

Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication

La gestion des ressources humaines dans le secteur hospitalier

Partie I : La gestion des ressources humaines est-elle spécifique dans ce secteur ?

Partie II : La structure de propriété des hôpitaux impacte-t-elle la gestion des ressources humaines ?

Auteur : Olivier Chiaradia
Promoteur I : Laurent Taskin
Promoteur II : Anaïs Périlleux
Année académique 2018-2019
Master 60 en sciences du travail

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes qui m'ont encouragé et soutenu pendant la réalisation de ce Master.

Ensuite, je désire remercier toutes les personnes qui m'ont guidé et conseillé durant la réalisation de ce mémoire : promoteurs, professeurs, famille, amis, et collègues.

Je tiens donc à remercier mes deux promoteurs, Anaïs Périlleux et Laurent Taskin pour leurs conseils et pour le temps qu'ils m'ont accordé aux différentes étapes de la réalisation de ce mémoire. Je souhaite également remercier le personnel administratif de l'Ecole des Sciences du Travail ainsi que les personnes travaillant à la Bibliothèque des sciences économiques, sociales, politiques et de communication pour leur aide et leurs précieux conseils.

Enfin, je remercie tout particulièrement mon épouse pour sa patience, son empathie, son soutien et ses encouragements pendant ces deux années d'études.

PAPER 1

**La gestion des ressources humaines est-elle
spécifique dans ce secteur ?**

Promoteur : Laurent Taskin

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	1
2. Organisation	2
2.1. La division du travail	2
2.2. Les buts	3
2.3. La distribution du pouvoir	4
2.4. Configuration organisationnelle.....	5
3. La gestion des ressources humaines (GRH).....	9
3.1. Qu'est-ce que la GRH ?	9
3.2. Le département RH, ses missions, ses fonctions et ses spécialisations	11
3.3. Performance et stratégie de la GRH.....	15
3.4. Les problèmes d'organisation de la fonction GRH.....	16
3.5. GRH différentes en fonction du secteur ?.....	17
3.6. Contraintes du secteur.....	19
4. La Direction des Ressources Humaines	21
4.1. Quel est le profil idéal ?	21
4.2. Perspectives pour la GRH et la Direction des Ressources Humaines	24
5. Conclusion.....	25
6. Bibliographie.....	27

1. Introduction

Le choix de cette thématique est issu de mon parcours professionnel. En effet, ayant travaillé au sein de différents secteurs, je pense que la façon de gérer les ressources humaines est différente. La fonction de gestion / direction des ressources humaines ne s'effectue pas de la même manière dans tous les secteurs. Le travail prescrit et réel peut varier d'un secteur à l'autre.

Je pars du principe que la gestion des ressources humaines et, de facto, la fonction de direction des ressources humaines, se différencie tant par les objectifs fixés au département des ressources humaines que par les attentes et les finalités ou encore par les moyens (humains, financiers, matériels, etc.) qui y sont consacrés / dédiés.

Il me semble dès lors important de faire la distinction entre les différents secteurs (dont le secteur hospitalier) ainsi que les différents types d'entreprises (configuration organisationnelle et taille) afin de pouvoir identifier clairement les spécificités propres entre chacun et déterminer les effets que cela génère pour la gestion des ressources humaines et les compétences qu'il est nécessaire de disposer.

Il convient de définir ce qu'est un hôpital : « un hôpital est un établissement de soins où un personnel soignant peut prendre en charge des personnes malades ou victimes de traumatismes trop complexes pour être traités à domicile ou dans le cabinet de médecin.

Dans la plupart des pays développés, par rapport au domicile et au cabinet du médecin, le centre hospitalier présente l'avantage d'avoir :

- ✓ Une hygiène assurée par un personnel de nettoyage formé ;
- ✓ Un accueil permanent et une surveillance continue par du personnel hospitalier médical et paramédical (infirmier, aide-soignant, ...) ;
- ✓ Des équipes de soignants, disposant de compétences particulières (médecins spécialistes) et du matériel (plateau technique) nécessaire à des examens et soins plus poussés qu'au cabinet du médecin (dont en général des blocs opératoires).

En revanche, la présence et le passage de patients porteurs de nombreuses pathologies, et l'usage chronique de médicaments et biocides expose à un risque d'infection nosocomiale.

Certains hôpitaux ont un service des urgences, voire un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)¹ ».

¹ Wikipédia (2019), " Hôpital ", Site Wikipédia, [en ligne], <https://fr.wikipedia.org/wiki/Hôpital> (consulté le 7 avril 2019)

Le secteur hospitalier est un secteur très diversifié. Outre la distinction classique entre hôpitaux privés et publics, il y a lieu de distinguer notamment les hôpitaux généraux, psychiatriques, spécialisés (ou catégoriels) ou encore les hôpitaux universitaires.

Enfin, il existe un certain nombre de contraintes liées au secteur de la santé mais également à la mission de service public des établissements hospitaliers publics ou privés : égalité d'accès et continuité des soins.

2. Organisation

Comme le disent Nizet et Pichault (2000)², les configurations organisationnelles peuvent servir de voie d'entrée pour explorer la diversité des pratiques de gestion des ressources humaines.

Il convient pour ce faire, d'aborder les dimensions des configurations : la division (et la coordination) du travail, les buts et la distribution du pouvoir dans l'organisation. Ensuite, il est nécessaire de définir la typologie organisationnelle à laquelle peut être rattachée le secteur hospitalier.

Bien qu'il existe différents types d'hôpitaux, l'organisation, telle que l'imaginent Nizet et Pichault au niveau des configurations, est la même partout.

2.1. La division du travail

Selon Mintzberg (1982)³, la division du travail comporte deux dimensions : **(1)** la dimension horizontale ; **(2)** la dimension verticale.

Lorsque les travailleurs effectuent un petit nombre de tâches répétitives, on parle de division horizontale forte ; lorsqu'ils réalisent un grand nombre de tâches très diversifiées, on parle de division horizontale faible.

Lorsqu'il y a-t-il une séparation nette entre la conception du travail et son exécution, on parle de division verticale forte ; lorsque ceux qui réalisent le travail sont aussi ceux qui le conçoivent, on parle de division verticale faible.

² Nizet, J., Pichault, F. (2000), Les pratiques de gestion des ressources humaines, Paris : Editions du Seuil, p. 41.

³ Mintzberg, H., (1982), Structure et dynamique des organisations, Paris : Éditions d'organisation.

Le travail étant divisé, il convient également de le coordonner. Cette coordination peut se faire par le biais de plusieurs mécanismes (Mintzberg, 1982⁴ ; Nizet et Pichault, 1995⁵) :

- ✓ L'ajustement mutuel, autrement dit, des échanges, des discussions entre les opérateurs eux-mêmes ;
- ✓ La supervision directe - lorsqu'un supérieur a la responsabilité du travail de plusieurs travailleurs et leur donne des consignes, des ordres - contrôle le travail qu'ils effectuent ;
- ✓ La standardisation des procédés ou des résultats, quand des personnes extérieures à la ligne de commandement hiérarchique – qu'on appelle les analystes – interviennent par des règlements, des machines, des systèmes d'information, etc., pour fixer les tâches que les travailleurs doivent réaliser, ou les résultats qu'ils doivent atteindre ;
- ✓ La standardisation des qualifications, quand des travailleurs qualifiés sont affectés à des postes où ils vont mettre en œuvre les savoirs et savoir-faire qu'ils ont acquis lors de leur formation ;
- ✓ La standardisation des valeurs, quand des analystes diffusent (par le biais de journaux, d'affiches, de vidéos, etc.) des valeurs auxquelles les travailleurs sont censés adhérer.

2.2. Les buts

Mintzberg (1986)⁶ considère que les organisations poursuivent non pas un mais généralement plusieurs buts. Considérés isolément les uns des autres, ces buts peuvent être caractérisés de deux manières. La première oppose, d'un côté, les buts de mission et, de l'autre, les buts de système (Nizet et Pichault, 1995)⁷. Les buts de mission se rapportent aux produits, aux services ou encore aux clients de l'organisation (l'hôpital qui met en place un dispositif particulier d'accueil du malade, la chaîne de distribution qui décide de commercialiser des produits qui respectent davantage l'environnement, etc.). Les buts de système, quant à eux, se rapportent à l'état de l'organisation et à ses membres, indépendamment des biens ou des services qu'elle produit (l'entreprise qui, pour comprimer ses coûts, licencie une partie de son personnel, celle qui décide d'accroître sensiblement la rémunération de ses cadres, etc.). La deuxième concerne le degré d'opérationnalité des buts

⁴ Mintzberg, H., (1982), *op. cit.*, pp. 17-24.

⁵ Nizet, J., Pichault, F., (1995), *Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits*, Paris : Gaëtan Morin Europe, pp. 33-45.

⁶ Mintzberg, H., (1986), *Le Pouvoir dans les organisations*, Paris : Éditions d'organisation, pp. 48-55.

⁷ Nizet, J., Pichault, F. (1995), *op.cit.* pp. 98-108.

(Nizet et Pichault, 1995)⁸. « Un but est dit opérationnel lorsqu'il est aisé de déterminer s'il est atteint ou pas ».

2.3. La distribution du pouvoir⁹

La manière dont le pouvoir est distribué entre les acteurs constitue pour Mintzberg une troisième composante importante des configurations organisationnelles.

