

Revue européenne
des sciences sociales

European Journal of Social Sciences

Revue européenne des sciences sociales

European Journal of Social Sciences

XLIV-135 | 2006

Citoyenneté et démocratie providentielle

Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital

François-Xavier Schweyer



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ress/251>

DOI : 10.4000/ress.251

ISSN : 1663-4446

Éditeur

Librairie Droz

Édition imprimée

Date de publication : 1 août 2006

Pagination : 45-60

ISBN : 9-782-600-01108-2

ISSN : 0048-8046

Référence électronique

François-Xavier Schweyer, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLIV-135 | 2006, mis en ligne le 13 octobre 2009, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/ress/251> ; DOI : 10.4000/ress.251

François-Xavier SCHWEYER*

UNE PROFESSION DE L'ÉTAT PROVIDENCE, LES DIRECTEURS D'HÔPITAL

L'hôpital public n'a cessé, en France comme dans les autres pays européens, de contribuer à préserver le lien social par ses missions de soins et par l'accueil des détreffes multiples. La situation française est toutefois singulière en ce que l'hôpital n'a que très progressivement été intégré au projet de protection sociale qui allait aboutir à l'Etat providence. Les communes en ont assuré la gestion jusqu'en 1941, et les maires étaient les présidents nés des commissions administratives. L'hôpital public était alors à l'image de la France, c'est-à-dire régi par une double référence et un double système de valeurs¹. Dans les grandes villes et les bassins industriels, la République avait entrepris la laïcisation des établissements et promu la formation d'un personnel soignant laïc pour accompagner la modernisation et la médicalisation des établissements, que permettait la création des premières assurances sociales. Dans la France rurale, les hôpitaux étaient gouvernés par les notables et souvent les congrégations, dans le cadre d'un système de contrôle des pratiques collectives établi sur des valeurs traditionnelles. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que l'hôpital est véritablement devenu une affaire d'Etat². La création de la Sécurité sociale lui a apporté des ressources pérennes; une administration hospitalière a été créée; la formation des médecins a été réformée et ancrée au cœur de l'hôpital public. L'hôpital est devenu un élément essentiel de l'Etat social, par ses missions réparatrices et solidaires, par la création massive d'emplois, mais aussi parce qu'à travers l'institution hospitalière, l'Etat s'est affirmé dans un secteur où il n'avait jusqu'alors été que très peu présent.

Le développement de l'Etat d'intervention³ dans le domaine sanitaire peut être analysé au travers de la création d'une nouvelle profession de l'Etat providence, celle de directeur d'hôpital. L'étude ici présentée s'inscrit dans la perspective adoptée par Dominique Schnapper dans plusieurs de ses travaux traitant du système administratif, de la sécurité sociale, des chômeurs ou des travailleurs immigrés, et qui se caractérise par une interprétation globale des activités et statuts professionnels. Plus précisément, par le souci d'inscrire des expériences vécues par

* Professeur à l'Ecole nationale de la santé publique, chercheur au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires; fxschweyer@ensp.fr

¹ D. Schnapper, *La France de l'intégration*, Paris, Gallimard, 1991, p. 110.

² C. Maillard, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris, Dunod, 1984.

³ L'expression est reprise de D. Schnapper, *La démocratie providentielle Essai sur l'égalité contemporaine*, Paris, Gallimard, « nrf/essais », 2002.

des individus, et les réinterprétations de leurs identités, dans des formes sociales, donc politiques, qui leur donnent sens⁴. Afin de comprendre comment l'hôpital, institution multiséculaire ayant pour vocation l'accueil des plus pauvres, a été intégré dans un projet politique commun, il convient d'analyser la constitution d'une administration hospitalière spécifique, créée sur le modèle de l'administration d'Etat. La démarche sociologique entendant dépasser le « fait administratif » au sens juridique du terme, et s'intéresser au rapport de fait qui s'établit entre le système administratif et les agents qui le composent, nous avons choisi d'analyser les relations qui se sont tissées entre le groupe professionnel des directeurs d'hôpital et le système hospitalier. Quand D. Schnapper a étudié la haute administration française dans les années 1970, elle n'a pas intégré dans son échantillon les directeurs d'hôpital⁵, et pour cause car il s'agissait d'un corps technique sans renom. Mais les analyses qu'elle a développées se révèlent d'une grande pertinence pour rendre intelligibles les dynamiques professionnelles. Ainsi, il est frappant de constater qu'en trente ans, le corps des directeurs d'hôpital a reproduit certains traits caractéristiques de l'administration, illustrant une permanence qui est celle de la société française. On retrouve par exemple le double système de valeurs fondé sur les valeurs de sécurité et les valeurs de prestige : l'obtention de la garantie de la carrière d'un côté et de l'autre, la réduction des écarts entre corps administratifs jusqu'à obtenir l'alignement sur les administrateurs civils. Un autre exemple est l'importance du contrôle informel, qu'il s'agisse d'une idéologie propre au milieu construite autour de la notion de service public, ou du contrôle du recrutement. L'école nationale de la santé publique est aujourd'hui considérée par les directeurs d'hôpital comme « leur » école et quand la loi du 9 août 2004 prévoit la création d'une nouvelle école des hautes études en santé publique, les directeurs d'hôpital se mobilisent pour obtenir la création d'un institut qui leur soit réservé et dont ils auraient le contrôle.

Dans un premier temps, nous chercherons à comprendre comment les premiers directeurs d'hôpital ont pu construire une fonction nouvelle et l'imposer aux notables et aux médecins jusqu'alors tout puissants au sein des établissements. Nous étudierons ensuite les conditions qui ont permis de constituer un corps administratif puissant face au pouvoir politique et au corps médical. L'analyse pour être complète doit dépasser le périmètre de l'administration hospitalière et c'est pourquoi nous étudierons l'intégration toute récente des directeurs d'hôpital à la haute fonction publique et ses conséquences. Cette intégration qui vaut consécration invite à s'interroger sur les rapports entre le pouvoir politique et les dirigeants hospitaliers pour mettre en valeur les enjeux de la modernisation de l'hôpital public.

⁴ Je reprends ici une idée développée par D. Schnapper dans le panorama de son œuvre présenté lors de la réception du Prix Balzan, en 2002.

⁵ A. Darbel, D. Schnapper, *Morphologie de la haute administration française. Le système administratif*, Paris, Cahiers du centre de sociologie européenne, Mouton, 1972.

