

## **La réforme de l'hôpital public**

### **Un management sans ménagement**

Jean-Paul DOMIN

**Les réformes de l'hôpital public menées depuis trente ans s'inscrivent toutes dans la lignée du nouveau management public qui vise à faire de lui une entreprise comme les autres, au mépris de son histoire et des valeurs portées par ses agents.**

L'hôpital, comme toutes les organisations publiques, est soumis de façon croissante aux méthodes de management. L'objectif est de flexibiliser son fonctionnement, de limiter les lourdeurs administratives et d'impliquer les personnels médicaux et non médicaux dans la prise de décision. La transformation n'est pas immédiate, elle s'opère en plusieurs étapes. D'abord par l'expérimentation d'une politique de direction par objectifs et la mise en œuvre des centres de responsabilité par la loi du 19 janvier 1983. Ensuite par la mise en place du projet d'établissement par la loi du 31 juillet 1991. Enfin, l'Ordonnance du 2 mai 2005 et la loi du 21 juillet 2009 introduisent de nouvelles méthodes de gouvernance. Or, cette évolution va à l'encontre des valeurs de l'hôpital public. La transposition des techniques de management privé se fait sans ménagement, en d'autres termes brutalement. La crise actuelle de l'hôpital tient au fait que la logique managériale vient heurter une histoire marquée en principe par l'accueil de toutes les souffrances.

Le *management* fait partie des mots nomades qui vont et viennent d'un côté à l'autre de la Manche au gré des modes de langage. Issu du français *ménagement* qui, dans son sens premier signifie « *l'art de bien diriger la maison* » et « *le bon exercice de l'administration domestique* », il devient à la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, *management* qui signifie en anglais « *l'action de conduire, de diriger, d'entraîner* » (Rey, 2010). Le mot revient en France en 1921 sous sa forme anglaise et recouvre l'ensemble des techniques de gestion d'une entreprise. Depuis les années 1970-1980, le mot s'applique aux organisations publiques. Une nouvelle façon de penser le fonctionnement des administrations émerge : le *New Public Management* (Bezes, 2009).

L'objectif de cette contribution est d'étudier les différents volets des transformations managériales du système hospitalier. La réforme résulte d'abord d'une évolution théorique qui tient notamment aux changements des rapports de force au sein du champ académique. En d'autres termes, l'hôpital est pensé autrement par les économistes (1). Dans les faits, ces évolutions se traduisent par des greffes de techniques de management privé (2). Or, celles-ci vont à l'encontre des valeurs hospitalières (3).

### **Un changement de référentiel : penser autrement l'hôpital**

Le concept de référentiel, emprunté à la science politique, est intéressant pour comprendre l'évolution des politiques publiques et notamment pour analyser leur contenu intellectuel. Le changement qui a lieu dans les années 1980 repose sur une profonde transformation de ce référentiel (Muller, 2000), notamment par l'émergence d'une nouvelle

approche, la théorie de l'agence. Celle-ci étudie les relations entre les personnes et distingue pour cela le donneur d'ordre (le principal) et le mandataire (l'agent). Une relation d'agence se caractérise par des asymétries d'information : certaines informations concernant l'agent ne sont pas connues par le principal. Deux types de dysfonctionnements sont envisagés. L'*antisélection* est due à l'impossibilité pour le principal de connaître les caractéristiques réelles de l'agent, et correspond au risque consécutif, pour le principal, d'embaucher un agent qui n'a pas les qualités attendues. Le *risque moral* ou *aléa moral* est dû quant à lui à l'incapacité dans laquelle se trouve le principal d'observer certaines dimensions du comportement de l'agent, qui peut alors fournir un effort moindre qu'espéré ou attendu (Ross, 1973). La seule solution pour le principal est de mettre en place un contrat combiné avec un dispositif d'incitations forçant l'agent à adopter un comportement coopératif, c'est-à-dire permettant d'atteindre les objectifs fixés par le principal.