Nizet et Pichault (1995)¹⁰ proposent une adaptation de la typologie de Mintzberg (1986)¹¹ et distinguent sept catégories d'acteurs dans les organisations :

1. Les opérateurs, autrement dit les travailleurs qui se trouvent « à la base » de l'organisation, ceux qui sont en contact avec les produits ou avec les clients. Ils peuvent avoir un degré de qualification faible (par exemple, des ouvriers à une chaîne de montage de voitures, des employés dans un service des postes) ou élevé (par exemple, des médecins dans un hôpital, des travailleurs sociaux dans un service social) ; dans ce second cas, on parlera de professionnels. Professionnels et opérateurs non qualifiés se distinguent essentiellement en fonction de leur niveau de compétences : les professionnels possèdent souvent un diplôme d'études supérieures ou, à tout le moins, un niveau d'expertise reconnu comme indispensable par l'organisation qui les emploie, alors que les opérateurs non qualifiés ont un niveau d'instruction a priori plus bas et/ou ne peuvent faire valoir la possession de compétences spécifiques ;
2. Le sommet stratégique comprend des personnes qui ont la responsabilité d'ensemble de l'organisation. Il est constitué du directeur, du comité de direction qui l'entoure, le cas échéant de son secrétariat, etc. ;
3. La ligne hiérarchique est constituée des acteurs situés entre le sommet stratégique et les opérateurs. Suivant les types d'organisations, cette ligne hiérarchique peut être plus ou moins longue ;
4. Deux autres catégories d'acteurs ont en commun d'être extérieures à la ligne de commandement qui va du sommet stratégique aux opérateurs. D'abord le personnel de support logistique : il remplit une série de fonctions annexes – telles que le service juridique, le nettoyage des bâtiments, le restaurant d'entreprise, etc. – susceptibles à tout moment d'être externalisées ;
5. Ensuite, les analystes, qui s'occupent des différentes formes de standardisation dont on a parlé plus haut : ils mettent au point des machines, conçoivent des systèmes informatiques, élaborent des règlements de travail, ont en charge la comptabilité, la communication interne, etc. ;
6. Viennent alors les propriétaires de l'organisation, ce terme pouvant s'entendre dans son sens financier (par exemple, un actionnaire d'une entreprise privée) aussi bien que légal (par exemple, un ministre ayant la responsabilité d'un organisme d'État) ;
7. Enfin, on retiendra les associations d'employés : syndicats (pour le personnel peu qualifié) et corporations professionnelles (pour le personnel qualifié, par exemple les associations de médecins dans les hôpitaux).

⁸ Nizet, J., Pichault, F. (1995), *op.cit.*, pp. 108-110.

⁹ Nizet, J., Pichault, F. (2000), *op.cit.*, pp. 45-47.

¹⁰ Nizet, J., Pichault, F. (1995), *op.cit.*, pp. 130-138.

¹¹ Mintzberg, H., (1986), *op. cit.*, pp. 73-90, 183-206.

Ces acteurs exercent plus ou moins de pouvoir selon le type d'organisation. Nizet et Pichault (2000)¹² désignent davantage le pouvoir informel, c'est-à-dire la capacité d'influencer effectivement les décisions de l'organisation, et en particulier les décisions importantes, qu'on appelle aussi les « décisions stratégiques » (Nizet et Pichault, 1995)¹³ plutôt que le pouvoir formel, c'est à dire l'autorité telle qu'on peut l'analyser à partir de la position hiérarchique occupée par un acteur, ou encore en raison de son habilitation à prendre telle ou telle décision.

Assurément, pouvoir informel et autorité sont parfois indissociables. Toutefois, il arrive aussi régulièrement que la distribution de l'une s'écarte sensiblement de la distribution de l'autre.

Selon Nizet et Pichault (2000)¹⁴, de ce point de vue, on peut distinguer grossièrement les organisations centralisées où le sommet stratégique et / ou les propriétaires sont quasiment les seuls à influencer les décisions stratégiques des organisations décentralisées au sein desquelles les opérateurs, souvent d'ailleurs très qualifiés, influencent de manière non négligeable certaines décisions importantes (par exemple, la nomination d'un doyen dans une université ou l'achat d'un équipement coûteux dans un hôpital) .

2.4. Configuration organisationnelle

Sur base des travaux de Mintzberg, Nizet et Pichault (2000)¹⁵ proposent cinq types de configurations organisationnelles : **(1)** la configuration entrepreneuriale ; **(2)** la configuration missionnaire ; **(3)** la configuration mécaniste ; **(4)** la configuration professionnelle ; **(5)** la configuration adhocratique.

¹² Nizet, J., Pichault, F. (2000), *op.cit.*, p. 47.

¹³ Nizet, J., Pichault, F. (1995), *op.cit.*, pp. 151-155.

¹⁴ Nizet, J., Pichault, F. (2000), *op.cit.*, p. 47.

¹⁵ *Ibid.* pp. 47-54.

Afin de ne pas entrer dans le détail de chaque configuration, je vous propose les tableaux récapitulatifs suivants (Nizet et Pichault 2000)¹⁶ :

	Configuration entrepreneuriale	Configuration missionnaire	Configuration mécaniste	Configuration professionnelle	Configuration adhocratique
DIVISION/COORDINATION DU TRAVAIL					
<i>Division du travail entre opérateurs</i>	forte sur la dimension verticale, plutôt faible sur la dimension horizontale	faible tant sur la dimension verticale qu'horizontale	forte sur la dimension verticale	faible sur la dimension verticale, forte sur la dimension horizontale	faible tant sur la dimension verticale qu'horizontale
<i>Coordination du travail entre opérateurs</i>	par supervision directe	par standardisation des valeurs et ajustement mutuel	par standardisation des procédés ou des résultats	par standardisation des qualifications	par ajustement mutuel
<i>Qualification des opérateurs</i>	faible	généralement élevée	faible	élevée	élevée

	Configuration entrepreneuriale	Configuration missionnaire	Configuration mécaniste	Configuration professionnelle	Configuration adhocratique
BUTS					
<i>Mission et/ou système</i>	prédominance de buts de mission qui correspondent aux préoccupations et valeurs du directeur ; importance de la survie	<i>prédominance d'un ou de plusieurs but(s) de mission</i>	prédominance des buts de système	différents buts de mission correspondant aux préoccupations professionnelles des différents groupes d'opérateurs	principalement buts de mission, mais également but d'efficacité
<i>Degré d'opérationnalité</i>	faible ; il suffit que les buts soient clairs aux yeux du directeur	la capacité des buts de mission à mobiliser les membres de l'organisation est plus importante que leur opérationnalité	très élevé	<i>la variété des buts des professionnels se traduit en buts organisationnels peu opérationnels</i>	intermédiaire

N.B. : Les traits dominants de chaque configuration sont indiqués en italiques.

	Configuration entrepreneuriale	Configuration missionnaire	Configuration mécaniste	Configuration professionnelle	Configuration adhocratique
DISTRIBUTION DU POUVOIR					
<i>Localisation du pouvoir</i>	<i>au sommet stratégique qui est aussi propriétaire, et qui contrôle toutes les étapes des décisions stratégiques, parfois également des décisions moins importantes</i>	au sommet stratégique et chez les analystes des valeurs	chez les analystes des procédés ou des résultats ; dans certains cas, chez le propriétaire et au sommet stratégique ; chez les associations d'employés (contre-pouvoir)	<i>principalement chez les professionnels et au bas de la ligne hiérarchique ; le sommet stratégique exerce également une influence en gérant les conflits</i>	<i>décentralisation des décisions moins importantes dans des équipes réunissant opérateurs et ligne hiérarchique ; centralisation des décisions stratégiques</i>

Selon Mintzberg, l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle au même titre que les universités, les cabinets d'expertise-comptable, les organismes d'action sociale, les sociétés d'engineering, etc. La partie-clé de l'organisation, est le centre opérationnel où les opérateurs disposent du pouvoir central. En effet, on a tendance à penser que ce sont les médecins qui disposent de tous les pouvoirs au sein des hôpitaux. Historiquement, au niveau de la gouvernance, c'était certainement le cas dans le secteur hospitalier. Aujourd'hui, ce n'est plus aussi évident car les hôpitaux recrutent des cadres supérieurs formés en gestion et en management et / ou adaptent leur organigramme. A cet effet, Desmet (2015)¹⁷ nous dit :

¹⁶ Nizet, J., Pichault, F. (2000), *op.cit.* pp. 56-57.

¹⁷ Desmet, M., (2015), *Vivre la gestion hospitalière, une question spirituelle ?*, Namur : Editions jésuites "collection soins et spiritualités", p. 13.

« l'hôpital s'est de plus en plus appelé « organisation », « entreprise » (avec des « résultats d'entreprise ») et est administré selon les principes des entreprises industrielles. On pourrait dire que le pouvoir au sein de l'hôpital est passé des médecins aux managers (qu'ils soient médecins ou non), ce qui a fondamentalement changé le travail en milieu hospitalier ».

A titre d'exemple, il suffit de voir que le Centre Hospitalier Universitaire de Liège vient de s'adjoindre il y a moins de trois ans les services d'un DRH alors que cette fonction n'existait pas auparavant. Dans ce type de configuration, où la spécialisation horizontale est importante et où le regroupement en unités se fait par fonction, la planification et le contrôle sont faibles et les seuls mécanismes de liaison observables se trouvent dans sa partie administrative¹⁸.