COMMENT L'ÉTAT SOCIAL A PRIS LE CONTRÔLE DE L'HÔPITAL PUBLIC

La réglementation hospitalière, à la fin de la III^e République, n'avait pratiquement pas changé, ni en droit ni en fait, depuis la loi du 6 juillet 1851. L'hôpital hospice était resté un établissement municipal réservé aux indigents⁶. Il participait à la protection sociale par ses missions d'assistance. L'interventionnisme de l'État en matière de protection sociale qui s'est affirmé de 1880 aux premières années du vingtième siècle et qui a été un des éléments de consolidation de la République, n'a pas concerné l'hôpital. Les premières lois sociales instaurant l'aide médicale gratuite, la protection des accidentés du travail ou, après 1918, les infirmes et invalides de guerre, n'avaient eu que peu d'effets sur le fonctionnement des hôpitaux. Le vote des premières assurances sociales, à partir de 1928, posa la question de l'accueil des nouveaux « malades payants » et, par voie de conséquence, celle des ressources hospitalières. L'instauration des assurances sociales a favorisé l'accroissement des tarifs médicaux et a donné une forte impulsion au développement de la médecine et à l'autonomisation d'un secteur de la santé. Ainsi s'explique la création de nombreuses cliniques privées, qui constituent aujourd'hui encore une spécificité du système français. Paradoxalement, l'hôpital n'a participé au mouvement que parce que le recours à l'assistance restait indispensable pour bon nombre d'assurés. Le développement d'une protection sociale fondée sur le principe de l'assurance justifiait que des réformes fussent mises à l'étude⁷. Elles n'aboutirent qu'en 1941, avec le vote de la loi du 2 décembre qui marqua un tournant décisif pour l'hôpital public. L'innovation majeure fut de l'ouvrir à toutes les classes de la société : l'hôpital allait devenir une affaire d'État. L'ordonnance du 15 juin 1945 reprit l'essentiel de la loi de 1941. Bien qu'elle ne fût que très partiellement appliquée, elle traduisait une affirmation inédite de l'État sur les questions hospitalières, par l'exposé de principes fondamentaux concernant les hospitalisés, l'administration et le corps médical. Cette décision politique, au sens qu'utilise H. Jamous, c'est-à-dire « un processus d'institutionnalisation destiné à organiser et à créer une réponse collective à une situation problématique »⁸ exprimait une conception nouvelle de l'hôpital que les directeurs d'hôpital allaient progressivement mettre en œuvre ; l'hôpital est ainsi devenu un élément important de l'essor de l'État social. Comment a été possible cet arrimage d'une institution locale et traditionnelle à l'élan modernisateur d'un État social en plein développement ? Sachant qu'on ne change pas une société par décret, comment expliquer sociologiquement les transformations opérées ? Il ne s'agit pas ici de reprendre les nombreux travaux d'histoire hospitalière, encore moins de contribuer à une histoire de l'État social, mais de montrer à partir de l'exemple des directeurs

⁶ La santé mentale relevait d'une organisation particulière. Les aliénés étaient pris en charge dans des établissements départementaux depuis 1838.

⁷ P. Reynaud, L. Veyret, « Les origines de la loi du 21 décembre 1941 », in *Histoire des hôpitaux en France*, Imbert (J.) et alii, *op. cit.*, repris dans le n° 600 de *Techniques hospitalières*, octobre 1995, pp. 22-23.

⁸ H. Jamous, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Editions du CNRS, 1969, p. 36.

d'hôpital la dynamique de création d'une profession statutaire à la française⁹ au cœur de l'Etat providence.

Les premiers directeurs d'hôpital ont été nommés en vertu du décret d'application de la loi de décembre 1941, publié le 17 avril 1943 et stipulant qu'un «agent, appointé par l'établissement, est chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative». Cet agent, autrefois secrétaire de la commission, est désormais «directeur» dans les établissements de plus de 200 lits, et «directeur-économiste» dans ceux de moins de 200 lits¹⁰. Le directeur ne fut d'abord qu'un secrétaire de la commission administrative, et sa fonction n'exista comme telle que dans la mesure où son entourage voulait bien la reconnaître. Car l'hôpital était présidé par le maire qui dirigeait l'établissement, fixait le budget et le prix de journée sur lequel le préfet exerçait toutefois un contrôle. Le directeur devait exécuter les décisions de la commission administrative qui nommait en son sein un ordonnateur pour signer les mandats. Les médecins étaient des «visiteurs», qui passaient quelques heures par jour à l'hôpital¹¹. Ils n'en étaient pas moins en position de force par rapport à l'administration et leurs usages avaient valeur de règles. Leur importance sociale et morale fondait un pouvoir discrétionnaire, sorte de combinaison d'un pouvoir d'auto-réglementation propre à une profession libérale et d'un pouvoir technico-charismatique fondé sur le savoir et l'expérience qu'eux seuls possédaient. Que pouvait représenter un directeur nouvellement nommé dans un tel environnement social ?

L'ÉMANCIPATION PAR LES OUTILS DE GESTION

Les bouleversements sociaux de l'après-guerre et la révolution technique et scientifique de la médecine expliquent que le rôle des directeurs se soit peu à peu affirmé, souvent contre les pouvoirs existants. Le développement de la Sécurité sociale, créée en 1945, fait apparaître un malade d'un type nouveau, l'assuré social qui n'est ni l'indigent ni le payant direct. Dans l'immédiat après-guerre, les assurés sociaux sont peu visibles et l'économie de rationnement domine les esprits. Mais à mesure que le pays se redresse, que le nombre des assurés sociaux augmente, de nouvelles exigences sociales vont s'imposer à l'hôpital. La «révolution invisible» est en marche¹². Vouloir transformer l'hôpital en centre de soins pouvait paraître comme un projet politiquement des plus hardis aux yeux des pouvoirs locaux, municipaux et religieux. Beaucoup d'hôpitaux s'inscrivaient encore dans la logique de la bienfaisance et offraient un «plus» aux indigents et aux

⁹ C. Dubar, P. Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, coll U, 1998.

¹⁰ M. Rochaix, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien régime à nos jours*, Paris, Berger-Levrault, 1996, p. 281.

¹¹ Le plein temps hospitalier ne sera créé qu'en 1958. Les médecins qui travaillaient alors à l'hôpital étaient des médecins libéraux dont l'activité principale et lucrative se trouvait en ville et dans les cliniques.

