d'eux-mêmes, vont se serrer un peu plus autour de la table de la commission pour laisser une place à ce "conseiller" qui était déjà un peu des leurs [...]. Son savoir continuant à faire merveille, le secrétaire obtint enfin un siège à côté du président et du même coup l'estime d'une commission administrative, bien aise de pouvoir se reposer sur ce technicien, et par ailleurs homme de confiance<sup>16</sup>. »

La loi de 1941 est bientôt précisée par un décret essentiel : celui n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. Ce décret se caractérise par sa sévérité, moins à l'encontre des directeurs que des médecins, soumis à un régime strict, comme en témoignent les articles 58 et 59 :

« Les médecins chefs doivent résider dans l'établissement, sauf autorisation spéciale donnée par le secrétaire d'État à la santé, après avis de la commission administrative de l'hospice.

Ils ne peuvent s'absenter plus de vingt-quatre heures sans en aviser la commission administrative et plus de quarante-huit heures sans un congé du préfet. Si leur absence doit durer plus de quatre jours, l'autorisation doit être donnée par le secrétaire d'État à la santé. » (article 58)

« Les médecins chefs de service doivent se consacrer exclusivement à leurs fonctions. Il leur est interdit de faire de la clientèle. Toutefois, ils peuvent être appelés exceptionnellement en consultation par un médecin praticien et être désignés comme experts par les autorités

---

16. Maillard Christian, *op. cit.*, p. 83.



judiciaires ou l'administration. Ils ne peuvent être intéressés dans les gestions, ni attachés, soit comme médecin habituel, soit comme médecin consultant au service médical d'un établissement privé destiné au traitement des maladies mentales.» (article 59)

Quant aux directeurs, leur sort est réglé par le titre III du décret, intitulé «Personnel administratif et secondaire des hôpitaux et hospices publics»... dont certaines dispositions ont perduré jusqu'en 2010!

### Focus 2. L'origine d'un droit, le logement de fonction des directeurs

Un paragraphe de l'article 72 du décret du 17 avril 1943 mérite d'être cité:

«En sus du traitement, les directeurs, directeurs économes, sous-directeurs et économes ont droit au logement, au chauffage et à l'éclairage. Les établissements hospitaliers ne pouvant leur assurer ces avantages leur versent une indemnité égale à 10% du traitement.»

En d'autres termes, ce décret prévoit que les directeurs d'hôpital bénéficient d'un logement de fonction par, dirait-on aujourd'hui, «nécessité absolue de service»; et si bien des points ont été modifiés depuis 1943, cette disposition a perduré pendant près de 70 ans, malgré l'abrogation de l'article 72 par le décret n° 55-683 du 20 mai 1955 portant statut général du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics. En effet, le Conseil d'État a estimé que les dispositions de cet article 72 restaient d'actualité dans l'attente de la parution du décret relatif aux avantages en nature prévu par l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Celui-ci n'a été promulgué que le 10 janvier 2010, avec la parution au *Journal officiel* du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée. Par conséquent, jusqu'en janvier 2010, cet avantage matériel des directeurs a reposé sur un décret du gouvernement de Vichy!

## Le statut du 20 mai 1955 : la reconnaissance du personnel hospitalier

Le 20 mai 1955 signe la naissance officielle d'un acteur essentiel du monde sanitaire: le personnel hospitalier. En effet, auparavant, chaque hôpital déterminait les conditions de travail, de rémunération, ou encore de carrière de ses agents.

Avec le décret n° 55-683 du 20 mai 1955 portant statut général du personnel des établissements hospitaliers, chaque professionnel de

l'hôpital se voit doté d'un statut national d'agent des collectivités territoriales. Le recrutement, les conditions de travail, la carrière, sont désormais définis de façon uniforme sur l'ensemble du territoire national.

Mais si les personnels sous la responsabilité du directeur voient leur situation formalisée et unifiée, les directeurs, quant à eux, font face à une difficulté: le manque d'attrait du corps. D'une part, la France vit alors une situation de plein emploi qui rend la fonction publique moins attractive qu'en période de chômage; d'autre part, le corps lui-même souffre du manque de visibilité de cette nouvelle profession. Parlant de ceux qui intègrent le corps de directeur d'hôpital à cette époque, François-Xavier Schweyer écrit par exemple: «Ils se sont ainsi aventurés, au sens propre du terme, dans une voie qu'ils ne connaissaient pas. Ils n'ont pas intégré de groupe professionnel: celui-ci n'existait pas. Ils étaient, à leur insu, les agents des réformes à venir car leur formation et leurs titres universitaires les mettaient en attente d'une carrière. À mesure que leur fonction s'est affirmée, ils ont revendiqué un statut conforme à leur position et à leurs responsabilités<sup>17</sup>.»