Le secteur hospitalier se situe donc dans la configuration professionnelle. Voici comment Nizet et Pichault (2000)¹⁹ la définissent :

Le terme « professionnel » indique ici que l'organisation emploie, comme opérateurs, des travailleurs qui ont un haut niveau de qualification et / ou de compétence. Pour réaliser leur travail, ces « professionnels » se réfèrent largement aux savoirs et savoir-faire qu'ils ont acquis au cours de leur formation initiale (Mintzberg, 1982 ; Nizet et Pichault, 1995). Dans la configuration professionnelle, le travail est fortement divisé au plan horizontal. Les qualifications très poussées et très spécifiques dont sont dotés les opérateurs les amènent à travailler dans des créneaux étroits : à enseigner telle discipline scientifique pour un professeur d'enseignement secondaire ou supérieur, à procéder à tel type d'examen ou d'opération pour un médecin dans un hôpital, etc. En revanche, la division verticale est faible : du fait de leur qualification élevée, les opérateurs conçoivent eux-mêmes les tâches qu'ils effectuent ; en conséquence, ils disposent d'une grande autonomie dans leur travail. On ne retrouve pas, dans la configuration professionnelle, de mécanisme de coordination centralisé tel que la surveillance par un supérieur hiérarchique ou le respect de procédures de travail strictes. La coordination s'opère principalement par ce que Mintzberg appelle la « standardisation des qualifications » : du fait des formations et de l'expertise qu'ils ont acquises, les travailleurs sont dotés des compétences adéquates pour remplir les tâches qui leur incombent. L'autonomie des opérateurs se traduit, au niveau des buts, par le fait que chaque catégorie de professionnels – parfois chaque acteur individuel – poursuit des buts spécifiques, inspirés bien plus par des préoccupations proprement professionnelles que par des missions propres à l'ensemble de l'organisation. Ces différentes préoccupations ne peuvent se traduire, au niveau des buts généraux de l'organisation, que par des formulations ambiguës et peu opérationnelles. Du point de vue de la distribution du pouvoir, la configuration professionnelle est celle où les opérateurs pèsent le plus sur les décisions, même lorsqu'elles se situent sur un plan stratégique. Autrement dit, c'est la configuration où le pouvoir est le plus décentralisé.

¹⁸ Mintzberg, H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Éditions d'organisation, 1982 cité par El Hassani et al., *Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'hôpital universitaire Cheick Zaid* ", Santé publique, 24, 6, 2012, p. 578.

¹⁹ Nizet, J., Pichault, F. (2000), *op.cit.* pp. 52-53.

L'environnement du secteur hospitalier est changeant ce qui amène les hôpitaux à se transformer. Par ailleurs, selon El Hassani et *al.* (2012)²⁰ force est de constater que les établissements de santé s'adaptant aux nouvelles contraintes, sont de plus en plus diversifiés compte tenu de leurs choix organisationnels internes. En effet, l'intégration de nouveaux modèles de gestion basés, souvent, sur une informatisation brutale des processus, a transformé la vision classique de l'hôpital.

Selon Mintzberg, plus la taille d'une organisation augmente, plus sa structure est élaborée, plus les tâches y sont spécialisées, plus ses unités sont différenciées et plus sa composante administrative est développée. De manière générale, plus l'organisation est grande, plus elle tend à se formaliser²¹.

Comme le disent El Hassani et *al.* (2012)²², « pour qu'un tel système assure une efficacité organisationnelle pérenne [...], la spécialisation et la décentralisation des décisions (points forts du modèle organique) doivent être accompagnées par une mise en place de mécanismes de coordination et de contrôle afin d'instaurer une cohérence dans l'ensemble des actions menées [...]. Les départements dotés d'une certaine forme d'autonomie de décisions [...], s'approprient des fonctions qui ne sont pas les leurs (par exemple les Directions médicales décident du recrutement des infirmiers et aides-soignantes [...], etc.). Ce mode de fonctionnement a renforcé le clivage entre métiers, en multipliant les divergences et les conflits entre les acteurs, mais surtout en faisant émerger une culture de clanisme ».

Enfin, l'analyse de Glouberman et Mintzberg (2001) relative aux quatre « mondes » en C (*Cure, Care, Control et Community*)²³ inégalement peuplés qui se croisent au sein de l'hôpital nous apporte également quelques éléments intéressants quant à son organisation. Desmet (2015)²⁴ nous présente sa vision de cette analyse et y ajoute deux C supplémentaires, à savoir *Cellar* (cave, cellier), chaque C ayant pour lui son *Cellar* spécifique, et *Core business*, c'est-à-dire le cœur de l'hôpital, ce autour de quoi les cinq autres C tournent : le patient.

²⁰ El Hassani, A., El Hiki, L., Makhloufi, I., Saadi, J., (2012), " Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'hôpital universitaire Cheick Zaid ", Santé publique, 24, 6, pp. 574.

²¹ El Hassani, A., El Hiki, L., Makhloufi, I., Saadi, J., (2012), *op.cit.*, 24, 6, pp. 580-581.

²² *Ibid.*

²³ Glouberman, S., Mintzberg, H., (2001), "Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part I. Differentiation", Health Care Management Review, Aspen Publishers, pp. 56-69.

²⁴ Desmet, M., (2015), *op.cit.*, pp. 29-38.

En résumé, cela donne le résultat suivant :

- ✓ Cure (le curatif) = les médecins ; cellar = biologie clinique, pharmacie, radiothérapie, etc. ;
- ✓ Care (les soins) = le personnel infirmier ; cellar = assistants sociaux, logopèdes, kinésithérapeutes, bénévoles, etc. ;
- ✓ Control (le contrôle) = la direction, les managers ; cellar = membres du staff, services RH et comptabilité, secrétariats, service hospitalisation, etc. ;
- ✓ Community (la communauté) = le conseil d'administration ; cellar = services techniques, cuisine, nettoyage, accueil, etc.

3. La gestion des ressources humaines (GRH)

3.1. Qu'est-ce que la GRH ?

Pour Audet et *al.* (1998)²⁵, les manuels de gestion définissent la gestion des ressources humaines comme suit : « Un ensemble variable de pratiques qui visent à aider l'organisation à résoudre avec efficacité, efficience et équité les problèmes associés aux diverses étapes du cycle d'emploi. Ces étapes sont essentiellement celles de la préparation (planification, organisation du travail et conception des postes de travail), du choix des collaborateurs ou « associés » (recrutement, sélection), de l'ajustement entre la qualification requise et les compétences acquises (formation, évaluation du rendement, gestion des carrières et de la détermination des conditions de travail (rémunération, reconnaissance, respect des droits, négociations, gestion de la discipline, gestion de la santé et de la sécurité du travail) ».

Pour Cadin et *al.* (2012)²⁶, « la gestion des ressources humaines est l'ensemble des activités qui permettent à une organisation de disposer des ressources humaines correspondant à ses besoins en quantité et qualité. »

Comme le disent Crozet et Martory (2016)²⁷, « gérer le personnel, c'est effectuer des choix stratégiques, c'est-à-dire définir des options engageant l'unité à long terme, au niveau des directions générales et du personnel [...]. Gérer le personnel, c'est effectuer des choix

²⁵ Audet, M., Haines, V., Petit, A., St-Onge, S. (1998), *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, Montréal : Gaëtan Morin, p. 7.

²⁶ Cadin, L., Guérin, L., Pigeyre, F., Pralong, J., (2012), *Pratiques et éléments de théorie GRH*, Paris : Dunod, p. 5.

²⁷ Crozet, D., Martory, B. (2016), *Gestion des ressources humaines, pilotage social et performances*, Paris : Dunod, p. 2.

tactiques : il s'agit de la prise de décisions quotidiennes, au niveau des responsables décentralisés et en conformité avec les choix stratégiques [...] ».

Dans les grandes entreprises et les entreprises de taille intermédiaire, la gestion des ressources humaines est visible dans la mesure où la fonction « RH » est une fonction à part entière le plus souvent composée de plusieurs services. Citons par exemple les services recrutement et sélection, formation, payroll, etc. Dans ce cadre, la gestion des ressources humaines est formalisée, avec des processus clairs, précis et, normalement, connus et acceptés de tous les travailleurs. Cependant, des outils et des pratiques standardisé(e)s comme on les retrouve dans les grandes entreprises peuvent également avoir des effets négatifs en limitant par exemple les mécanismes de coordination de proximité.

Pour Bender et *al.* (2015)²⁸, « un facteur déterminant de la GRH d'une organisation est la part des frais de personnel dans l'ensemble des charges : quand ces frais constituent 10% ou 60% de l'ensemble des charges, l'importance, les marges de manœuvre, les enjeux et les risques de la GRH ne peuvent être les mêmes ».

Or, on le sait, le secteur hospitalier consacre la majorité de ses moyens aux frais de personnel²⁹. Dubois (2018)³⁰ nous le confirme : « la masse salariale des structures de santé représente la part la plus importante de leurs dépenses d'exploitation ».

Les enjeux de la gestion des ressources humaines y sont dès lors primordiaux compte tenu de « l'investissement » consenti (exemples : la gestion des compétences, la bonne personne à la bonne place au bon moment ; la formation ; la performance ou encore l'organisation du travail). Si on prend aussi en considération les changements continus auxquels le secteur doit faire face ces dernières années (il suffit de se rappeler le nombre de réformes qu'il a subi dernièrement), la gestion des ressources humaines prend encore plus d'importance dans la mesure où le changement, aussi minime soit-il, fait peur. En effet, les situations de changement sont délicates et difficiles à gérer. Lors d'une session du cours de personnel et organisation en 2017, le professeur Taskin nous a soumis à une petite expérience de changement. Qu'avons-nous pu observer ? Nous étions mal à l'aise ; nous nous demandions ce que nous allions perdre ; nous avons d'abord réagi seuls, ensuite nous avons interagi

²⁸ Bender, A-F., et *al.* (2015), Fonctions RH, politiques, métiers et outils des ressources humaines, Montreuil : Pearson France, p. 11.

²⁹ A titre d'exemple, je travaille dans le secteur de l'accueil et de l'hébergement de personnes handicapées et nous consacrons 92% de nos moyens aux seuls frais de personnel.