¹² D. Aron-Schnapper, *La révolution invisible. Recherches sur la diffusion de la connaissance en matière de Sécurité sociale*, Association pour l'histoire de la Sécurité sociale, 1989.

vieillards démunis. L'insuffisance des équipements était justifiée par le souci de vivre des ressources propres, dans une logique insulaire de l'économie à tout prix. La fonction de directeur d'hôpital relevait quant à elle d'une idéologie nouvelle, fondée sur l'idée de progrès, d'une idéologie politique qui suppose que l'action publique soit régie par le droit et la science. Les directeurs d'hôpital entendaient développer leur fonction dans l'esprit de l'Etat modernisateur, avec le soutien des administrateurs de la Sécurité sociale désormais membres des commissions administratives. Avant d'être des gestionnaires, ils furent les promoteurs d'une conception du malade et de sa dignité qui rompait avec les bons sentiments d'un ordre révolu. Plus fondamentalement, ils furent les artisans de l'intégration nationale en permettant à tous d'accéder aux droits sociaux. En introduisant à l'hôpital des équipements conformes au progrès de la science et des techniques médicales, ils furent les alliés des médecins modernistes. Mais ils s'opposaient en même temps à une partie du corps médical favorable au partage tacite des malades entre l'hôpital public et les cliniques privées.

Longtemps, la « politique hospitalière » fut locale et médicale. Toutefois, à la faveur des travaux du Conseil économique (1952), de la publication du Code de la santé publique (1953), du recensement général de l'équipement hospitalier (1954), de l'intégration de l'hôpital public dans le IIe Plan en cours (1956), l'Etat a défini peu à peu les prémices d'une politique publique, prémices qui furent utilisées comme des outils d'émancipation par les directeurs d'hôpital. Ce fut d'abord le plan comptable hospitalier de 1953, qui élargit la notion de prix de journée pour permettre l'autofinancement. La comptabilité, matière qui prévalait jusqu'alors, ignorait les notions d'amortissement, de provisions, de constitution de réserves ou d'emprunts. Les prêts de la Sécurité sociale, le système des prix de journée et la nouvelle comptabilité hospitalière, en offrant à l'hôpital les moyens d'assurer son autofinancement, le libéraient de l'emprise des notables locaux. En assurant l'autonomie financière des hôpitaux, ils consacraient leur autonomie tout court. Beaucoup de directeurs d'hôpital jouèrent d'une connivence culturelle avec les médecins modernistes pour mener une politique relativement autonome par rapport aux pouvoirs publics, puisque fondée sur les besoins définis par eux-mêmes. L'agilité comptable dans le calcul des prix de journée n'a pas engendré *ipso facto* une gestion rigoureuse des hôpitaux. Les prix de journées explosèrent. Dès le début, le directeur d'hôpital s'est défini par rapport à « son » établissement. Son référentiel d'action était local mais moderne et médicalisé, et ouvert à la population. Les relations avec la tutelle n'en furent pas affectées, grâce à la croissance économique.

Le statut général du personnel des établissements d'hospitalisation, créé par décret en 1955, constitua le deuxième outil d'émancipation. Il permit d'introduire une gestion du personnel jusqu'alors inexistante au sein de beaucoup d'établissements. En donnant aux agents hospitaliers un statut, les pouvoirs publics entendaient contribuer à une clarification des compétences et à une définition des qualifications professionnelles. L'installation d'un comité supérieur de la Fonction hospitalière (1956) annonçait la création d'une véritable Fonction publique hospitalière qui verra le jour trente ans plus tard (1986). L'hôpital allait devenir un employeur d'importance, grâce au recrutement massif d'une main d'œuvre qualifiée essentiellement féminine. Il participait à ce que D. Schnapper a appelé le projet d'une société producti-

viste¹³, par l'affirmation de la compétence professionnelle et l'offre de projets professionnels. En recrutant du personnel qualifié, en organisant des formations professionnelles¹⁴, les directeurs étaient les alliés objectifs des médecins, ou plutôt du développement médical. Car certains médecins avaient leurs habitudes, ils connaissaient « leurs gens » et ne voulaient pas en changer. Par leur souci de la qualification du personnel soignant, par l'attention portée au respect des nouvelles réglementations, les directeurs ont souvent aidé ceux des médecins qui entendaient imposer de nouvelles pratiques dans les établissements hospitaliers, même si ceux-là percevaient « l'administration » au travers de son incapacité à fournir, sur le champ, les nouveaux équipements demandés. Les nouveaux statuts permettaient aussi la mobilité des personnels soignants en offrant une carrière qui n'était plus locale et dont l'effet fut une homogénéisation progressive des cultures au travail au sein des hôpitaux.

Les outils comptables et les techniques administratives dont les directeurs d'hôpital ont été les promoteurs, traduisaient les exigences de rationalité d'une société en voie de modernisation. On peut dire que l'État s'est imposé à l'hôpital par un processus croissant de bureaucratisation et de rationalisation. Mais le sens des transformations ne s'arrêtait pas au seul cadre de la rationalité. Pour l'expliquer, il convient de prendre en considération le conflit d'intérêts et de valeurs qui opposait les groupes sociaux. Une nouvelle légitimité se dessinait qui n'était ni celle du notable « propriétaire » du patrimoine de l'hôpital, ni celle du médecin responsable de la santé de ses malades : il devenait possible de parler de l'hôpital, de sa conduite et de sa modernisation, sans être médecin. Cette nouvelle légitimité d'essence collective et économique mettait en cause les normes et les valeurs d'une certaine bourgeoisie traditionnelle et le poids prépondérant des milieux médicaux locaux sur les politiques hospitalières.

LA CRÉATION D'UN GROUPE PROFESSIONNEL

On comptait, dans les années 1950, environ 1000 directeurs d'hôpital, c'est-à-dire un peu plus que le nombre d'établissements. Hormis dans les grands hôpitaux des villes de Faculté, il n'existait pas d'équipe de direction. Les directeurs étaient seuls et dispersés, et n'avaient guère d'occasion de se retrouver, si ce n'est dans les congrès des unions régionales de la Fédération hospitalière de France. Si un métier de directeur avait été progressivement défini à partir de compétences spécifiques et d'une forme de technicité, d'une certaine autonomie aussi et au prix de luttes idéologiques plus ou moins vives selon les localités¹⁵, il n'existait pas encore de véritable groupe professionnel.

¹³ D. Schnapper, *La France de l'intégration*, op. cit., p. 246 et s.

¹⁴ F.-X. Schwyer, « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation des soins ? », in G. Cresson et F.-X. Schwyer, (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Editions ENSP, 2000, pp. 149-171.

¹⁵ A Macheoul, en Loire Atlantique, un directeur s'est vu reprocher (en 1955) de promouvoir « une médecine socialiste ».