### **La réforme Debré en 1958: l'affermissement de la place et du rôle du directeur**

Sous l'impulsion du professeur Robert Debré, aux débuts de la V<sup>e</sup> République, en décembre 1958, trois grandes ordonnances sont prises créant notamment les centres hospitalo-universitaires (CHU)<sup>18</sup>. Ce sont les ordonnances n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière, n° 58-1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation et n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Cette dernière ordonnance fusionne faculté de médecine et clinique au sein des nouveaux CHU et crée un corps de professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH), chargés d'assurer une triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche.

---

17. Schweyer François-Xavier, «Les carrières des directeurs d'hôpital», *op. cit.*, p. 624.

18. Il existe également des centres hospitaliers régionaux (CHR) non universitaires à Metz-Thionville et Orléans.

De surcroît, le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics renforce le pouvoir des directeurs d'hôpital. Ces derniers deviennent responsables de la « conduite générale de l'établissement », du « bon ordre et de la discipline » et, dans les établissements de plus de 200 lits, de l'ordonnancement des dépenses et de la passation des marchés. Ils sont désormais nommés par le ministère de la santé publique, sur la base d'un recrutement national.

**Focus 3. Article 26 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics**

« Un décret en Conseil d'État, pris sur le rapport du ministre de la santé publique et de la population, du ministre de l'intérieur et du ministre des finances et des affaires économiques, détermine, compte tenu de leur importance, les établissements qui sont dirigés par un directeur général, par un directeur ou par un directeur économe ainsi que le classement des emplois du personnel de direction.

Dans chacune des catégories d'emploi ainsi déterminées, les postes vacants sont attribués à raison de deux tours sur trois au personnel des cadres hospitaliers dans les conditions fixées par leur statut. Le troisième tour est alternativement accordé aux fonctionnaires de l'État de la catégorie A relevant de l'autorité du ministre de l'intérieur et aux fonctionnaires de même catégorie relevant de l'autorité du ministre de la santé publique et de la population. Les fonctionnaires susceptibles d'être nommés à ce tour sont choisis sur une liste arrêtée annuellement par le ministre de la santé publique et de la population. L'ordre des tours est déterminé par l'ordre d'ouverture de vacances. Dans le cas où aucune nomination ne peut être effectuée au titre d'un tour déterminé, il est passé au tour suivant.

Nul ne peut être pourvu de l'un des emplois prévus par le présent article s'il ne justifie des garanties d'aptitude professionnelle déterminées par le décret sus-indiqué. Ces garanties comprendront des stages préalables effectués par les intéressés auprès de l'École nationale de la santé publique ou d'autres établissements hospitaliers. »

Bientôt, le décret n° 60-805 du 2 août 1960 relatif à la nomination et à l'avancement du personnel de direction des hôpitaux et hospices publics dispose, à son article 1<sup>er</sup>, que :

- « Les hôpitaux et hospices publics sont placés sous la direction :
- d'un directeur général en ce qui concerne les établissements des villes siège d'une faculté de médecine ou d'une école de médecine de plein exercice ;
- d'un directeur en ce qui concerne les établissements de plus de 200 lits autres que ceux visés à l'alinéa précédent ;

- d'un directeur économe en ce qui concerne les établissements comptant au plus 200 lits. »

Ce décret organise le corps des directeurs d'hôpital en six classes (la première comprend les « directeurs généraux des établissements des villes siège d'une faculté de médecine ou d'une école de médecine de plein exercice » et les « directeurs des établissements de plus de 2000 lits », la sixième, les « directeurs économes des établissements comptant 50 lits au plus »).

Avec l'essor de l'École nationale de la santé publique, créée dès 1945 au sein de l'Institut national d'hygiène, les bases sont désormais toutes présentes : le temps des « directeurs économes » peut commencer.

#### Focus 4. Article 27 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958

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

1. Assure la conduite générale de l'établissement ; il est responsable du bon ordre et de la discipline à l'intérieur de celui-ci ;
2. Assure le secrétariat et la tenue des registres des délibérations de la commission administrative ;
3. Assure le secrétariat des commissions d'adjudication ;
4. Conserve et administre le patrimoine de l'établissement et fait, en conséquence, tous actes conservatoires de ses droits ;
5. Prépare les budgets, comptes, prix de revient et inventaires ;
6. Dans les établissements de plus de 200 lits :
  - a. Nomme le personnel administratif, hospitalier et secondaire, à l'exclusion des comptables, directeurs adjoints, sous-directeurs et économes ;
  - b. 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. [...]