³⁰ Dubois, Y. (2018), « Le management des ressources humaines » in Louazel, M., Mourier, A., Ollivier, E., Ollivier, R. (dir.), *Le management en santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 291-314.

davantage ; nous avons constaté que trop de changements étaient néfastes et surtout qu'après le changement, nous reprenions vite nos habitudes. Ces différentes observations démontrent en quoi la gestion du changement est primordiale et donc combien la gestion des ressources humaines doit être prête à y faire face.

3.2. Le département RH, ses missions, ses fonctions et ses spécialisations

Pour Bender et *al.* (2015)³¹, « au fur et à mesure que la GRH se développe, de nouvelles fonctions apparaissent. Assez normalement, chaque nouvelle problématique génère ses spécialistes et ses structures propres pour progressivement s'intégrer de manière optimale ». Ils dressent une liste, non exhaustive, des principales fonctions de la GRH : recrutement et sélection ; organisation du travail ; staffing³² ; gestion administrative des dossiers individuels ; élaboration et suivi des contrats de travail ; rémunérations, gestion de la paie ; contrôle et discipline ; relations sociales (relations avec les salariés, les représentants, ...) ; formation ; statistiques, bilan social, études du climat social, suivi des thèmes sociétaux ; gestion du temps de travail, des aménagements d'horaires, des congés, des absences, des retards, etc. ; gestion des contentieux ; description de postes, de fonctions ; gestion des compétences ; gestion des carrières ; évaluation des performances ; gestion de la mobilité ; services sociaux à la personne ; gestion des systèmes d'informations ; gestion du changement ; communication interne ; etc. Un regroupement par fonctions est souvent possible et proposé dans la plupart des manuels de GRH : recrutement / sélection ; gestion de l'emploi et des compétences (GPEC) ; rémunération et avantages sociaux ; formation ; relations sociales.

Les différentes fonctions citées ci-dessus démontrent bien que les missions dévolues aux ressources humaines sont nombreuses et variées. Les tâches et les compétences des gestionnaires RH doivent donc être multiples et surtout adaptatives.

Ces différentes fonctions ainsi que les regroupements qui peuvent en découler se matérialisent par l'existence de différents services au sein même du service de gestion des ressources humaines et de différentes spécialisations / fonctions. C'est le cas dans les grandes (et moyennes) entreprises. Au niveau du secteur hospitalier, c'est la même situation ou cela le devient petit à petit.

³¹ Bender, A-F., et *al.* (2015), *op.cit.*, p. 14.

³² S'assurer que l'activité dispose bien en quantité et en qualité des personnels nécessaires.

Prenons l'exemple du Centre Hospitalier Universitaire de Liège dont le département GRH se compose de 4 services³³ : **(1)** le service administration du personnel qui assure le suivi administratif notamment des contrats et arrêtés de nominations, de la fixation du traitement, des salaires, des horaires et prestations, de l'évaluation de la santé, des dossiers de pension et des obligations vis-à-vis des organismes extérieurs ; **(2)** le service exploitation des données RH qui prend en charge l'élaboration, la gestion et l'exploitation de données consolidées relatives au personnel : collecte, traitement et exploitation de toutes les données RH, développement, adaptation et mise en œuvre des procédures de gestion des données collectives ; **(3)** la cellule stratégique RH – performance et qualité qui vise à construire, implémenter, maintenir et assurer la professionnalisation de la GRH au sein du CHU : co-définition / co-développement, mise en œuvre et maintien de l'ensemble des processus de GRH, des modes et procédures de gestion, suivi de la performance et de la qualité des processus et procédures de GRH, soutien / conseil à la stratégie institutionnelle, au DRH, aux responsables du département RH, et à l'ensemble de la ligne hiérarchique des départements et services du CHU ; **(4)** le service recrutement et intégration qui accompagne la hiérarchie dans les opérations de recrutement et de sélection, internes et externes, du personnel (hors médecins) depuis la recherche de candidats jusqu'au suivi de l'intégration du personnel engagé.

3.2.1. LES FONCTIONS DE LA GRH SELON ULRICH

Ulrich (1997) propose un modèle de gestion des ressources humaines permettant la création de valeur ajoutée où quatre fonctions doivent être remplies, idéalement de concert, dont en voici le détail³⁴ :

- 1. Partenaire stratégique** : orienté processus et long terme, contribue à développer et appliquer la stratégie d'entreprise, construis et peut revoir ses processus en lien avec la stratégie de l'entreprise ; le rôle de la GRH est d'aligner la stratégie et les politiques RH sur la stratégie de l'organisation.

³³ CHU de Liège, " Département gestion des ressources humaines ", site du CHU de Liège, [en ligne], https://www.chuliege.be/jcms/c2_17338542/fr/accueil (consulté le 8 avril 2019).

³⁴ Sources de ces éléments : Dietrich, A., Taskin, L. (2016), Management humain, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ET cours de Taskin, L., personnel & organisation, Université catholique de Louvain, Louvain la-Neuve : 2017-2018

2. **Expert administratif** : gère le contrat de travail, législatif, administratif, la paie (opérationnel / processus) ; le rôle de la GRH est de concevoir et de délivrer des processus RH efficaces, c'est le rôle traditionnel de la GRH.
3. **Agent de changement** : orienté personne mais dans le long terme, ce sont les activités orientées sur le long terme qui amènent l'accompagnement des travailleurs ; le rôle de la GRH est de développer la capacité au changement, entre autre en identifiant et en promouvant les comportements qui vont soutenir la compétitivité de la firme.
4. **Champion des employés** : court terme orienté personne, il accompagne les employés au quotidien ; le rôle de la GRH est de gérer les attentes et les problèmes quotidiens des employés.



Rôles de la fonction RH (Ulrich, 1997)

Pour Dietrich et Taskin (2016)³⁵, « ces différents rôles ne s'excluent pas, ils se combinent. Cette combinaison, et donc cette multiplicité de rôles, exige des compétences nouvelles au sein de la fonction RH. [...] La GRH est supposée s'assurer qu'elle obtient des résultats satisfaisants en accordant une attention équivalente aux quatre rôles qu'elle doit endosser ».

3.2.2. LES METIERS / FONCTIONS DE LA GRH

Afin de mener à bien les différentes missions / tâches qui lui sont confiées, le département des ressources humaines se compose de différentes personnes avec des profils de fonction spécifiques et spécialisés. Ces métiers / fonctions se basent pour la plupart sur les fonctions de la GRH telles qu'Ulrich (1997) les a définies mais portent d'autres noms / appellations.

Selon Bender et *al.* (2015)³⁶, les quatre métiers généralistes habituellement rencontrés sont : **(1)** l'assistant ressources humaines, proposé au jeune diplômé. Ce métier a pour vocation

³⁵ Dietrich, A., Taskin, L. (2016), *Management humain*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, p. 133.

³⁶ Bender, A-F., et *al.* (2015), *op.cit.*, pp. 267-279.

d'assister la DRH dans la définition de la politique de ressources humaines et dans son application (paie, congés, suivi des plans de formation, etc.), et de participer à des projets qu'elle conduit (plans de formation, programmes qualité, ...). Il est rattaché au chef du personnel ou au directeur des ressources humaines et a pour mission de gérer les quatre domaines du cœur de métier RH que sont l'administration du personnel, la gestion de la paie et de la masse salariale, le recrutement et les relations avec les partenaires sociaux ; **(2)** le Responsable des Ressources Humaines (RRH), considéré comme le chef d'orchestre opérationnel, garant de la cohérence et de la mise en œuvre des différents domaines RH (exemples : administration du personnel, paie, recrutement, relations sociales, ...) ; **(3)** le directeur du développement des RH, qui décide et encadre les actions périphériques de la fonction. Son rôle se situe plus dans la conception et la répartition des actions que dans la mise en œuvre (conception et pilotage des projets RH ; suivi, évaluation et accompagnement des réalisations) ; **(4)** le DRH en tant que décideur de la politique RH (voir infra).

D'autres dénominations sont également utilisées aujourd'hui. On parlera notamment de Compensation & Benefits Manager, de Payroll Manager ou encore de HR Business Partner (HRBP). Toutefois, ces fonctions, avec des appellations anglo-saxonnes, ne font généralement ni plus ni moins que ce qui vient d'être explicité ci-avant. C'est simplement le nom qui change et peu (ou pas) le contenu de la fonction.

Par ailleurs, de nouveaux spécialistes dans la fonction RH ont récemment vu le jour comme par exemple le poste de responsable SIRH (il s'occupe des systèmes d'informations en GRH), celui de responsable des talents (il se charge de détecter, sélectionner, développer et gérer les talents) ou encore celui de RRH de proximité (il se charge d'une population particulière dans une situation de grande proximité physique).

Certains courants parlent même aujourd'hui de Chief Happiness Officer / Manager (CHO / CHM). Ce rôle, bien qu'étant sensiblement le même qu'un HRBP ou un RRH / DRH, se distingue par une volonté de bien-être et de bonheur au travail. « Le Chief Happiness Officer a pour objectif de créer des conditions dans lesquelles les salariés vont trouver du bien-être. Mieux encore, du bonheur. [...] Derrière ce titre quelque peu provocant [...], émerge un constat implacable : le bien-être est un des premiers facteurs de la performance individuelle et collective³⁷ ».

³⁷ Elae, " fiche métier CHO ", *site de elae*, [en ligne], <https://www.elae.com/fiches-metiers/fiche-metier-chief-happiness-officer-cho> (consulté le 21 avril 2019).