Un système hospitalier traditionnel se mourait tandis qu'un nouveau système s'annonçait sous la pression des techniques médicales et des nouvelles exigences sociales. On a coutume de situer en 1958 la charnière entre ces deux « moments » historiques¹⁶. Les ordonnances de 1958 ont en effet donné un nouveau statut à l'hôpital public, mais surtout elles ont transformé les études médicales et instauré pour les médecins le plein temps hospitalier. Les réformes n'ont pas été faites avec le soutien de la profession médicale mais contre elle, du moins contre son *establishment*. Non que les médecins aient été tous opposés aux évolutions, loin s'en faut. Le plan santé du Front Républicain de 1956 évoquait « la révolte » des jeunes médecins contre les causes indéniables du retard de la médecine française¹⁷. Plus tard, la partie la plus consciente du milieu médical hospitalier admettra la nécessité d'une adaptation pour répondre aux exigences créées par l'évolution sociale et les progrès techniques. Des initiatives et des expériences de solutions nouvelles pour s'adapter à l'évolution technique et sociale existaient en milieu hospitalier. Mais les réformateurs étaient minoritaires et le milieu médical était constitué de « systèmes auto-entretenus » autour des facultés, incapables de secréter une volonté de changement réelle. C'est pourquoi la réforme de 1958 a été considérée comme un coup de force qui a remis en cause le caractère libéral des médecins hospitaliers. L'introduction de la biologie bousculait l'orientation clinique de la médecine française, et à travers elle le système de défense d'un corps médical soucieux de préserver des positions acquises au sein des facultés, mais aussi une identité forte.

Une décennie fondatrice pour les directeurs d'hôpital s'ouvrait, fondatrice dans le sens où vont se mettre en place les environnements législatifs, administratifs et professionnels qui leur permettront de devenir un groupe influent. Pour qu'il y ait identification à un métier, il faut qu'existe un groupe de référence qui réunisse ceux qui ont des lieux et des pratiques de travail similaires, la construction de la similitude étant sociale et partiellement arbitraire¹⁸. Car les premiers directeurs d'hôpital étaient d'origines très diverses (agents hospitaliers promus, fonctionnaires de différentes administrations, jeunes lauréats du concours externe, militaires) et n'avaient pas *a priori* d'identité commune. Un groupe professionnel allait se construire à partir des pratiques de travail devenues de plus en plus semblables à mesure que le droit et la gestion les définissaient. La modernisation et la médicalisation des établissements créaient un espace de travail partagé et un champ de compétence original. Les budgets hospitaliers en forte croissance rendaient la gestion plus complexe et devenaient objet de préoccupation pour les pouvoirs publics. Au plan institutionnel, une tutelle technique fut créée¹⁹ ainsi qu'un cadre (il est vrai peu contraignant) sous la forme d'une planification des équipements²⁰. Au plan professionnel, il fut décidé d'instaurer une formation pour les

¹⁶ H. Jamous, *Sociologie de la décision*, *op. cit.*

¹⁷ *Ibid.*, p. 58.

¹⁸ L. Demailly, « Professions, organisations, politiques », *Actes des journées de sociologie du travail*, Blankenberge, 1997.

¹⁹ La création des directions départementales de l'action sanitaire et sociale date de 1964.

²⁰ B. Jobert, *Le social en Plan*, Paris, Editions Ouvrières, 1981.

directeurs d'hôpital et cette mesure a été décisive pour la constitution et la visibilité du groupe professionnel. Un stage de formation professionnelle a été institué en 1961²¹ à l'école nationale de la santé publique (ENSP), implantée à Rennes depuis 1960. De médiocres conditions de début de carrière, un métier peu ou pas connu, de nombreuses modalités de recrutement par voies parallèles expliquent que les candidats ont été peu nombreux dans les premières années de la formation. Cependant, la nouvelle école offrait un temps de brassage entre « internes » et « externes » et un lieu de socialisation professionnelle qui permit la naissance d'un esprit de corps, renforcé par l'essor remarquable d'un syndicat corporatiste, le syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH). Un travail politique de revendication d'un meilleur statut va alors fédérer les directeurs dans une logique d'intérêt. L'essor de l'hôpital public donnait une légitimité à leur fonction; il leur offrait aussi une forme de mythe mobilisateur: « mettre les progrès de la médecine à la portée de tous ». Les principes républicains d'universalité et d'égalité formaient le ciment symbolique donnant consistance au groupe professionnel.

L'INVENTION D'UNE PROFESSION STATUTAIRE À LA FRANÇAISE

L'essor considérable de l'hôpital public dans les années 1970 répondait au souci de moderniser les établissements pour satisfaire les nouvelles exigences sociales. Il a été entrepris dans une logique de développement local, les médecins en étant les acteurs centraux. Les chefs de service étaient nommés, quasiment à vie, par le ministère chargé de la santé et il n'existait pas de véritable contrôle externe sur l'activité hospitalière. La place de la profession médicale en France²², profession autonome qui s'autocontrôle, explique pour une bonne part la faiblesse de la régulation publique du secteur hospitalier. Or la tension grandissante entre l'évolution des capacités de financement de la Nation et la progression continue des budgets hospitaliers a donné à la maîtrise des dépenses un caractère stratégique évident. Comment les directeurs d'hôpital, dont on ne peut pas dire qu'ils maîtrisaient cette incertitude, ont-ils tiré parti du caractère stratégique de leur fonction pour négocier une revalorisation de leur statut? Comment ont-ils créé une véritable profession statutaire, capable de tutoyer les médecins? Pour le comprendre, il convient d'abord de prendre la mesure de la transformation du système hospitalier. Les médecins hospitaliers de plus en plus nombreux sont restés maîtres de leurs activités, mais le cadre de leur exercice s'est profondément modifié sous l'effet du développement des outils de régulation et des politiques de santé publique. On verra ensuite comment les directeurs d'hôpital ont fait valoir leurs responsabilités croissantes pour obtenir un statut de dirigeant. L'analyse des débats internes au sein de ce corps technique devenu puissant montrera enfin comment la tentative pour constituer une expertise originale

²¹ F.-X. Schweyer, « La formation des directeurs d'hôpital. Trente ans de réforme et de débats », *Revue fondamentale des questions hospitalières*, juin 2002, n° 5, pp. 111-175.

²² P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de la FNSP, 1997.

fondée sur le management hospitalier ayant échoué, c'est une profession statutaire qui s'est affirmée.

LA GRANDE TRANSFORMATION DE L'HÔPITAL PUBLIC

L'examen de la croissance sans précédent de l'hôpital public, de l'essor des budgets qui justifiera l'instauration du « budget global » en 1983 (dont les effets en terme de ralentissement de la croissance des dépenses n'ont pas été très probants) montre que les directeurs d'hôpital ont bénéficié de marges de manœuvre considérables pour assurer le développement de leurs établissements. Cette période a été, jusqu'au milieu des années 70, celle du directeur agent du progrès dans une société en croissance guidée par un Etat modernisateur. La mémoire collective en a retenu l'image d'un âge d'or où tout aurait été facile en matière de développement. L'analyse montre qu'il s'agit en fait d'une période charnière entre la pénurie de l'hospice et l'essor de l'Etat régulateur.

