

À QUEL NIVEAU LA RÉGULATION DES PROFESSIONS DOIT-ELLE S'EXERCER ? CENTRALISATION VERSUS DÉCENTRALISATION SUIVANT LE CONTEXTE : L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL PUBLIC EN FRANCE

Robert Holcman

Directeur d'hôpital, auditeur à la direction de l'inspection et de l'audit de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Docteur en sciences de gestion - Habilité à diriger des recherches, Professeur d'université associé à l'Institut d'études politiques de Bordeaux

Adresse mail professionnelle : robert.holcman@sap.aphp.fr

Site personnel : www.robertholcman.net

Résumé :

L'un des enjeux importants des systèmes hospitaliers est le niveau de régulation des professions de santé – le soin étant une activité de main d'œuvre. Deux dossiers sont particulièrement illustratifs en France – le recrutement des praticiens hospitaliers et le non-renouvellement des départs à la retraite – et ce, de façon contradictoire : dans un cas, il aurait fallu décentraliser le niveau de décision alors qu'il continue toujours d'être centralisé, parce que les médecins concernés l'exigent ; dans l'autre cas, c'est l'inverse qui prévaut, la décentralisation n'a toujours pas été remplacée par une centralisation pourtant nécessaire. Les établissements de santé sont toujours confrontés au dilemme entre remplacer les départs à la retraite pour maintenir la paix sociale, quand bien même ce serait une hérésie médico-économique, ou bien privilégier la rationalité managériale au risque de provoquer une explosion sociale – les personnels affectés par une telle rationalisation étant les plus syndiqués. Quelle modification à cet état de fait entraîne la nouvelle loi hospitalière dite « HPST » ? L'émergence du directoire, nouvelle instance gestionnaire paritaire entre médecins et gestionnaire, et l'entrée en fonction des « préfets de santé » que vont être les directeurs des Agences régionales de santé, sont-ils en mesure de modifier l'arbitrage entre régulation centrale et régulation centrale des professions de santé ?

Mots clés :

Gestion des compétences - Régulation – Professions – Centralisation - Décentralisation

L'hôpital est un exemple très illustratif en ce qui concerne le caractère aléatoire du niveau auquel la régulation des professions doit s'exercer. Niveau des structures centrales ou services déconcentrés des services sanitaires de l'État ? Échelon local ? Au sein même de l'établissement de santé ? Il n'y a pas de réponses *a priori*, seul l'objectif poursuivi détermine le niveau auquel la régulation doit s'exercer.

Deux dossiers sont particulièrement riches d'enseignements en la matière – le recrutement des praticiens hospitaliers et le non-renouvellement des départs à la retraite – et ce, de façon contradictoire : dans un cas, il aurait fallu décentraliser le niveau de décision alors qu'il continue d'être centralisé ; dans l'autre cas, c'est l'inverse qui prévaut, la décentralisation n'a toujours pas été remplacée par une centralisation pourtant nécessaire.

1. Le recrutement des praticiens hospitaliers

1.1. Le refus d'une nomination par les chefs d'établissement

Le printemps 2006 a vu se jouer en France un psychodrame quant au pouvoir de nomination des praticiens hospitaliers, que le ministère de la Santé voulait déconcentrer au niveau des établissements. Les praticiens hospitaliers se sont mis en grève et ont obtenu que le ministère conserve cette prérogative. Au final, le décret pris en octobre 2006¹ ne citait même pas le chef d'établissement quand il s'agit de la nomination des praticiens hospitaliers: « La nomination dans l'établissement public de santé est prononcée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif² ». On n'aurait pas pu mieux exprimer que le chef d'établissement n'avait pas son mot à dire dans le recrutement des médecins de l'hôpital qu'il dirige.