3.3. Performance et stratégie de la GRH

D'après Bender et *al.* (2015)³⁸ : « La fonction *personnel* a ses propres critères de performance même si le domaine humain qui est le sien rend les mesures difficiles. Elle a pourtant des activités et un budget, et il est donc nécessaire d'évaluer son action. Examinons diverses manières de procéder. **(1)** La contribution aux objectifs de l'entreprise : la GRH doit contribuer aux objectifs de l'entreprise et à la mise en œuvre de sa stratégie. Des objectifs de rentabilité, de croissance, de développement se traduisent par une adaptation de la main d'œuvre quantitativement et qualitativement. Quand on décline un objectif en termes de moyens et ressources nécessaires pour l'atteindre, cela concerne aussi les ressources humaines, dont on peut vérifier, *a posteriori*, la contribution ; **(2)** la création de valeur : on évalue aussi les conséquences d'une politique RH en mesurant la valeur créée. Par exemple, une politique de recrutement a été menée dans une entreprise aux forts besoins de personnel difficile à satisfaire. On peut mesurer l'efficacité des mesures prises et évaluer ce que ce personnel embauché a permis de faire. Cette évaluation n'est donc pas uniquement financière ; **(3)** le respect des politiques et processus de GRH : puisqu'une organisation se fixe des politiques de personnel en matière de recrutement/sélection, d'évaluation des performances, de rémunération, de gestion des compétences, il est nécessaire d'évaluer la mise en œuvre effective de ces politiques ; **(4)** l'approche des personnes : une autre manière d'évaluer la performance est de regarder comment l'entreprise traite les personnes. On observe à cet effet les conditions de travail et le bien-être. On peut aussi évaluer des taux de promotion, de développement des compétences permettant d'éclairer la progression des personnes dans l'entreprise ; **(5)** la responsabilité vis-à-vis de la société : la fonction RH est centrale pour mettre en œuvre ce qui est nécessaire et souhaitable par une société à une époque donnée. En matière d'égalité de traitement (sexe, générations), de recrutement de certaines catégories de personnes (handicapés), de non-discrimination (pour âge, origine sociale ou culturelle), elle est souvent au centre des mesures qui peuvent être prises ».

Audet et *al.* (1998)³⁹ le disaient déjà : « à l'avenir, il sera ardu pour les dirigeants d'entreprise de bâtir un avantage concurrentiel en ne s'appuyant que sur des facteurs de succès traditionnels comme une technologie d'avant-garde, un créneau sur le marché, un accès privilégié aux matières premières et de meilleures conditions de financement. [...] Dans ce

³⁸ Bender, A-F., et *al.* (2015), *op.cit.*, pp. 5-6.

³⁹ Audet, M., Haines, V., Petit, A., St-Onge, S. (1998), *op.cit.*

contexte, force est de conclure qu'à long terme le plus important facteur de succès repose sur ce qui a peut-être été le plus négligé jusqu'à maintenant : les ressources humaines ».

Dubois (2018)⁴⁰ confirme ce point de vue : « les ressources humaines (RH) d'un établissement de santé constituent son bien le plus précieux. Elles seules permettent de conjuguer les valeurs d'humanité, de continuité et d'adaptabilité ».

Une gestion des ressources humaines efficace et performante représente donc un atout de premier ordre pour toute entreprise surtout dans le contexte socioéconomique actuel.

Les hôpitaux étant en concurrence les uns avec les autres, il est indispensable que la GRH soit efficace et performante afin d'attirer et / ou de retenir les meilleurs éléments et se démarquer ainsi des autres hôpitaux en agissant comme levier de création de valeur.

Enfin, pour Dietrich et Taskin (2016)⁴¹, « la dimension stratégique de la GRH tient davantage aux capacités de la personne qui endosse cette responsabilité que dans la fonction elle-même ».

3.4. Les problèmes d'organisation de la fonction GRH

Pour Bender et *al.* (2015)⁴², « la fonction RH rencontre deux problèmes majeurs. Le premier est banal à toutes les fonctions : associer spécialisation et coordination. Il est nécessaire d'avoir suffisamment de spécialisation pour disposer des compétences adéquates. Mais plus on dispose de spécialistes, plus il est difficile d'assurer leur coordination. C'est la difficulté des entreprises qui ont investi en gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et qui peinent à agir de manière cohérente avec ceux qui recrutent, organisent le travail ou évaluent les performances. [...] Il est nécessaire et utile d'avoir un minimum de compétition entre les différents niveaux de responsabilité RH pour s'assurer de la qualité des décisions. Mais il est peut-être aussi problématique qu'un responsable RH de division ne gère les talents qu'en fonction des besoins de sa division. [...] Cette compétition doit aussi permettre une forte coopération, sur des projets par exemples. Le second problème est plus spécifique aux RH. Dans les grandes entreprises où ces niveaux de responsabilité, par domaine de spécialité ou secteur, sont pertinents, il faut coordonner les actions de chacun. En matière de GRH, la cohérence des politiques est capitale. Plus on multiplie le nombre d'acteurs et de niveaux de responsabilité, plus celle-ci est difficile dans les politiques ou le respect de

⁴⁰ Dubois, Y. (2018), *op.cit.*, p. 291.

⁴¹ Dietrich, A., Taskin, L. (2016), *op.cit.*, p. 135.

⁴² Bender, A-F., et *al.* (2015), *op.cit.*, p. 19.

valeurs communes. On sait combien de mêmes valeurs ou de mêmes procédures (d'évaluation par exemple ou de recrutement) peuvent être comprises, interprétées et appliquées de manière différente. Le problème majeur des fonctions de GRH est de savoir qui décide quoi et où ! »

Ces problèmes peuvent bien entendu se poser au sein du secteur hospitalier avec la gestion RH qui est fortement décentralisée (cf. supra).

3.5. GRH différentes en fonction du secteur ?

Dans les entreprises classiques (marchandes), le but ultime de la gestion des ressources humaines est la maximisation des profits, la création de valeur tout en veillant au respect des contraintes légales (droit du travail, etc.).

Bien que les objectifs soient les mêmes, il existe certaines différences dans la manière de gérer les ressources humaines d'un secteur à l'autre. Ces différences sont surtout liées aux pratiques, aux méthodes compte tenu que les objectifs sont les mêmes mais que les réalités de terrain ne sont pas les mêmes (exemples : culture d'entreprise, contexte organisationnel, ...).

La gestion des ressources humaines dans le secteur « non marchand » (dont le secteur hospitalier), bénéficie de deux spécificités qui agissent sur leurs pratiques : la tendance à produire des services et la finalité sociale. On peut aussi ajouter que dans le cas du secteur hospitalier, les activités se réalisent presque exclusivement en présence de ses « clients » où, il y a dès lors une relation directe. Cet élément est primordial car cela nécessite d'autres compétences, notamment au niveau du savoir-être.

Le secteur non marchand, et plus particulièrement les entreprises sociales auxquelles on peut associer les établissements de santé au sens large⁴³, accueille des profils de travailleurs différents de ceux du secteur marchand : genre, davantage de femmes, et démographie, davantage de travailleurs âgés, ce qui génère plus de temps de travail à temps partiel ; style de management et / ou de leadership différent(s) ; plus de diversité culturelle ; plus d'interdisciplinarité des équipes ; engagement dans le secteur souvent par conviction, pour des questions de sens et de valeurs.

⁴³ Pour avoir eu l'occasion de travailler notamment dans le secteur MR-MRS ainsi que dans le secteur de l'accueil et de l'hébergement de personnes handicapées, je ne peux que confirmer la très grande diversité que composent ces différents lieux. De plus, mes relations professionnelles qui sont occupées dans le secteur hospitalier et / ou qui le connaissent me le confirment également.

Davister et *al.* (2010)⁴⁴ abordent la GRH et les spécificités qui entourent les entreprises sociales et qui confirment ce qui précède avec par exemple : « les entreprises sociales sont souvent confrontées à une tension entre impératifs économiques et finalités sociales » ; « les ressources humaines des entreprises sociales sont souvent plus diversifiées que celles des entreprises classiques, tant en termes de profil qu'en termes de modalités d'emploi [...], ces entreprises mobilisent une main d'œuvre davantage constituée de femmes (en raison de leur production souvent axée sur les services, et plus particulièrement sur les services aux personnes) et d'origines culturelles plus diverses [...]. Les entreprises sociales se caractérisent également par une plus grande diversité dans les modalités d'emploi. En effet, en raison de leur capacité à mobiliser des aides publiques à l'emploi, les entreprises sociales sont amenées à « jongler » au quotidien avec de nombreux types de contrats de travail impliquant des durées, des régimes de travail et des exigences légales très variables ». « La relation de travail dans une entreprise sociale peut aussi être fondée sur un engagement bénévole du travailleur ».

Ces différents points sont plutôt de nature à complexifier la GRH compte tenu des éléments complémentaires qui s'ajoutent à la liste déjà très longue de compétences utiles et nécessaires pour gérer les ressources humaines de manière efficiente. Toutefois, la diversité des ressources humaines dans ces entreprises n'a pas que des désavantages. Davister et *al.* (2010)⁴⁵ nous apprennent que « la variété des profils des travailleurs engendre une dynamique interne particulièrement motivante, qui limite le risque d'immobilisme ; la combinaison de différentes modalités d'emploi génère une plus grande flexibilité, qui profite directement à l'entreprise (capacité de s'adapter en fonction des besoins) mais aussi aux travailleurs (prise en compte, dans la mesure du possible, de leurs attentes) ; et la pluridisciplinarité des équipes garantit souvent une approche globale des besoins sociaux et économiques [...]. La diversité des ressources humaines constitue un de leurs avantages concurrentiels fondamentaux ».