L'idée selon laquelle les médecins sont systématiquement opposés à l'administration est commune, elle n'en est pas moins fautive. Les médecins se sont montrés divisés face au développement de l'hôpital public. Les centres hospitaliers et universitaires (CHU) ont été les figures de proue de la modernisation. Les effets de la réforme de 1958 n'ont été manifestes que dans la décennie 1970. La médecine hospitalière moderne a pris son essor dans un contexte de lutte interne à la profession médicale. Le caractère sacré de la médecine était utilisé par les médecins opposés aux changements comme moyen de pression idéologique, l'indépendance absolue de la profession était présentée comme la condition *sine qua non* de soins de qualité. Les médecins biologistes, dont certains étaient allés se former à l'étranger, savaient que le travail médical scientifique moderne exigeait des plateaux techniques et, pour eux, le salariat n'était pas un asservissement. Ils jouèrent un rôle essentiel dans les réformes. Une alliance objective a uni les directeurs d'hôpital aux médecins modernistes pour promouvoir la médicalisation des établissements, très en retard par rapport aux cliniques privées. Mais contrairement à une idée répandue, les directeurs d'hôpital n'ont pas été le bras armé de l'Etat. Jusqu'aux années 1980, ils étaient plutôt des entrepreneurs locaux du service public hospitalier, soucieux d'offrir à tous les progrès de la médecine²³. Les hôpitaux ont été jusqu'en 1983 financés par un prix de journée versé par l'Assurance maladie. Le rapport à l'Etat des directeurs d'hôpital était ténu et ambigu. Ils avaient le sentiment d'être les véritables auteurs de la politique hospitalière.

L'intensification des activités hospitalières nécessita le recrutement et la professionnalisation des personnels paramédicaux, devenus notoirement insuffisants. La généralisation de l'usage des techniques médicales exigeait un personnel qualifié. Les effectifs médicaux ont connu un accroissement spectaculaire: 9082 médecins salariés en 1965, 53 010 en 1999. Les recrutements de personnel infirmier et paramédicaux ont été massifs: 35 000 infirmières en 1955, 195 000 en

²³ F.-X. Schweyer, « Les directeurs d'hôpital: des entrepreneurs locaux du service public hospitalier? », *Revue française des affaires sociales*, N° 4, octobre 2001, pp. 115-121.

1995. L'hôpital est devenu un employeur important et, dans certaines régions, essentiel. Il a participé au rôle « d'ascenseur social » de l'Etat providence, en permettant aux agents de faire carrière par le jeu des promotions statutaires et des concours, mais aussi des formations qualifiantes. La qualification et la spécialisation qui l'accompagne ont révolutionné et multiplié les métiers de l'hôpital public²⁴. Un encadrement intermédiaire s'est développé, qu'il s'agisse des ingénieurs de plus en plus nombreux ou de l'encadrement soignant. En 1975, sont créés le statut d'infirmière générale (le haut de la hiérarchie infirmière) et le service infirmier, sorte de territoire professionnel spécifique aux « soignants »²⁵. Dans leur souci de s'autonomiser par rapport aux médecins, les infirmières ont recherché un rôle propre fondé sur une expertise originale et une hiérarchie indépendante des médecins. Dans les faits, les infirmières générales ont assuré pour une bonne part des fonctions de gestion du personnel, ce qui les a rapprochées des services administratifs. La quête d'une identité originale, qu'elle soit technique pour les ingénieurs ou soignante pour les infirmières, n'a pas abouti à la constitution d'une « troisième voie » entre la logique médicale et la logique administrative. Au contraire, le nouvel encadrement a renforcé la logique administrative par l'apport de compétences techniques. Cependant les directeurs d'hôpital ont tout fait pour juguler la montée d'un nouveau pouvoir et leur stratégie a été de donner un caractère local aux nouveaux statuts accordés. L'absence d'une gestion nationale a affaibli les ingénieurs et les infirmières générales en les privant de visibilité et en les soumettant aux directions des établissements²⁶. La bureaucratisation de l'hôpital en a été renforcée.

A mesure que l'hôpital se transformait en une organisation professionnelle complexe et diversifiée, il faisait l'objet d'un débat sur le gonflement des budgets. La planification hospitalière définie en 1970 et fondée sur la carte sanitaire n'avait pas contrarié la gestion locale des hôpitaux, bien au contraire. Une réorganisation de l'administration sanitaire de l'Etat eut lieu en 1977, avec la création des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales. L'objectif était de rendre plus efficace la tutelle hospitalière. Les alertes et les préoccupations au sujet des dépenses de santé ont conduit à l'instauration du budget global en 1983. Une nouvelle période commençait. L'abandon du prix de journée déconnectait le montant du budget hospitalier du volume de l'activité médicale, la ressource financière n'était donc plus automatique comme elle l'était jusqu'alors. Les directeurs d'hôpital ont dénoncé l'ambiguïté d'un système où on leur demandait de « mieux gérer » des hôpitaux dont ils ne contrôlaient pas les ordonnateurs de fait qu'étaient les médecins. Les revues professionnelles se sont fait l'écho de ce paradoxe pour demander des pouvoirs accrus pour les directeurs. Ces derniers n'étaient

²⁴ I. Féroni, *Les infirmières hospitalières : la construction d'un groupe professionnel*, Université de Nice Sophia Antipolis, thèse pour le doctorat de sociologie, 1994.

²⁵ F. Acker, « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, vol IX, 2, juin 1991 et F.-X. Schwyer, « L'infirmière qui devient directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics » in *La compétence en question. Ecole, insertion, travail*, P. Merle (dir.), Rennes, PUR, 1993, pp. 127-148.

²⁶ F.-X. Schwyer, J.-L. Metzger, « L'ingénieur biomédical : gestionnaire du plateau technique hospitalier et instrument de cette gestion », in V. Boussard, éd., *Au nom de la norme : les dispositifs de gestion entre normes organisationnelles et normes professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 2006.

cependant pas dépourvus et, face à la multiplication des mesures de maîtrise des dépenses rendues nécessaires par la crise économique, ils restèrent des artisans du «développement malgré tout»²⁷. Si le budget global a constitué une contrainte forte pour les directeurs d'hôpital, il les a aussi confortés dans leur fonction. En effet, les médecins avaient jusqu'alors la maîtrise d'une incertitude doublement pertinente pour l'hôpital : du recrutement des patients dépendait l'activité de l'établissement mais aussi ses ressources financières. Or le budget global a scindé ces deux dimensions de l'incertitude²⁸. Les médecins maîtrisaient toujours le recrutement des patients, mais l'incertitude majeure était devenue financière et elle était du ressort des directeurs. L'affirmation d'une emprise administrative n'avait pas fait disparaître le pouvoir médical pour autant. C'est ce qui apparut clairement en 1984 quand le gouvernement tenta d'imposer aux médecins la départementalisation au sein des hôpitaux, dans le but de faire tomber les féodalités qu'étaient les services hospitaliers. Ce fut un échec. Le retrait de cette réforme a eu de lourdes conséquences pour la gestion hospitalière, il provoqua un *statu quo* organisationnel qui allait durer vingt ans.