Le développement des approches en termes d'agence va accélérer la transposition des structures de gouvernance au secteur public, en cherchant justement à mettre en place des dispositifs permettant de limiter antisélection et risque moral. Deux économistes de la banque mondiale, Alexander Preker et April Hardind (2003), proposent par exemple un nouveau modèle de gouvernance dans les établissements hospitaliers favorisant l'essor de la *corporatization*, en d'autres termes l'application des règles de gouvernance des entreprises privées. Celle-ci s'inscrit dans le prolongement des thèses du *New public management*<sup>1</sup> et constitue un modèle organisationnel évoluant entre la propriété publique et la privatisation. L'objectif est de transformer les administrations hospitalières, dont le fonctionnement est ralenti par la bureaucratie, par des entreprises parapubliques (*parastatal corporations*) au sein d'un quasi-marché. Désormais, l'État n'est plus le fournisseur du service, il l'achète en mettant en concurrence des offreurs de soins (structures parapubliques).

L'objectif de la gouvernance hospitalière, dans la perspective du nouveau management public, est de transformer les établissements publics de soins en organisations indépendantes du pouvoir politique, notamment en les dotant d'instances décisionnelles et autonomes. L'idée est d'articuler le système de direction autour d'une direction générale et d'un conseil d'administration chargé des orientations stratégiques. Cette transformation doit se faire en trois étapes selon les préconisations de la banque mondiale (Preker, Harding, 2003). Dans un premier temps, l'autonomie de gestion de l'hôpital par rapport à l'administration publique est renforcée. L'établissement est libre de s'organiser, de recruter et de licencier le personnel. Ensuite, l'établissement applique des règles de fonctionnement imitant celle des structures privées (gouvernance d'entreprise, mise en place de techniques de management, etc.). Enfin, les établissements hospitaliers sont progressivement vendus au secteur privé.

L'autonomie et l'indépendance de ces nouvelles structures sont théoriquement garanties par des instances décisionnelles propres. La gouvernance repose ainsi sur une équipe de direction aux pouvoirs renforcés et un conseil d'administration en charge de la définition de la politique de l'établissement et du contrôle de l'équipe de direction. La *corporatization* suppose donc un transfert progressif de l'ensemble des pouvoirs vers une équipe indépendante et disposant de la totalité des pouvoirs de gestion. Comme le montre Patrick Mordelet (2006), dans de nombreux pays européens, des réformes de ce type ont été mises en œuvre. En Grande-Bretagne, les hôpitaux ont été transformés en *Foundation Trusts*.

---

<sup>1</sup> Le nouveau management public (New public management) est un ensemble de réformes, mises en œuvre à partir des années 1980, et reposant sur des éléments qui forment l'idéologie de la bonne gestion du secteur public. Il se caractérise par l'importance accordée au remplacement de l'administration par le management et l'autonomie croissante accordée aux managers (Hood, 1991 ; Peters, 2014).

Ces structures sont propriétaires de leurs actifs et se font concurrence avec des libertés accrues. Leur budget n'est plus fixé par l'autorité sanitaire, ils vendent désormais des services de soins.

### **Faire de l'hôpital une entreprise comme une autre**

Trois grandes séries de réformes rythment l'histoire hospitalière de la fin du XX<sup>e</sup> et du début du XXI<sup>e</sup> siècle : les premières transformations du début des années 1980 donnent plus de responsabilités aux chefs de services, celles du début des années 1990 introduisent le management par projet. Enfin, l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi du 22 juillet 2009 généralisent les techniques de gouvernances.

La loi du 19 janvier 1983 et le décret du 11 août 1983 favorisent le découpage des établissements en centres de responsabilité (médicaux, cliniques, ...) dirigés par des médecins chefs de service. Cette mesure inaugure une phase d'expérimentation d'une politique de direction par objectifs (DPO). Cette approche, issue des travaux de Peter Drucker (1957) suppose que les entreprises les plus efficaces sont celles qui trouvent leur origine dans des objectifs à atteindre. L'innovation repose sur les nouvelles fonctions attribuées aux praticiens (détermination du budget, mise en œuvre de dispositifs d'information et de concertation, etc.). Chaque responsable négocie désormais avec la direction les moyens nécessaires à l'activité. Dans le même temps, le décret incite le directeur à développer des dispositifs d'information, d'échanges et de concertations. Il est dans l'obligation de solliciter l'avis des praticiens, mais n'est pas tenu de le suivre. L'objectif est de permettre à la tutelle de mieux contrôler l'élaboration des budgets.