La question des valeurs et du sens est de facto un élément prépondérant dans la gestion des ressources humaines du secteur hospitalier. Il convient d'adopter une gestion des ressources humaines plus « sociale » avec des pratiques « socialement responsables » ou, autrement dit, des pratiques plus équitables et respectueuses vis-à-vis des travailleurs qui tiennent compte

⁴⁴ Davister, C., et *al.* (2010), *La gestion des entreprises sociales*, Liège : Edi.pro., pp. 287-366.

⁴⁵ *Ibid.*

de certaines de leurs envies, de certains de leurs besoins (conditions et climat de travail agréables, gestion participative, équilibre vie privée / professionnelle, etc.).

En outre, pour avoir eu l'opportunité de travailler dans plusieurs secteurs (privé « marchand », privé « non-marchand » et public), je constate qu'il est beaucoup plus facile d'affecter des ressources humaines et financières au développement d'une véritable politique de gestion des ressources humaines dans le secteur privé « marchand ». Un autre facteur qui explique cette déficience dans la gestion des ressources humaines est lié aux méfiances et aux réticences culturelles par rapport à une gestion plus formelle.

3.6. Contraintes du secteur

Quel que soit le type d'hôpital, il y a des éléments communs à chacun. D'après une étude en 2009 de Cordier (l'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes)⁴⁶, trois points peuvent être dégagés : un travail collectif aux horaires atypiques ; un rythme de travail soutenu ; un fort sentiment de responsabilité. Elle précise :

La première caractéristique de l'organisation du travail à l'hôpital est le travail collectif. L'entraide entre collègues est particulièrement développée dans ce secteur. Le travail les week-ends et les nuits est également une caractéristique majeure de ce secteur. Les astreintes font partie de l'organisationnel et les horaires de travail sont majoritairement imposés. De plus en plus, et comme c'est également le cas dans d'autres secteurs, on constate une accentuation des contraintes des rythmes de travail : les délais de réponses sont très courts et les exigences de réponses de la part des collègues ou des patients sont fortes. Les pics d'activités se sont également accentués. Lors de ces périodes, le respect des procédures de qualité et des délais est parfois difficile à réaliser. L'isolement, l'appauvrissement et la précarité de la population accentuent encore plus le rythme de travail des personnels de santé. L'étude constate qu'un fort sentiment de responsabilité anime les professionnels de santé, ainsi qu'une forte implication dans leur travail. L'étude souligne également l'importance du rôle des infirmières au niveau de la gestion des ressources humaines, tant dans le cadre de l'organisation du service, que dans la prise en charge des malades, que de l'encadrement des étudiants et de la formation de leur équipe. Cette analyse livre des éléments d'enseignements intéressants sur les évolutions récentes de l'organisation du travail à l'hôpital. Elle donne une image assez réaliste des conditions de travail du secteur hospitalier : à savoir une organisation où la collaboration, la coopération, le collectif joue un rôle important. Une organisation aux horaires atypiques (dimanche, nuit), une organisation où le dépassement de la durée habituelle de travail est fréquent. Cette étude met en lumière également de nouveaux enjeux pour la profession dont un certain nombre de difficultés d'ordre organisationnel, lors des pics d'activités. Les exigences de délais et les demandes de réponses s'accroissent et

⁴⁶ Editeurs : DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat, Ministère de la Santé et des Sports.

posent problème du point de vue du respect des procédures. Elle révèle également que cette profession doit relever de nouveaux défis face à la montée de l'appauvrissement de la population.

Le secteur hospitalier n'échappe pas au phénomène bien connu dans nos sociétés occidentales avec l'émergence de nouvelles activités, voire de poste ou de nouveaux « métiers ». Selon Tourmen (2007)⁴⁷, la division du travail va croissante, de même que la spécialisation, voire l'hyperspécialisation, ce qui peut favoriser l'émergence de multiples métiers, l'évolution rapide des compétences et des activités.

Comme déjà évoqué préalablement, la décentralisation du pouvoir telle qu'elle est présente dans le secteur hospitalier est une contrainte. L'organisation du service recrutement et intégration du département RH du CHU de Liège nous prouve également une spécificité du secteur. En effet, il s'occupe du recrutement et de la sélection mais pas de ceux des médecins qui restent une prérogative de la direction médicale. Cela démontre une autre spécificité du secteur : on fait du recrutement et de la sélection au niveau du département RH mais pas pour l'ensemble des profils / fonctions.

Enfin, le secteur hospitalier n'échappe pas aux changements structurels et organisationnels auxquels sont confrontés l'ensemble des entreprises. Toutefois, quelques spécificités se dégagent malgré tout. Desmet (2015)⁴⁸ nous dit que « la première chose qui frappe dans l'hôpital actuellement, c'est le nombre de changements auxquels son personnel est soumis ». Il cite notamment l'informatisation – qui nécessite beaucoup d'énergie et qui génère beaucoup d'irritation – ; les évaluations ; les restructurations en groupes de soins – « divisions », « clusters », « pôles » – ; les fusions et la perte d'identité qu'elles produisent ; le « turnover » accéléré du personnel ; etc.

Desmet (2015)⁴⁹ ajoute que « l'hôpital est peut-être l'une des « entreprises » les plus complexes qui soient » dans la mesure où « y travaillent en effet tellement plus de personnes que les docteurs et les infirmiers » (cf. les mondes en « C »).

⁴⁷ Tourmen, C., (2007), "Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion", Santé publique, 19, hs, p. 15.

⁴⁸ Desmet, M., (2015), *op.cit.*, p. 18.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 29.

4. La Direction des Ressources Humaines

Selon Bender et *al.* (2015)⁵⁰, le (la) DRH est la figure emblématique de la fonction RH. C'est généralement un membre du comité de direction qui dirige la fonction et préside le comité d'entreprise. Il (elle) est responsable des politiques de personnel et de la contribution des ressources humaines au succès de l'entreprise.

Dans la mesure où il (elle) fait partie du cercle des décideurs (voire même du conseil d'administration en fonction de la gouvernance de l'entreprise), cela prouve que la fonction RH s'est imposée comme un domaine stratégique dans l'entreprise.

A l'analyse du profil des DRH, il s'avère que les profils définis par Bender et *al.* (2015) – à savoir la discipline, le droit, la psychologie et la gestion – ne se retrouvent pas forcément, on en est même assez éloigné. En effet, d'après Bournois et *al.* (2007)⁵¹, « les profils de formation des DRH du CAC 40⁵² sont les suivants : business (35%) ; ingénieurs / scientifiques (29%) ; droit (20%) ; sciences humaines (10%) ; autres (6%) ».

Il conviendrait, pour être tout à fait complet, de connaître les parcours professionnels des différents acteurs car la formation académique initiale ne nous donne qu'une partie des informations sur leurs profils.

4.1. Quel est le profil idéal ?

Existe-t-il un profil type du DRH et est-il le même aujourd'hui qu'hier ? Quel parcours académique et / ou professionnel faut-il suivre pour devenir DRH ?

Selon le magazine *Liaisons sociales*, on assiste à une nouvelle génération de DRH. Le dossier qui leur est consacré met en avant quatre caractéristiques⁵³ : **(1)** des profils variés mais issus de l'entreprise. Qu'ils soient issus de formations de juristes ou d'ingénieurs, ils ont au moins 20 ans de carrière derrière eux. Leurs parcours sont plus diversifiés que ceux de leurs aînés. Mais peu sont diplômés de formations supérieures en RH car celles-ci sont encore récentes ; **(2)** un rôle de business partner. Leur rôle ne se limite pas à l'encadrement des services paie, recrutement ou formation. Les DRH sont généralement proactifs et sont à l'origine de changements profonds dans les organisations (exemple : mise en place et

⁵⁰ Bender, A-F., et *al.* (2015), *op.cit.*, p. 17.

⁵¹ Bournois, F., Point, S., Rojot, J., Scaringella, J.-L., (2007), *Les meilleures pratiques des entreprises du CAC 40/SBF 120*, Paris : Éditions d'organisation, cité par Bender, A-F., et *al.* (2015), *op.cit.*, p. 20.

⁵² Cotation Assistée en Continu. Il s'agit du principal indice boursier de la Bourse de Paris.

⁵³ *Liaisons Sociales* cité par Bender, A-F., et *al.* (2015), *Fonctions RH, politiques, métiers et outils des ressources humaines*, Montreuil : Pearson France, p. 262.

pilotage de SIRH). Ils doivent posséder suffisamment de vision et d'outils pour anticiper les métiers et les besoins de demain. Ils doivent également prendre en compte les thématiques émergentes telles que la gestion des âges, la diversité, la responsabilité sociale ou encore la gestion des talents ; **(3)** des compétences. Les DRH ont une réelle mission d'anticipation des besoins et des métiers. Aussi, leur capacité à comprendre la stratégie et à la faire évoluer reste essentielle. La maîtrise des négociations sociales est également fondamentale. Enfin, des compétences en informatique constituent un réel avantage (nécessité de s'appropriier les logiciels de l'organisation) ; **(4)** des connaissances en droit. Elles sont toujours recherchées pour cette fonction, ainsi que la capacité à s'intégrer dans des réseaux sociaux afin de suivre les tendances de la fonction et à benchmarker les autres entreprises (exemple les ADP⁵⁴).