LA CONQUÊTE D'UN STATUT DE «DIRIGEANT»

Les directeurs d'hôpital ont longtemps été confrontés au prestige social des médecins et des notables locaux. La constitution de l'administration hospitalière se heurtait au monde à la fois indépendant, artisanal et féodal de la médecine hospitalière. Les directeurs adhéraient au projet politique de l'Etat providence, celui de la modernisation et de la promotion des droits sociaux. Toutefois, ils ne se vivaient pas comme des «fonctionnaires» qui seraient soumis à l'Etat, mais comme des chefs d'établissement. Leur alliance avec les médecins, souvent masquée par le discours médical sur l'administration, a justifié leur résistance aux premières régulations budgétaires²⁹ et manifesté l'ambiguïté de leur relation à l'Etat. D'un côté, ils partageaient avec les autres fonctionnaires le refus d'être considérés comme tels et une forte aspiration à un statut supérieur; d'un autre côté, ils devaient affronter les effets paradoxaux des politiques de maîtrise des dépenses qui confortaient leur fonction au sein des hôpitaux et les plaçaient dans la position inconfortable de changer l'alliance historique qu'ils avaient nouée avec le corps médical. Tout s'est passé comme si le corps des directeurs d'hôpital avait négocié son ralliement à l'Etat au prix d'une revalorisation significative de son statut.

La pièce s'est jouée en plusieurs actes. Dans un premier temps, l'accroissement des effectifs du corps, justifié par le développement de l'hôpital, a permis de

²⁷ Expression retenue pour présenter les résultats de recherche sur l'hôpital des années 1980. A.-P. Contandriopoulos, Y. Souteyrand, (dir.), *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, Paris, MiRe, D.H., John Libbey, 1996.

²⁸ R. Chandernagor et J.-P. Dumond ont évoqué ce tournant du budget global dans : «L'hôpital des années 1990 et ses médecins», in *L'hôpital stratège. Dynamique locales et offre de soins*, op. cit, p. 212.

²⁹ F. Engel, J.-C. Moisson, D. Tonneau, «Contraintes affichée ou contrainte réelle? Analyse de la régulation du système hospitalier», *Sciences sociales et santé*, 1990, vol 8, n° 2, pp. 11-32.

constituer un groupe de pression. Le deuxième acte a été celui d'une refonte du statut et de la formation professionnelle dont la durée fut allongée à 27 mois par mimétisme avec l'École nationale d'administration, le statut d'administrateur civil ayant toujours été l'horizon professionnel des directeurs d'hôpital. Le dernier acte a été celui du partage des personnels de direction, avec la création d'un nouveau corps d'attachés d'administration hospitalière et la promotion des directeurs d'hôpital dans le monde de la haute fonction publique.

Les effectifs du corps des directeurs d'hôpital ont longtemps connu une croissance limitée en raison du statut de 1943 qui restreignait la fonction de directeur d'hôpital à celle de chef d'établissement, sauf dans les plus grands hôpitaux. Le profil dominant était celui du fonctionnaire en seconde carrière, entré par inscription sur liste d'aptitude, sans concours, avec une formation limitée à trois semaines de stage. La création d'une formation d'un an en 1961 a permis d'accroître la proportion d'étudiants « externes ». Le profil démographique du groupe professionnel allait changer rapidement par un mouvement de rajeunissement et de féminisation. Les jeunes entrants avaient une formation et des titres universitaires qui les mettaient en attente d'une carrière. A mesure que la fonction de directeur s'est affirmée, ils ont revendiqué un statut conforme à leur position et à leurs responsabilités. Après plusieurs années d'intenses revendications, un nouveau statut fut octroyé en 1969. La modification des attributions des directeurs prit tout son sens au travers de la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 qui a donné aux directeurs une compétence générale d'administration et de gestion de l'hôpital aux dépens du conseil d'administration.

Le statut de 1969 a supprimé les quotas qui bridaient les effectifs des équipes de direction, il devenait possible d'étoffer l'administration hospitalière par des recrutements massifs. Cette mesure eut d'autant plus d'effet que le concours s'était imposé comme voie « normale » d'entrée dans la profession. Les effectifs des promotions formées à l'ENSP, qui étaient d'une vingtaine jusqu'en 1968, doublèrent au début des années 70 et allèrent jusqu'à plus de 150 assistants par an au milieu de la décennie. Le corps comptait 1984 directeurs en 1972. En 1988, ils étaient plus de 4000 grâce aux recrutements externes. Ce doublement des effectifs eut au moins deux effets. D'une part, une diversification des métiers au sein du corps par la création de fonctions spécialisées de plus en plus nombreuses (finances, gestion du personnel, affaires médicales, travaux, etc.); d'autre part, la mise en place d'une gestion paritaire nationale à la Direction des hôpitaux qui avait été créée en 1970.

Le statut de directeur d'hôpital même revalorisé était celui d'un corps technique hétérogène rassemblant pas moins de cinq classes, du directeur d'hôpital local au directeur général de CHU. Cette relative indétermination a été entretenue car elle permettait de faire nombre en agrégeant des profils et des intérêts différents sous l'unique appellation de « personnels de direction ». Le développement de la concurrence entre syndicats (FO, SNCH, Syncass CFDT) n'a fait que renforcer ce que L. Boltanski a appelé « la force des agrégats faibles » en accroissant la cohésion d'un ensemble flou³⁰. La mobilisation du groupe s'est polarisée sur

³⁰ L. Boltanski, *Les cadres La formation d'un groupe social*, Paris, Editions de minuit, 1982, p. 480.