S'agissant du recrutement des médecins, ce n'est donc pas le chef d'établissement qui contrôle, décide, ou arbitre à l'hôpital, contrairement à ce qui se passe dans les établissements privés – qu'ils soient à but commercial ou non lucratif. Or les médecins sont les producteurs de soins. De leur compétence, de leur spécialisation, de leurs capacités, dépendent pour une grande part la nature de l'activité, le volume de personnel et le niveau de dépenses de l'hôpital où ils pratiquent. Si, par exemple, un médecin doit être remplacé dans le service d'imagerie médicale, le profil professionnel de son successeur aura un impact extrêmement important sur le budget du service. La décision de remplacer un médecin radiologue « classique » par un radiologue « interventionnel », dont l'activité consiste à poser des sondes aux patients sous anesthésie en salle de radiologie, a de nombreuses conséquences. Non seulement les sondes constituent un poste de dépenses très lourd, mais leur pose se faisant sous anesthésie, elle réclame la mobilisation d'une équipe complète d'anesthésistes (médecins et infirmières), l'organisation d'une consultation préalable pour le patient, la modification des cycles de travail pour prendre en charge le réveil des patients anesthésiés, etc. On le voit, recruter tel médecin plutôt que tel autre n'est pas une question d'affinité ou de similarité d'école, c'est un enjeu fondamental pour les hôpitaux.

Au mieux, les chefs d'établissements sont consultés pour la forme en cas de recrutement d'un praticien. Sauf à engager une guerre ouverte avec la communauté médicale - dont il sortirait perdant (quels que soient le lieu, l'époque ou les circonstances, il est toujours plus aisé de remplacer une personne qu'une centaine) -, le directeur n'aura d'autre choix que d'avaliser les candidatures qui lui sont soumises. Théoriquement, il pourrait fort bien vérifier l'adéquation des recrutements avec le projet d'établissement - lui-même ajusté au Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ; dans la pratique, sauf à envisager des recrutements fantaisistes (un gastro-entérologue dans un hôpital psychiatrique ou un chirurgien dans un établissement dépourvu de bloc opératoire), on imagine mal au nom de quelle légitimité il pourrait

¹ Décret n° 2006-1221 du 5 octobre 2006 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires).

² Article R. 6152-8 du Code de la Santé publique.

estimer que telle ou telle sous-spécialité d'une discipline autorisée par le SROS n'a pas vocation à être développée dans son hôpital.

Cet état de fait n'est pas fortuit : dans la lutte de pouvoir (Holcman, 2006) qui oppose médecins et directeurs, la capacité de nomination est un enjeu fondamental. Par pouvoir, il faut entendre ici la conception sociologique de ce terme, telle que notamment utilisée dans l'analyse stratégique des organisations élaborée par Michel Crozier et Erhard Friedberg : « *Le pouvoir peut ainsi se repréciser comme une relation d'échange, donc réciproque, mais où les termes de l'échange sont plus favorables à l'une des parties en présence. C'est un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre* » (Crozier et Friedberg, 1987, p. 379).

La réforme du mode de financement des hôpitaux au début des années 1980 a transformé l'organisation support, chargée de l'approvisionnement, du nettoyage, des commandes de fournitures, de la restauration, en organisation dirigeante fondée, à déterminer les orientations stratégiques des établissements publics de santé. La raréfaction des moyens budgétaires a contraint les établissements de santé à la performance et, par voie de conséquence, a considérablement accru le pouvoir des administrateurs en les mettant en situation de réducteurs de l'incertitude de l'organisation confrontée à son nouvel environnement (Crozier, 1990). Dès lors que le financement des hôpitaux s'est raréfié, les intercesseurs de ce financement se sont vus accorder une valeur nouvelle et accrue. La gestion de l'abondance n'exige pas un niveau de qualification élevé ; affronter la rareté réclame au contraire une formation, une expérience, ainsi qu'un réseau fourni de relations. Ce qui a transformé l'organisation support en organisation dirigeante, c'est non seulement la position renforcée des administrateurs hospitaliers, formés à la gestion de la rareté, mais également l'importance prise par l'environnement de l'hôpital.