Afin de connaître le profil idéal pour un être un bon DRH, il faut se pencher sur les disciplines qui sont sollicitées par la GRH. Bender et *al.* (2015)⁵⁵ en identifient quatre : **(1)** l'organisation et l'ergonomie. L'organisation s'attache à concevoir des modes de travail collectifs et l'ergonomie permet de décrire les activités. L'organisation et l'ergonomie intègrent aujourd'hui les questions de santé et de risques psychosociaux ; **(2)** l'économie et la gestion. La fonction RH concerne les organisations, les administrations et les entreprises. Ces dernières sont des agents économiques. Puisque les RH sont une fonction de l'entreprise, il faut en évaluer le coût, le « retour sur investissement », la contribution au résultat collectif ; **(3)** le droit. Les salariés sont liés à l'entreprise par un contrat de travail, les rapports individuels et collectifs sont réglés par la loi et la jurisprudence. Même si le droit du travail est d'une telle complexité que l'entreprise doit s'adjoindre les services de conseils spécialisés, ses responsables doivent maîtriser un minimum de logique juridique ; **(4)** les sciences sociales. Les RH concernent les personnes, leurs comportements et leurs attitudes au travail. La maîtrise de la fonction exige des connaissances en psychologie, sociologie ou autres sciences sociales qui aident à comprendre les êtres humains.

Or, comme Bournois et *al.* (2007)⁵⁶ nous l'ont démontré, seul 10% des DRH ont une formation en sciences humaines.

La fonction de DRH est particulière. En effet, quand les entreprises vont mal, on parle de plan social, de licenciements, etc., alors que quand elles vont bien, on n'attribue pas le succès aux RH... Dès lors, qu'est-ce qui peut bien motiver les DRH, où vont-ils chercher leur

⁵⁴ Association Des Professionnels RH.

⁵⁵ Bender, A-F., et *al.* (2015), *op.cit.*, p. 22.

⁵⁶ Bournois, F., Point, S., Rojot, J., Scaringella, J.-L., (2007), *op.cit.*

plaisir, leur épanouissement ? Dans une étude réalisée en 2004, Maurice Thévenet⁵⁷ montre que les sources de satisfaction sont : (1) le plaisir de créer. Pour beaucoup de DRH, leur plus grande satisfaction est venue de la création de la fonction quand il s'agissait de tout construire ; (2) le plaisir de la mise en œuvre et du projet. Satisfaction voisine de la précédente, elle est liée à la mise en place de projets, à la participation à des changements ; (3) le plaisir du business. Le plus grand signe de reconnaissance pour les DRH interrogés est de voir reconnaître leur action par les responsables opérationnels du business ; (4) le plaisir de la relation avec le président ou le directeur général ; (5) le plaisir du travail accompli. Les DRH expriment leur satisfaction à mesurer les effets de leurs actions sur le développement des personnes ; (6) le plaisir des « secrets de bureau ». C'est la satisfaction des rencontres personnelles fortes, des conversations qui ne sont pas portées dans un dossier, quand quelqu'un vous remercie, etc.

Il y a un certain décalage entre ce que les DRH pensent et / ou veulent réaliser dans leur fonction. De fait, il y a encore une quantité astronomique de tâches administratives à réaliser par les DRH et ce, peu importe le secteur d'activité.

« Selon la 3^{ème} édition du baromètre « Radioscopie des DRH » que le groupe de formation Cegos a dévoilé le 2 avril 2019, alors que l'accompagnement du développement des compétences des collaborateurs constitue, de loin, le principal critère d'attractivité (61 %) de la fonction pour les DRH et RRH, ils sont, dans les faits, rattrapés par les tâches administratives⁵⁸ ».

Toujours selon Bender et al. (2015)⁵⁹, le (la) DRH joue également un rôle essentiel au niveau de l'évaluation, de l'appréciation du travail. En effet, leur rôle est stratégique dans la création d'un processus juste et équitable et dans le pilotage du dispositif au quotidien. Dans la mesure où les évaluations sont effectuées par le manager, il est nécessaire que l'outil créé par le (la) DRH soit lisible, facile à appliquer et en lien avec toute la chaîne des acteurs de l'organisation. Il (elle) doit aussi s'assurer que ses outils s'inscrivent en cohérence avec la culture de l'organisation et sont reliés aux autres pratiques RH. Il (elle) doit s'assurer que les évaluateurs soient formés aux pratiques et techniques d'évaluation. Pour ce faire,

⁵⁷ Thévenet, M., (2004), *Gestion des personnes : la parole aux DRH*, Paris : Liaisons., cité par Bender, A-F., et al. (2015), *Fonctions RH, politiques, métiers et outils des ressources humaines*, Montreuil : Pearson France, p. 262.

⁵⁸ Liaisons Sociales, " Les DRH toujours très accaparés par la gestion administrative ", site de liaisons sociales, [en ligne] <https://www.liaisons-sociales.fr/> (consulté le 22 avril 2019).

⁵⁹ Bender, A-F., et al. (2015), *op.cit.*, p. 123.

direction et DRH doivent s'entendre sur : **(1)** l'étendue et le périmètre de l'appréciation : pour tous les collaborateurs ? pour certaines catégories ? le même outil pour tout le monde ? **(2)** la temporalité : annuelle, pluriannuelle, calendrier périodique ; **(3)** les éléments de redistribution pour chaque catégorie de collaborateurs : formations, augmentation, mobilité, ... ; **(4)** les sanctions ; **(5)** les échelles de décision en fonction des éléments à distribuer.

Enfin, le DRH est un acteur essentiel de la définition et de la mise en œuvre de la politique de rémunération. Sans être forcément un spécialiste de la matière, il donnera les impulsions, notamment en lien avec la stratégie de l'entreprise. Sa présence au comité de direction, voire au comité de rémunération, mais aussi son rôle au sein des organes de concertation (CE, DS, CPPT⁶⁰) en font donc l'acteur de premier niveau.

4.2. Perspectives pour la GRH et la Direction des Ressources Humaines

La fonction RH n'est pas non plus épargnée par les différentes évolutions. Entre l'externalisation de certaines fonctions (exemples : formateurs, cabinets de recrutements, agences d'intérim, les secrétariats sociaux, ...), l'accès sans cesse croissant et simplifié à internet (changement du type de relation entre les salariés et les RH avec notamment une gestion administrative individuelle par les salariés comme c'est le cas par exemple pour les opérations bancaires) ou encore la tendance qui oriente la gestion du personnel vers le manager de proximité (sur cet aspect précis, les DRH y croient peu car ils considèrent qu'il ne suffit pas de demander aux responsables opérationnels de s'occuper des questions de personnel pour qu'ils le fassent).

Va-t-on dès lors vers une disparition de la fonction RH ? Pour Bender et *al.* (2015)⁶¹, il y aurait quatre arguments majeurs pour contester le risque de la disparition de la fonction : **(1)** les managers ne veulent pas / ne savent pas forcément faire le travail de GRH. Il y a donc un risque d'incohérence à long terme ; **(2)** à trop externaliser, on perd la maîtrise des choses. On doit s'interroger sur le cœur du métier, les compétences distinctives à conserver absolument dans l'entreprise en matière de personnel ; **(3)** des fonctions nouvelles échoient aux DRH. On note le retour des questions d'organisation, longtemps accaparées par l'informatique, mais aussi les questions du développement durable ou de la diversité ; **(4)** ces velléités de disparition apparaissent quand tout va bien, mais le besoin d'un DRH se fait sentir quand les conjonctures sont moins favorables.

⁶⁰ Conseil d'Entreprise, Délégation Syndicale, Comité pour la Prévention et la Protection au Travail.

⁶¹ Bender, A-F., et *al.* (2015), *op.cit.*, p. 46.

D'après Philippe Lamblin (2015)⁶², les caractéristiques du DRH 2020⁶³ seront : 78% stratège ; 55% champion des relations sociales ; 45% proactif, faisant preuve d'anticipation et innovation ; 43% doué de qualités managériales avérées ; 38% pragmatique.

5. Conclusion

La gestion des ressources humaines est par essence une discipline pratique dont l'usage doit s'adapter en permanence à des entreprises particulières dans des situations spécifiques.

On sait que les cadres et les managers des établissements de santé doivent, au jour le jour, relever le même défi : concilier la qualité des soins et la qualité de vie de leurs collaborateurs en tenant compte du contexte de changements et d'économies ; qu'ils doivent faire face au quotidien à l'exigence des patients, au stress chez les travailleurs, à des difficultés financières et aux réformes. Il est alors nécessaire, pour résoudre cette équation délicate, de revisiter les modes d'organisation, les pratiques de management et d'oser appliquer de nouveaux outils de gestion.

La question de recherche était la suivante : la GRH est-elle spécifique dans le secteur hospitalier ?

Compte tenu de la structure de ce travail qui se concentre exclusivement sur la théorie, les publications disponibles n'ont pas permis de mettre en avant énormément de spécificités propres au secteur hospitalier. Peut-être qu'en allant sur le terrain et en interrogeant des professionnels de la GRH cela aurait probablement été différent.

Néanmoins, il existe des différences, certes moins qu'auparavant, que nous pouvons résumer comme suit :

- ✓ Dans le passé, davantage de différences, de spécificités propres au secteur beaucoup plus marquées qu'aujourd'hui. En effet, les hôpitaux tendent à devenir des « entreprises » comme les autres avec les mêmes contraintes. On évolue vers des gestionnaires « managers » comme dans les autres secteurs avec une stratégie à définir et des objectifs à atteindre ;

⁶² DRH de l'année 2015 en France.

⁶³ Parlons RH, " Quelles sont les qualités du DRH de demain ? ", site parlons RH, [en ligne] <https://www.parlonsrh.com/qualites-drh-demain/> (consulté le 22 avril 2019).