l'amélioration de la carrière. D. Schnapper a montré qu'il s'agit là d'une dimension essentielle du statut de l'emploi public et que, la sécurité de l'emploi étant considérée comme un acquis, l'insatisfaction qui caractérise les fonctionnaires de la moyenne fonction publique a pour objet la progression régulière en salaire et en reconnaissance. Mais celle-là a été vite compromise pour les jeunes directeurs arrivés en grand nombre dans les années 70. Comme on le sait, la progression indiciaire est liée à la classe d'appartenance, une progression de carrière exige de passer d'une classe à l'autre. Or la structure du corps par classe n'avait pas été modifiée. En 1972 par exemple, on comptait 58% des directeurs en 5^e et 4^e classes, 33% en 3^e classe (niveau d'entrée du concours externe), 20% en 2^e classe et seulement 5% en 1^e. En 1985, ces proportions n'avaient pratiquement pas changé et les directeurs de 3^e classes partageaient la sensation d'un blocage des carrières. Des tensions se firent jour qui amenèrent la Direction des hôpitaux à négocier avec les représentants professionnels un « repyramidage » du corps effectué en 1988 dans le cadre d'une refonte du statut. En parallèle, un travail de réflexion au sujet d'une nouvelle formation fut entamé dès 1984, pour aboutir en 1988 à la création d'une formation longue de 27 mois (identique à celle de l'ENA). Cette mesure a conforté le corps en donnant une légitimité à sa demande d'une meilleure reconnaissance.

En dix ans, on allait passer d'une pyramide de cinq étages à une échelle à trois niveaux. Dans un premier temps, les effectifs de la 1^e classe ont été triplés, ceux de la 2^e doublés et, d'autre part, le nombre de classes formant le corps des personnels de direction a été réduit à quatre en 1988 (disparition de la 5^e classe), puis à trois en 1996 (mise en extinction de la 4^e classe). Mais les tensions réapparurent car les jeunes générations avaient le sentiment d'être les victimes d'un système de carrière ralenti par le reclassement des 4^e classe et par des entrées au « tour extérieur » dans les postes à responsabilité. De nouvelles négociations pour la refonte du statut aboutirent en 2000 à l'instauration d'une garantie de carrière. D'une part, la répartition des effectifs budgétaires étaient de 35% en 1^e classe, 35% en 2^e et 30% en 3^e classe; d'autre part, la séparation du grade et de l'emploi fut instaurée par dissociation entre le classement des chefferies d'établissement et les grades des directeurs³¹.

La conquête d'un statut valorisé a bénéficié d'un contexte politique favorable alliant un mouvement de modernisation de la Fonction publique mise en débat à la fin des années 80 et un mouvement de rapprochement entre les trois Fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière. Comme dans l'ensemble de la Fonction publique, les systèmes de notation et d'avancement ont fait l'objet de débats, des expérimentations ont permis de mettre au point des entretiens d'évaluation qui ont accompagnés des revalorisations indiciaires. Par ailleurs, la création en 2001 des attachés d'administration hospitalière, équivalents des attachés d'administration centrale de la Fonction publique d'Etat a donné aux directeurs d'hôpital une position de corps dominant³², avec un cadre indiciaire hors échelle qui est celui de

³¹ En cela la Fonction publique hospitalière devenait, à l'instar de la Fonction publique d'Etat, une Fonction publique de carrière.

³² Voir pour l'analyse du phénomène des corps dans l'administration française F. Dupuy, J.-C. Thoëniq, *Sociologie de l'administration française*, Paris, Colin, 1983, p. 49 et ss.

la haute Fonction publique, alors que les attachés d'administration hospitalière constituent les personnels de direction relevant du cadre A général à la Fonction publique.

LA RECHERCHE INABOUTIE D'UNE EXPERTISE ORIGINALE

Avant d'être un fonctionnaire ou le représentant d'un corps, le directeur d'hôpital a été l'avocat de son établissement et tout l'incitait à se « fondre dans le local »³³. Longtemps, le directeur d'hôpital a été à la périphérie du champ administratif. Son identification subjective au monde des fonctionnaires n'a été que très progressive. Au cours des années 80, la profonde recomposition du champ hospitalier a exposé les directeurs aux réformes et les a impliqués dans des changements organisationnels auxquels ils n'étaient guères préparés. L'absence de soutien méthodologique de la part des tutelles et une forme de désarroi face aux restructurations annoncées peuvent expliquer l'attrait qu'exercèrent un moment le management et le modèle de l'hôpital-entreprise sur la profession³⁴. La Direction des hôpitaux passa contrat avec l'école des hautes études commerciales (HEC) pour une formation managériale, dans le but de promouvoir à terme une gestion hospitalière indépendante et proche de celle de l'entreprise³⁵. Parmi les directeurs, quelques-uns virent dans le management hospitalier l'opportunité de disposer d'une expertise originale qui aurait accru leur légitimité face aux médecins. Beaucoup se sont dits « managers » pour exprimer un double refus : celui d'être considérés comme des notables ou comme des fonctionnaires.

Mais le groupe professionnel des directeurs d'hôpital s'était construit, nous l'avons vu, en référence à la tradition française du corporatisme d'Etat, c'est-à-dire d'un système professionnel fermé, et à ce que D. Segrestin appelle un « corps à vocation totale »³⁶ qui assure une fidélité à une mission de service public et des avantages acquis statutaires indépendants de la conjoncture économique. C'est pourquoi les règles de gestion des carrières et un certain attachement à une culture de service public expliquent pour partie l'échec de la tentative d'importation des approches managériales à l'hôpital³⁷. En France plus que partout ailleurs, l'Etat a joué un rôle essentiel dans l'organisation et la légitimation des différents groupes professionnels. Le modèle « étato-corporatif » analysé par Rosanvallon explique

³³ P. Grémion, *Le pouvoir périphérique*, Paris, Seuil, 1976; F. Dupuy, J.-C. Thoenig, *L'administration en miettes*, Paris, Fayard, 1985.

³⁴ F. Pierru, « L'hôpital-entreprise, une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, n° 46, 1999, pp. 7-47.

³⁵ F.-X. Schwyer, *Le corps des directeurs d'hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d'Etat*, Rapport de recherche MiRe, Ministère de la santé, 1999.

³⁶ D. Segrestin, *Le phénomène corporatiste. Essai sur l'avenir des systèmes fermés en France*, Paris, Fayard, 1985.

³⁷ On retrouve ici l'observation que D. Schnapper faisait sur la probabilité d'adoption par les fonctionnaires de comportements culturels nouveaux qui dépendait d'une part de l'expérience de réussites observables chez d'autres sujets placés dans des conditions semblables et, d'autre part, de la compatibilité avec le système de valeurs personnel. A. Darbel, D. Schnapper, *Morphologie de la haute administration française. Les agents du système administratif*, op. cit., p. 72.

par exemple que l'Etat reconnaisse à la profession médicale un rôle premier dans la régulation de l'offre de soins. Les politiques publiques menées dans le cadre de l'Etat social ont influencé la constitution de systèmes professionnels organisés, parmi lesquels celui des fonctionnaires, régi par un dispositif de régulation « statutaire » fondé sur une légitimité bureaucratique³⁸.