La loi du 31 juillet 1991 constitue une nouvelle étape. Elle propose le développement d'une démarche par projet. L'idée centrale, selon ses partisans, est de fédérer les forces antagonistes qui peuvent opposer les membres d'une organisation autour d'un projet commun, le projet d'établissement qui est désormais la pierre angulaire de la régulation de l'offre hospitalière. Ce projet prend en considération les aspirations des différents groupes qui composent une organisation pour les fédérer. Il s'articule autour de quatre sous-projets : le projet médical, le projet de service ou de département, le projet de soins infirmiers et le projet social. Dans cette perspective, la loi renforce le rôle des instances consultatives. C'est notamment le cas de la Commission médicale d'établissement (CME)<sup>2</sup> qui prépare le projet médical avec le directeur en tenant compte de l'avis des chefs de service et de département et sur la base des projets de service et de départements. Elle est également consultée sur le projet d'établissement. L'objectif affiché est d'en finir avec une organisation réputée sclérosée et cloisonnée en impliquant plus les personnels médicaux dans la gestion. La loi crée enfin une Commission de services des soins infirmiers<sup>3</sup> dont l'objectif est de favoriser la participation des personnels non médicaux à la définition des orientations de l'établissement.

La loi du 31 juillet 1991 crée une catégorie *sui generis*, l'établissement public de santé lié par contrat à la tutelle. Le pouvoir entend en finir avec l'hôpital-administration et propose une nouvelle organisation des structures de soins. Celles-ci sont désormais appelées unités fonctionnelles et sont articulées autour de services ou de départements. Leurs responsables sont soit nommés par le ministre de la Santé après avis de la CME et du conseil d'administration (chefs de services), soit nommés par le conseil d'administration sur

---

<sup>2</sup> La CME est l'organe de représentation et d'expression du corps médical. Elle est composée de membres élus et nommés.

<sup>3</sup> Elle est depuis 2010 la Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Elle est l'organe de représentation et d'expression des cadres infirmiers, des infirmières et des aides-soignantes.

proposition des praticiens titulaires et après avis de la CME. L'objectif affiché par le législateur est de laisser aux médecins la possibilité de choisir leurs responsables. Cette loi, préparée dans une période où domine l'idée que l'hôpital est une entreprise (Pierru, 1999) comme une autre, constitue une première étape dans la privatisation rampante de l'hôpital public.

Depuis le début des années 2000, la réforme s'est accélérée. L'ordonnance du 5 mai 2005 et la loi dite Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 font évoluer la gouvernance et renforcent les pratiques de contractualisation (Domin, 2013b).

La loi du 21 juillet 2009 dite HPST couronne un long mouvement de dévalorisation du conseil d'administration et propose son remplacement par une nouvelle structure, le conseil de surveillance<sup>4</sup>, dont les compétences sont recentrées sur la définition stratégique de l'établissement et sur le contrôle. S'il reste une instance décisionnelle, certaines compétences délibératives ont été transférées au directeur. La loi crée également le directoire. Il est doté, selon l'exposé des motifs, de réels pouvoirs exécutifs et de compétences plus larges en matière de gestion. Il est composé à part égale de membres de l'équipe de direction et de médecins. Il est présidé par le directeur de l'hôpital et son vice-président est président de la CME. Celui-ci élabore avec le président du directoire, l'équipe de direction et la CME, le projet médical qui doit tenir compte des objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS. Désormais, le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement.