L'autorité administrative est devenue une autorité de direction dès lors que les chefs d'établissement n'avaient plus la charge d'administrer des hôpitaux affranchis de la contrainte de rareté, mais étaient tenus de veiller au bon emploi des fonds publics engagés (Vincent, 1988). Ils se sont retrouvés installés dans une position de pouvoir vis-à-vis de l'organisation soignante (Aïch et Fassin, 1994), représentée au premier chef par les médecins permanentes des hôpitaux – les praticiens hospitaliers – qui ont réagi à cette nouvelle situation en cherchant à accroître en retour l'incertitude de l'organisation dirigeante à leur endroit, notamment par le biais de leur nomination, qui demeurait entre les mains du ministère de la Santé.

Dans cet exemple, l'objectif poursuivi de rationalisation de l'activité des établissements publics de soins et de maîtrise de leurs dépenses (à la base des réformes hospitalières en cours d'application en France) commanderait de décentraliser la régulation de la profession de médecin praticien hospitalier au niveau des établissements alors qu'elle continue de l'exercer au niveau national. Comment exiger des directions d'hôpitaux qu'elles contrôlent leur budget alors qu'elle ne maîtrise pas la nomination des producteurs de soins ?

1.2. Les perspectives ouvertes par la loi « HPST »

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) n'a pas modifié cet état de fait. Alors qu'elle dispose que le directeur de l'hôpital public propose au directeur général du Centre national de gestion³ la nomination des directeurs d'hôpital adjoints et des directeurs des soins, la loi HPST prévoit que sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, le chef d'établissement propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, et que l'avis du

³ L'établissement public qui gère désormais les carrières des directeurs d'hôpital, des praticiens hospitaliers et – depuis la loi HPST, la carrière des directeurs de soins.

président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion (Couty et al. 2009).

L'article R. 6152-8 du Code de la santé publique stipule très clairement que : « *La nomination dans l'établissement public de santé est prononcée par arrêté du directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. Si ces avis sont divergents, l'avis de la commission statutaire nationale⁴ est requis.* » C'est donc la communauté médicale qui détient toujours la capacité de désigner les futurs membres du corps des médecins permanents de l'hôpital, le directeur ne conservant qu'un pouvoir formel de validation.

La loi HPST procède donc à un rééquilibrage des rapports de pouvoir entre l'organisation soignante et l'organisation dirigeante. Non seulement le pouvoir de nomination continue d'échapper au directeur, chef d'établissement, mais de plus son rôle est désormais encadré au sein du directoire, nouvelle instance créée par la loi HPST, dont les missions sont : d'approuver le projet médical ; de préparer le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; et de conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement (article L. 6143-7-4 du Code de la santé publique). De plus, le directeur nomme les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement, émanation du personnel médical de l'établissement (article D. 6143-35-2 du Code de la santé publique) – ce qui renforce le poids de la communauté médicale dans le directoire.

L'existence de deux lignes d'autorité, décrite depuis fort longtemps (Smith, 1970), continue donc de prévaloir au sein des établissements publics de santé : l'une gestionnaire/administrative l'autre clinique/médicale. Dans les hôpitaux publics, l'autorité du directeur, chef d'établissement, s'exerce directement sur l'ensemble des filières du personnel (administrative, paramédicale, rééducation, médico-technique, technique) à l'exception du personnel médical qu'il ne nomme pas directement. Ces lignes hiérarchiques s'imbriquent tout particulièrement dans les services de soins, particulièrement à l'encontre des cadres infirmiers qui assument plusieurs fonctions : ils représentent les administrateurs non médicaux dans les services de soins ; ils sont responsables de l'application des directives médicales ; ils sont chargés de la mise en œuvre des actes relevant du rôle propre des infirmières.

2. Le non-renouvellement des départs à la retraite

2.1. La moitié des effectifs de la fonction publique hospitalière à la retraite

L'évolution démographique des personnels de la fonction publique hospitalière connaît un bouleversement majeur, qui va encore s'accroître dans les années qui viennent. De 1999 à 2015 (Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003), la fonction publique hospitalière aura perdu dans son ensemble 55 % de ses effectifs en raison des départs à la retraite. Sur la période, la perte d'effectifs s'élèvera à 47 % dans la filière administrative, 50 % dans la filière médico-technique, 56 % dans les services de soins, et 58 % dans la filière technique et ouvrière.