La promotion du management hospitalier a joué toutefois un rôle de « médiation professionnelle »³⁹, par la production d'une vision du monde partagée à partir d'échanges d'expériences locales, puis par l'énoncé de prescriptions censées construire la figure de l'innovateur. Le modèle de l'hôpital-entreprise a été mobilisé pour affirmer une identité de « corps jeune » ayant une spécificité, ses propres valeurs et un rôle à jouer dans la définition des politiques hospitalières. Pour autant les directeurs sont restés « gens du public ». L'identité managériale n'eut pas de lendemain. Dans la décennie 1990, l'Etat renforça son système d'emprise sur l'hôpital public et se dota d'outils de régulation qui transformèrent le métier de directeur d'hôpital. La loi portant réforme hospitalière de 1991 instaura une nouvelle planification hospitalière en créant les schémas régionaux d'organisation sanitaire, devenus la trame stratégique de tous les établissements. Les ordonnances de 1996 en créant les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont donné de « nouveaux patrons » aux hôpitaux⁴⁰. Les directeurs d'hôpital ont eu le sentiment d'une perte de pouvoir au profit de l'Etat; ils déploraient une perte d'autonomie et une remise en cause de leur conception du métier de directeur. Le passage de l'entrepreneur local au fonctionnaire d'Etat s'accompagna d'une crise identitaire. Celle-là s'atténua, d'une part, avec l'essor d'un nouveau référentiel d'action fondé sur la santé publique et, d'autre part, avec les revalorisations statutaires des années 2000.

LES PARADOXES D'UN SUCCÈS

L'analyse de la création et de l'essor de la profession de directeur d'hôpital illustre le rôle du corporatisme républicain constitutif de l'Etat social français. Elle offre un cas exemplaire du modèle de service public qui se caractérise par la volonté de confier la gestion de l'action publique à des professions compétentes censées détenir des savoirs scientifiques ou des méthodes de traitement adaptées à chacun des grands problèmes sociaux⁴¹. Toutefois, le développement de l'hôpital public n'est pas du à la profession médicale seule, mais à une mobilisation politique servie par de nouvelles professions. En ce sens, l'Etat social apparaît bien comme une dimension de la citoyenneté démocratique.

En quarante ans, les directeurs d'hôpital ont forgé un groupe professionnel puissant qui leur a permis d'obtenir, par un travail de revendication continu, une

³⁸ C. Dubar, P. Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, coll U, 1988, p. 150.

³⁹ B. Jobert, P. Muller, *L'Etat en action*, Paris, PUF, 1989.

⁴⁰ Chaque hôpital a du, progressivement, signer un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH pour mener une politique conforme aux priorités régionales de santé dans le cadre d'une contractualisation. F.-X. Schweyer, « La régulation régionale du système hospitalier: pilotage par l'Etat ou territorialisation? », *Politiques et management public*, 1998, 16, n°3, pp. 43-68.

⁴¹ B. Jobert, « Modes de médiation sociale et politiques publiques: le cas des politiques sociales », *L'Année sociologique*, volume 40, 1990, p. 159.

revalorisation de leur statut et la consécration symbolique de l'accès à la haute fonction publique. Mais plus fondamentalement, ce « succès » correspond à une intégration progressive d'un corps technique au système administratif. La légitimité des directeurs d'hôpital est aujourd'hui incontestée. Leur fonction traduit le rôle essentiel que joue l'Etat dans le fonctionnement des hôpitaux. La similitude de carrière avec les administrateurs civils est totale : le décret du 2 août 2005 qui réorganise le statut des directeurs d'hôpital permet un accès aux échelons hors classe beaucoup plus rapide, car le corps ne comprend désormais plus que deux classes. La morphologie du corps va changer prochainement, il est prévu que ses effectifs diminuent de moitié en moins de dix ans sous l'effet des départs en retraite qui s'accroissent depuis 2004. Est-ce à dire que les directeurs vont se focaliser sur les chefferies d'établissements et ainsi constituer un corps plus restreint et plus homogène à l'image des grands corps historiques ? Rien n'est moins sûr.

L'évolution de la question sociale, caractérisée par l'individualisation et la déprotection, atteint toutes les formes de protection rapprochée, selon l'expression de R. Castel. Bien sûr, l'emploi des directeurs d'hôpital n'est pas aujourd'hui concerné ; ils ont à titre individuel une position sociale assurée qui leur permet d'associer individualisme et indépendance. Cependant, l'inéluctable transformation de l'Etat les affecte directement dans leurs conditions de travail, par la généralisation du recours au contrat et le traitement local des problèmes. Leur environnement de travail va se modifier sous l'effet de leur nouveau statut qui prévoit par exemple une augmentation significative des emplois fonctionnels (on parle de 300) qui sont, comme on sait, à la discrétion du gouvernement et échappent aux règles statutaires : il s'agit d'emplois de contractuels de droit public pouvant avoir des profils variés tels que directeur d'ARH, médecin, juriste, préfet, directeur d'hôpital. On assiste à une politisation du corps et à une indifférenciation des fonctions exercées, qui sont vécues par les individus comme une forme de déprotection. D'autant que la logique de la rémunération à la performance est renforcée. La note chiffrée est supprimée pour éviter le mécanisme d'attribution automatique tandis que l'évaluation est renforcée par l'introduction d'une part variable significative dans la rémunération. Le développement de la gouvernance hospitalière rend inéluctable un rapprochement de la gestion des carrières des directeurs et des médecins. En dépit des réticences toujours vives de la part des directeurs à ouvrir les équipes à d'autres professions, l'association des médecins, des ingénieurs, des directeurs des soins et peut-être d'autres experts à l'équipe de direction semble inéluctable.

L'influence de l'Union européenne accentue encore la transformation du cadre d'action corporatiste. Un arrêt de la cour de justice a reconnu à un directeur d'hôpital portugais le droit d'exercer en France, rendant ainsi caduc le monopole détenu par les anciens élèves de l'ENSP. Si l'emploi des directeurs d'hôpital reste protégé, l'exercice de leur travail sera de moins en moins confortable, plus exposé et individualisé. Il est toutefois douteux que l'hôpital dans son organisation actuelle puisse répondre aux attentes de qualité et de démocratie sanitaire qui sont celles de la société. Pour paraphraser Raymond Aron, on pourrait dire la réforme impossible et le statu quo improbable. L'enjeu est aujourd'hui celui de l'investissement des hospitaliers, médecins, directeurs et autres dans leur travail⁴².

⁴² F. Dupuy, *La fatigue des élites*, Paris, Seuil, 2005.