Les réformes de 2005 et 2009 mettent en œuvre une nouvelle organisation interne. Les services sont désormais rassemblés au sein de pôles. La mise en place d'un dispositif de contractualisation interne va de pair avec la création de ces pôles. Le responsable du pôle définit contractuellement avec le directeur de l'établissement et le président de la CME les objectifs d'activité et de qualité et les moyens du pôle. Il élabore, avec le conseil de pôle, un projet. La mise en place du contrat de pôle est suivie d'une évaluation qui doit permettre à l'équipe de direction de revoir les objectifs en cours d'exercice. Le responsable du pôle bénéficie d'une délégation de gestion signée par le directeur. Dans les faits, il ne s'agit pas d'une innovation dans la mesure où l'ordonnance ne fait qu'aménager des dispositions qui existaient déjà pour les centres de responsabilité.

La volonté des pouvoirs publics de donner un rôle aux instances locales doit toutefois être relativisée. Dans les faits, le *New public management* ne se traduit pas par un allègement de la tutelle. Les directeurs d'établissements publics hospitaliers ont le sentiment d'avoir perdu une partie de leur pouvoir au profit de l'échelon supérieur : le directeur de l'ARS (Schweyer, 2006) qui a la possibilité de signer des contrats d'objectifs et de moyens avec l'hôpital et de fermer des services ou des établissements. La chaîne hiérarchique est désormais claire du ministre de la Santé au directeur d'établissement. Il faut simplement s'assurer que les ordres soient correctement transmis d'un échelon à l'autre. Comme le dit non sans humour Frédéric Pierru (2011, p. 124), c'est « Napoléon au pays du *New public management* ». Ce dernier, contrairement à ce qui est préconisé, se traduit par un renforcement du contrôle et la diminution de l'autonomie des managers.

L'introduction de nouvelles méthodes va de pair avec l'évolution du mode de financement. Jusqu'en 2003, les hôpitaux sont financés par différentes techniques de

---

<sup>4</sup> Le Conseil de surveillance est composé de trois collègues représentant les collectivités territoriales, le personnel et les personnalités. Le nombre total de membres est de 9 pour les établissements locaux et de 15 dans les autres.

remboursement *a priori* (le prix de journée jusqu'en 1983 et le budget global). Pour les partisans de la théorie de l'agence, cette méthode ne fait qu'accroître les asymétries d'information entre la tutelle (le principal) et le directeur (l'agent) et incite ce dernier à laisser augmenter les coûts (aléa moral). Progressivement, les pouvoirs publics vont tenter d'encadrer cette relation d'agence. D'abord par la mise en place d'un contrat d'objectif et de moyen entre l'Agence régionale de santé (ARS) et les établissements. Ensuite par le développement de la tarification à l'activité. Son principe est simple : l'ARS rémunère un producteur (hôpital) pour un Groupe homogène de malades (GHM)<sup>5</sup> selon un prix fixe défini par un barème. L'objectif consiste, selon le modèle de concurrence par comparaison (*benchmarking*) à fixer un prix indépendant du coût. Cette technique reporte donc les efforts de productivité sur les établissements de soins qui sont dans l'obligation de baisser leur coût moyen en deçà du prix fixé par l'assurance-maladie de façon à accroître leurs marges (Domin, 2014).

### **Un management sans ménagement**

La mise en œuvre de techniques de management issues du secteur privé heurte encore une organisation qui n'est pas prête à une évolution de ce type. La greffe de ces dispositifs de gestion pose plusieurs types de problèmes. Le modèle issu de la réforme hospitalière de 1958 repose sur un double pouvoir : celui des médecins chefs de service, autonomes dans leur choix médicaux, et celui des directeurs dont le rôle principal est de contrôler l'organisation (allocation des budgets aux différents services, gestions des ressources humaines, ...). L'association des praticiens à la gestion, objectif des réformes, pose trois types de difficultés. D'abord parce qu'elle équivaut à une perte de pouvoir pour les équipes de direction. Il faudrait donc envisager une coresponsabilité. Ensuite parce que sans système d'incitations, il y a un risque à voir se développer localement des services dépensiers. Enfin parce que le pouvoir de la CME est délibératif et non exécutif.