Le pic des départs se situera en 2012 pour l'ensemble de l'effectif avec 30 000 départs à la retraite prévus cette année-là, dont 20 000 pour la seule filière des services de soins. Le maximum de départs se déroulera en 2013 pour la filière technique et ouvrière, et en 2014 pour la filière administrative.

⁴ Organisme paritaire, qui réunit représentants syndicaux et membres des directions, chargé des décisions administratives relatives à la carrière des agents de la fonction publique, ou personnels assimilés.

La Cour des comptes (2006) a précisé que 56 % des personnels non soignants de la fonction publique hospitalière étaient constitués par les personnels ouvriers et techniques, 38 % par les personnels administratifs et 6 % par les agents socio-éducatifs. Le personnel des hôpitaux publics comprend 87 000 agents ouvriers et techniques, contre 35 000 personnels médico-techniques – ce qu'on peut traduire par le constat qu'il y a deux fois et demie plus de gens pour entretenir les bâtiments, les jardins et les automobiles, que pour faire fonctionner les scanners, les laboratoires et les IRM. Dans ces conditions, la priorité est à la substitution de prestataires extérieurs à la main-d'œuvre ouvrière et technique interne – dont 6 agents sur 10 seront partis à la retraite d'ici à 2015 –, étant entendu que pour assurer la permanence des soins et la continuité du service hospitalier des équipes techniques, mobiles et polyvalentes devront être maintenues dans chaque hôpital. Les corps de la filière ouvrière et technique les plus affectés par les départs à la retraite sont les agents d'entretien (12 % de la filière), les ouvriers professionnels (52,5 %), les maîtres ouvriers (16,5 %) et les contremaîtres (8,2 %).

Il reste donc cinq ans pour agir sur ce levier majeur des dépenses hospitalières, période durant laquelle les autres grandes réformes hospitalières seront intégralement entrées en vigueur: tarification à l'activité ; structuration des établissements en pôles d'activité et non plus en services de soins ; nouvelle gouvernance issue de la loi HPST.

Par ailleurs, le mouvement massif de départs à la retraite va donc se situer dans un nombre limité d'hôpitaux : les centres hospitaliers et les centres hospitaliers régionaux, qui représentent 55 % des établissements publics de santé, et emploient 83 % des effectifs de la fonction publique hospitalière ; les centres hospitaliers spécialisés et les hôpitaux locaux, qui forment 41,5 % des établissements, emploient 16,7 % des effectifs.

2.2. Une occasion historique

Le mouvement massif de départs à la retraite ouvre une fenêtre d'opportunité sans précédent pour modifier la composition des dépenses des hôpitaux *via* leur masse salariale. On peut se demander si, à l'heure de la tarification à l'activité et au contrôle drastique des budgets hospitaliers, il est toujours opportun que les hôpitaux conservent en leur sein – comme c'est le cas actuellement – des activités telles que le nettoyage, la blanchisserie, la sécurité, la restauration, les soins esthétiques (coiffeur, esthéticienne), les transports, l'entretien des bâtiments, la maintenance des installations électriques, électroniques, thermiques, la réparation des véhicules, la voirie, l'entretien des espaces verts, la communication, l'animation culturelle, le développement et la production informatiques, les questions de réseaux et de télécommunications, etc. Il n'est pas question ici de jeter l'anathème sur telle ou telle catégorie de personnels ni de suggérer que ses membres n'auraient pas droit au bénéfice de la carrière de fonctionnaires qu'on s'est engagé à leur offrir. La question est de savoir si l'hôpital peut encore se permettre une pluriactivité dans des domaines périphériques à sa mission constitutive, celle de soigner des patients.