Mais, la conception strictement gestionnaire provoque une réaction de rejet chez les praticiens. D'abord parce qu'ils se voient réduits au seul statut d'offres de service mis en concurrence sur un marché. Ensuite, parce que cette logique écarte des notions fondamentales pour les médecins (confiance, intimité avec le patient, etc.) et déshumanise le malade (Ogien, 2000b). Enfin, parce que la réduction de l'activité médicale aux seuls indicateurs<sup>6</sup> écarte les dimensions morales qui y sont liées (Ogien, 2000a) et accélère la normalisation de l'art médical (Dumesnil, 2011). Les travaux d'Albert Ogien (2013, 1995) ont bien montré que l'introduction de méthodes de quantification d'abord dans les entreprises, puis ensuite dans les services de l'État reconfigure profondément l'architecture du pouvoir autour du manager dans la mesure où celui-ci monopolise les indicateurs sur lesquels prend appui la gestion. L'opposition des médecins hospitaliers à la quantification de leur activité a ralenti pendant un temps la prise de pouvoir des équipes de direction et a favorisé les expérimentations de gouvernance hospitalière.

La révolution managériale n'a pas non plus séduit les personnels non médicaux. Ces derniers sont restés assez indifférents au référentiel proposé. La rationalisation de l'activité s'est traduite par la mise en œuvre de techniques de management dit participatif. Celles-ci se

---

<sup>5</sup> Groupe de malades à caractéristiques pathologiques et thérapeutiques communes et dont le coût est quasi similaire.

<sup>6</sup> L'introduction de la Tarification à l'activité repose sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui est un indicateur fournissant une série d'informations médicalisées. Le PMSI a été expérimenté dans les établissements hospitaliers à partir de 1982 et a été officiellement mis en place comme clé de répartition des budgets en 1996 (Domin, 2013b).

manifestent d'une part par la rationalisation des flux de patients, en d'autres termes la constitution de GHM, mais également la standardisation des procédures de soins, ainsi que la mise en place de nouveaux types de chronométrages pour mesurer le travail et évaluer les personnels. D'autre part, les politiques font appel à l'initiative individuelle, l'autonomie, la polyvalence et la participation à la vie de l'établissement. Ce développement contradictoire entre professionnalisation et déprofessionnalisation a déjà été mis en évidence dans le secteur des services. Les techniques de management issues du secteur privé, comme le projet d'établissement, permettent aux directions d'inciter les personnels soignants à renoncer à la référence artisanale de leur métier pour passer à ce que Lise Demailly (1998) appelle la « professionnalité managérialisée ».

Enfin, la démarche par projet prônée par la loi du 31 juillet 1991 s'appuie sur l'encadrement afin de favoriser l'entente entre les différents métiers à l'hôpital. Dans le cadre du projet social, les personnels sont sollicités pour donner leurs avis sur des thèmes assez variés. Or, cette technique a généré de grandes déceptions. Certaines personnes estiment avoir été trompées sur les objectifs des dispositifs en fournissant des informations. D'autres, en majorité des infirmières et des aides-soignantes, ont le sentiment de ne pas avoir été écoutées. Les déplacements successifs, de service en service, sans aucune possibilité d'évolution de carrière renforcent cette impression. L'expérimentation de techniques néo-tayloriennes de rationalisation de l'activité des centres hospitaliers a favorisé le développement d'une évaluation des personnels (chronométrage). Cette transformation organisationnelle a généré de nombreuses formes de contestation, mais également des dysfonctionnements évidents (Dembinski, 2000). Malgré, ce constat peu favorable, les pouvoirs publics ont continué dans cette voie.