On pourrait également s'interroger sur la nécessité du maintien en interne de fonctions de plus en plus techniques comme l'approvisionnement et les achats, le contrôle et l'audit financiers, la gestion de la trésorerie et le conseil juridique : la technicité de plus en plus grande de ces fonctions s'écarte, en effet, chaque jour davantage du profil généraliste de la formation des directeurs d'hôpital. L'exemple de la fonction achat est là pour le souligner à l'envi : pour des sommes équivalentes dépensées dans d'autres secteurs d'activité, un ou plusieurs spécialistes forment une cellule achat, alors qu'à l'hôpital, ce sont presque toujours des autodidactes de la fonction qui s'en chargent.

La décentralisation de la décision de non-renouvellement des départs à la retraite au niveau des hôpitaux a conduit à stériliser les initiatives locales de non-renouvellement total ou partiel ; la convergence du mouvement de départs sur une période limitée et dans un nombre plus restreint d'établissements doit entraîner une réponse au niveau national sous la forme d'un pilotage centralisé. En effet, les chefs d'établissement ont tout à perdre à se lancer dans une épreuve de force avec une part importante du

personnel dont ils assument la gestion. Or refuser le remplacement des personnels partant à la retraite passerait pour une provocation aux yeux de nombreux agents - particulièrement ceux des services techniques, les plus nombreux à être affiliés à une organisation syndicale.

L'enjeu est de taille à l'heure où les dépenses des hôpitaux sont encadrées par un dispositif drastique de contrôle et leurs recettes désormais liées à l'activité. Les dépenses des hôpitaux publics français se répartissent entre quatre groupes : dépenses liées au personnel ; dépenses à caractère médical ; dépenses à caractère hôtelier et général ; dépenses financières. Les frais relatifs au personnel pèsent entre les deux tiers et les trois quarts du total des dépenses ; les dépenses financières (amortissement, provisions financières et exceptionnelles) représentent de 5 pour cent à 10 pour cent des dépenses totales. Les dépenses à caractère médical et à caractère hôtelier se montent respectivement de 10 à 15 pour cent du total des dépenses des hôpitaux. La masse salariale représente donc jusqu'à 75 pour cent du budget des hôpitaux, cependant que les frais directs liés à l'activité médicale n'en constituent que de 10 à 15 pour cent environ (Holcman, 2006).

2.3. Le maintien d'une gestion locale des non-renouvellements de départs à la retraite

Les hôpitaux publics français sont caractérisés par une gestion à la fois très déconcentrée et très centralisée. Déconcentrée, parce que l'on compte environ mille trois cents centres hospitaliers de tailles et de missions variées, dirigés chacun par une équipe de direction sous l'autorité d'un chef d'établissement et d'un directoire ; centralisée, parce que le personnel des hôpitaux est constitué dans son immense majorité de corps de fonctionnaires hospitaliers (207 corps recensés dans le dernier répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière⁵) gérés au niveau national par le ministère de la Santé.

Dans ce contexte, les directeurs des hôpitaux publics ont tout à perdre à se lancer dans une épreuve de force avec la partie du personnel non médical placée directement sous leur responsabilité et dont ils assument la gestion. Les directeurs d'hôpital sont eux-mêmes des fonctionnaires hospitaliers qui appartiennent au corps des directeurs d'hôpital géré au niveau national par le Centre national de gestion du ministère de la Santé. L'appréciation qui est portée sur eux et, par voie de conséquence, la progression plus ou moins rapide de leur carrière, dépend pour une grande part de la paix sociale qu'ils savent conserver dans les hôpitaux dont ils ont la charge. Or, on l'a vu, refuser le remplacement des personnels partant à la retraite passerait pour une provocation aux yeux de nombreux agents. De plus, l'externalisation de certaines activités support se traduirait, à court et à moyen terme, par une hausse des dépenses. La redondance temporaire entre équipes internes et prestataires extérieurs devrait être financée le temps que les agents qui tenaient ces fonctions soient partis à la retraite et que leur activité soit intégralement prise en charge par les prestataires externes.

Dans cet exemple-là, contrairement à ce qui prévaut dans le débat sur le niveau de nomination des praticiens hospitaliers, la régulation des professions de santé décentralisée au niveau des établissements de santé conduit à stériliser, ou tout au moins largement inhiber, toute initiative d'action volontariste de réduction des effectifs hospitaliers par le biais du non-renouvellement des départs à la retraite. Pour faire un parallèle avec ce qui se constate dans d'autres secteurs de la fonction publique, on peut se demander quel serait le succès de la politique gouvernementale actuelle de non-renouvellement de départ à la retraite d'un fonctionnaire sur deux si elle était laissée à l'initiative des décideurs locaux. Imagine-t-on qu'un proviseur de lycée parviendrait à faire baisser la masse salariale de l'établissement qu'il dirige si la charge de ne pas renouveler une part des départs en retraite lui était confiée, alors que cette décision est pilotée par le ministère de l'Éducation nationale ? Pourquoi en irait-il autrement pour un directeur d'hôpital ?

Face à un tel contexte et à des contraintes locales si importantes, on aurait pu imaginer la mise sur pied d'un fonds de soutien à la transition quand il y aurait eu une redondance temporaire entre équipes internes

⁵ Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports, et de la vie associative (2009).

et prestataires extérieurs, ainsi qu'une négociation au niveau national des conditions de non-renouvellements des départs à la retraite, qui aurait permis de rendre possible ce qui ne l'est pas pour l'heure au niveau local... ou alors marginalement. Mais rien aujourd'hui ne va dans ce sens, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ne dit rien de cette question.

À l'heure où la réduction des déficits publics est d'une actualité brûlante et que le budget des hôpitaux publics est sous tension, il est surprenant que rien ne soit fait pour mettre fin à l'étrangeté d'une situation qui voit certains corps bénéficier d'affectations décidées au niveau national quand d'autre relèvent toujours d'une appréciation locale. Le seul moyen de faciliter la transition des effectifs du personnel non médical des hôpitaux publics serait de transférer la décision des non-renouvellements de départs à la retraite du niveau local au niveau national, en étendant les missions du Centre national de gestion à l'ensemble des corps non médicaux de la fonction publique hospitalière, ou bien en confiant cette tâche à la direction générale de l'organisation des soins du ministère de la Santé, ou encore aux Agences régionales de santé qui viennent d'être créées par la loi HPST.

3. Références bibliographiques

Aïch, P., Fassin, D. (Dir.) (1994). Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Anthropos-Economica, Paris.

Cour des comptes (2006). Les personnels des établissements publics de santé. Cour des comptes, Paris.

Couty, E., Kouchner, C., Laude, A., Tabuteau, D. (Dir.) (2009). La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé. Presses de l'École des hautes études en santé publique, Rennes.

Crozier, M. (1986). L'analyse stratégique appliquée en milieu hospitalier : pertinence et méthodologie. *Gestions hospitalières*, 261, 787-791.

Crozier, M., Friedberg, E. (1987). [Le pouvoir comme fondement de l'action organisée]. In Chanlat, J.F., Seguin, F. (Ed.). L'analyse des organisations. Une anthologie sociologique. Tome II. Les composantes de l'organisation. 377-396. Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.

Holcman, R., (2006), *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, Th. Doctorat, Sciences de gestion, Conservatoire national des Arts et Métiers, Paris.

Holcman, R. (2006). «L'avenir de l'hôpital public français compromis?», *Journal d'économie médicale*, Vol. 24, 7-8, 415-425.

Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées (2003). Fonction publique hospitalière. Données démographiques horizon 2015. Paris.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports, et de la vie associative (2009). Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Presses de l'École des hautes études en santé publique, Rennes.

Smith, H.L. (1970). [Un double système d'autorité, le dilemme de l'hôpital]. In Herzlich, C. (textes présentés et commentés par). Médecine, maladie et société. 259-262. École pratique des hautes études-Mouton, Paris.

Vincent, G. (1988). La répartition des pouvoirs à l'hôpital. *Journal d'Économie médicale*, 3, 169-176.