L'application de méthodes de management issues des entreprises privées, qui s'apparente à une forme de privatisation dans la mesure où elle est issue de techniques de management venues du secteur privé, se fait sans ménagement et heurte une communauté professionnelle qui a du mal à l'accepter. Les personnels médicaux et non médicaux sont restés sourd au référentiel managérial imposé qui va, selon eux, à l'encontre du compromis fondateur de l'hôpital public (Domin, 2013a). Philippe Mossé (1997) a montré en utilisant la métaphore du lit de Procuste qu'il y a un risque à sacrifier les missions sociales de l'hôpital. Depuis le début des années 1980, les réformes mises en œuvre ont contribué à la dégradation des conditions de travail des personnels (chronométrage, standardisation des tâches, etc.) et a suscité leur opposition. Mais, les pouvoirs publics sont restés sourds à leur colère, préférant maintenir le cap plutôt que de tenter de réformer autrement. La dernière loi dite HPST du 21 juillet 2009 en constitue un exemple éloquent. Cette logique gestionnaire n'a fait qu'accentuer le malaise hospitalier. C'est un des traits de la gestion qui, comme le montre Vincent de Gauléjac (2005, p. 13) « sous une apparence pragmatique et rationnelle, (...) sous-tend une représentation du monde qui justifie la guerre économique ».

## **Bibliographie**

Philippe Bezes, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Puf, 2009.

Lise Demailly, « La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels », *Travail et emploi*, n° 76, 1998, p. 3-24.

Olivier Dembinski, « L'innovation à l'hôpital est-elle possible ? Le cas des démarches participatives de l'encadrement soignant », in Geneviève Cresson, François-Xavier Schweyer (Eds), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000, p. 47-57.

- Jean-Paul Domin, « Établissements hospitaliers : comment l'État fait-il son marché ? », in Patrick Le Galès, Nadège Vezinat (Eds), *L'État recomposé*, Paris, Puf-la vie des idées, 2014, p. 59-71.
- Jean-Paul Domin, « Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu », *La revue du Mauss*, n° 41, 2013a, p. 41-52.
- Jean-Paul Domin, *Une histoire économique de l'hôpital (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome II (1945-2009)*, Paris, CHSS, La Documentation française, 2013b.
- Peter Drucker, *La pratique de la direction des entreprises*, Paris, Les Éditions d'organisation, 1957.
- Julien Dumesnil, *Art médical et normalisation du soin*, Paris, Presses universitaires de France, 2011.
- Vincent Gauléjac (de), *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Éditions du Seuil, 2005.
- Christopher Hood, « A public management for all seasons ? », *Public administration*, vol. 69, n° 1, 1991, p. 3-19.
- Patrick Mordelet, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2006.
- Philippe Mossé, *Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1997.
- Pierre Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, 2000, p. 189-207.
- Albert Ogien, *Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public*, Versailles, Éditions Quæ, 2013.
- Albert Ogien, *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1995.
- Albert Ogien, « La volonté de quantifier. Conception de la mesure de l'activité médicale », *Annales, histoire, sciences sociales*, vol. 55, n° 2, 2000a, p. 283-312.
- Albert Ogien, « Médecine, santé et gestion », in Geneviève Cresson, François-Xavier Schweyer (Eds), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000b, p. 133-148.
- B Guy Peters, « Nouveau management public (New public management) », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot, Pauline Ravinet (Eds), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Éditions de la FNSP, 2014, p. 398-404.
- Frédéric Pierru, « L'hôpital entreprise. Une *Self-fulfilling prophecy* avortée », *Politix*, n° 46, 1999, p. 7-47.
- Frédéric Pierru, « Les agences régionales de santé : une bonne idée au service d'une mauvaise politique », in Bertrand Mas, Frédéric Pierru, Nicole Smolski, Richard Torrielli (Eds), *L'hôpital en réanimation*, Bellescombes-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2011, p. 113-125.
- Alexander Preker, April Harding, *Innovation in health service delivery. The corporatization of public hospitals*, Washington DC, The world bank, 2003.
- Alain Rey (Éd.) *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Éditions Le Robert, 2010.
- S.-A. Ross, « The economic theory of agency : the principal's problem », *American economic review*, vol. 63, n° 2, 1973, p. 134-139.
- François-Xavier Schweyer, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, vol. 44, n° 135, 2006, p. 45-60.

Publié dans [laviedesidees.fr](http://laviedesidees.fr), le 4 avril 2016

© [laviedesidees.fr](http://laviedesidees.fr)