- ✓ Davantage de clivage entre « métiers » qu'ailleurs ;
- ✓ La question des valeurs et du sens au travail est plus présente dans ce type de secteur qu'elle ne l'est dans les autres ;
- ✓ La décentralisation du pouvoir qui caractérise le secteur hospitalier joue également un rôle important pour la GRH et pour les DRH. De ce fait, il est absolument indispensable de mettre en place des mécanismes de coordination et de contrôle afin de maintenir un certain niveau de cohérence ;
- ✓ L'importance de la cohérence, du travail pluridisciplinaire / interdisciplinaire (en équipe).

Gérer les ressources humaines dans un hôpital est très certainement une tâche plus compliquée que dans d'autres entreprises compte tenu des caractéristiques organisationnelles qui lui sont propre. Davister et *al.* (2010)⁶⁴ nous en ont d'ailleurs fait la démonstration.

Concernant la fonction de DRH, peut-on dire qu'elle est différente dans un hôpital ? Je ne dirais pas qu'elle est différente, je dirais plutôt qu'elle est plus complète. En effet, les réalités et problèmes que rencontrent les DRH dans n'importe quelle entreprise, le DRH d'un hôpital les rencontre également. Par contre, ce que connaît un DRH d'hôpital n'est pas forcément vécu par les DRH des autres secteurs. Citons par exemple les difficultés liées à la diversité, aux questions de valeurs ou de sens, à la présence prégnante du monde médical dans certaines décisions de GRH ou encore de la forte décentralisation du pouvoir.

Le profil recherché pour occuper un poste de DRH dans un hôpital sera donc assez semblable que pour occuper cette fonction ailleurs. Il devra toutefois intégrer davantage de compétences en « sciences humaines ».

Fan de football, je souhaite terminer ce travail par une petite citation de Johan Cruyff (légende hollandaise du football dans les années 1970) qui a toute sa place dans le cadre de ce travail et de l'importance du travail d'équipe : « L'important n'est pas d'avoir les 11 meilleurs joueurs mais le meilleur 11 ».

⁶⁴ Davister, C., et *al.* (2010), *op.cit.*

6. Bibliographie

- Audet, M., Haines, V., Petit, A., St-Onge, S. (1998), *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, Montréal : Gaëtan Morin.
- Bournois, F., Point, S., Rojot, J., Scaringella, J.-L., (2007), *Les meilleures pratiques des entreprises du CAC 40/SBF 120*, Paris : Éditions d'organisation.
- Cadin, L., Guérin, L., Pigeyre, F., Pralong, J., (2012), *Pratiques et éléments de théorie GRH*, Paris : Dunod.
- CHU de Liège, " Département gestion des ressources humaines ", *site du CHU de Liège*, [en ligne], https://www.chuliege.be/jcms/c2_17338542/fr/accueil (consulté le 8 avril 2019).
- Crozet, D., Martory, B. (2016), *Gestion des ressources humaines, pilotage social et performances*, Paris : Dunod.
- Davister, C., Henry, A., Marée, M., Mertens, S. et Rijpens, J. (2010), *La gestion des entreprises sociales*, Liège : Edi.pro.
- Desmet, M., (2015), *Vivre la gestion hospitalière, une question spirituelle ?*, Namur : Editions jésuites " collection soins et spiritualités ".
- Dietrich, A., Pigeyre, F., (2005), *La gestion des ressources humaines*, Paris : La Découverte.
- Dietrich, A., Taskin, L. (2016), *Management humain*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- El Hassani, A., El Hiki, L., Makhloufi, I., Saadi, J., (2012), " Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'hôpital universitaire Cheick Zaid ", *Santé publique*, 24, 6, pp. 573-585.
- Elaee, " fiche métier CHO ", *site de elae*, [en ligne], <https://www.elae.com/fiches-metiers/fiche-metier-chief-happiness-officer-cho> (consulté le 21 avril 2019).
- Glouberman, S., Mintzberg, H., (2001), "Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part I. Differentiation", *Health Care Management Review*, Aspen Publishers, pp. 56-69.
- Liaisons Sociales, " Les DRH toujours très accaparés par la gestion administrative ", *site de liaisons sociales*, [en ligne] <https://www.liaisons-sociales.fr> (consulté le 22 avril 2019).
- Liger, P. (2007), *Le Marketing des Ressources Humaines*, Paris : Dunod.

- Louazel, M., Mourier, A., Ollivier, E., Ollivier, R., (2018), *Le management en santé*, Rennes : Presses de l'EHESP.
- Mintzberg, H., (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Éditions d'organisation.
- Mintzberg, H., (1986), *Le Pouvoir dans les organisations*, Paris : Éditions d'organisation.
- Nizet, J., Pichault, F. (1995), *Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits*, Paris : Gaëtan Morin Europe.
- Nizet, J., Pichault, F. (2000), *Les pratiques de gestion des ressources humaines*, Paris : Editions du Seuil.
- Nizet, J., Pichault, F., (2001), *Introduction à la théorie des configurations. Du « one best way » à la diversité organisationnelle*, Bruxelles : De Boeck Université, « Management ».
- Parlons RH, " Quelles sont les qualités du DRH de demain ? ", site parlons RH, [en ligne] <https://www.parlonsrh.com/qualites-drh-demain/> (consulté le 22 avril 2019).
- Thévenet, M., (2004), *Gestion des personnes : la parole aux DRH*, Paris : Liaisons.
- Tourmen, C., (2007), " Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion ", *Santé publique*, 19, hs, pp. 15-20.
- Vanhee, L. (2013), *Happy HR, le bonheur au travail rentable et durable*, Bruxelles : La Charte.
- Wikipédia, " Hôpital ", *Site Wikipédia*, [en ligne], <https://fr.wikipedia.org/wiki/Hôpital> (consulté le 7 avril 2019).

PAPER 2

La structure de propriété des hôpitaux impacte-t-elle la gestion des ressources humaines ?

Promoteur : Anaïs Périlleux

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	33
2. Le secteur hospitalier	33
2.1. Qu'est-ce qu'un hôpital ?.....	33
2.2. Bien public	34
2.3. Quelques chiffres	35
2.3.1. Chiffre d'affaires	35
2.3.2. Le personnel	38
2.3.3. Evolution, nombre et répartition des hôpitaux	43
3. Types d'hôpitaux	44
3.1. Les hôpitaux généraux	44
3.2. Les hôpitaux psychiatriques.....	45
3.3. Les hôpitaux universitaires	45
3.4. Autres types d'hôpitaux	45
3.4.1. Les hôpitaux catégoriels ou spécialisés	46
3.4.2. Les établissements médico-sociaux.....	46
3.4.3. Les places d'habitations protégées et homes de séjour provisoire	46
4. Structure de propriété	47
4.1. Le Conseil d'Administration.....	47
4.2. Hôpitaux publics	47
4.2.1. Intercommunales	48
4.3. Hôpitaux privés.....	49
4.3.1. Association sans but lucratif (ASBL).....	49
4.4. Différents secteurs	49
4.4.1. Le secteur marchand	49
4.4.2. Le secteur non marchand.....	49
4.4.3. L'économie sociale.....	50

4.4.4.	Le secteur associatif.....	51
4.4.5.	Le secteur public.....	51
5.	Gouvernance	51
5.1.	Qu'est-ce que c'est ?	52
5.2.	Les acteurs.....	52
5.2.1.	Les actionnaires	52
5.2.2.	Le Conseil d'Administration	52
5.2.3.	Les parties prenantes.....	53
5.3.	La théorie de l'agence	54
6.	Organisation de l'hôpital	56
6.1.	Structure organisationnelle.....	57
6.1.1.	Gestion.....	57
6.1.2.	Concertation.....	59
6.2.	Organisation des relations entre les hôpitaux.....	60
6.2.1.	Le groupement d'hôpitaux.....	61
6.2.2.	L'association d'hôpitaux.....	61
6.2.3.	La fusion d'hôpitaux	61
7.	Approche socio-économique et financement.....	62
7.1.	L'approche socio-économique	62
7.1.1.	Le marché	62
7.1.2.	La redistribution.....	63
7.1.3.	La réciprocité	63
7.1.4.	Pluralité des principes économiques.....	64
7.2.	Le financement des investissements dans l'infrastructure hospitalière	65
	Le financement du fonctionnement de l'hôpital.....	65
8.	Cas pratiques	66
8.1.	Le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Liège	66

8.2. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège	67
8.3. Le Centre Hospitalier Chrétien (CHC) de Liège	68
8.4. Analyse	69
9. Conclusion.....	70
10. Bibliographie.....	73

1. Introduction

Le choix de cette thématique est issu de mon parcours professionnel. En effet, ayant travaillé dans différents secteurs, différents types de structures et de différentes tailles, je pense que la manière de gérer les ressources humaines n'est pas la même et que la fonction de gestion / direction des ressources humaines ne s'effectue pas de la même manière partout, que le travail prescrit et réel varie d'un secteur à l'autre.

Que dire alors des différents types d'hôpitaux, de leur structure de propriété, de leur gestion et de leur gouvernance ou encore des ressources qui y sont mobilisées... ? Jouent-ils également un rôle dans la manière dont s'organise la gestion / direction des ressources humaines ?

Je pars du principe que la gestion des ressources humaines et, de facto, la fonction de direction des ressources humaines, se différencie tant par les objectifs fixés au département des ressources humaines que par les attentes et les finalités ou encore par les moyens (humains, financiers, matériels, etc.) qui y sont consacrés / dédiés.

Dans un monde capitaliste comme nous le connaissons aujourd'hui, où tout est lié au rendement, à la création de valeur et au profit, il est intéressant de se demander en quoi la gestion des ressources humaines peut être un élément crucial dans la réussite d'une entreprise. Quels sont les moyens qui y sont consacrés, de quelles natures sont-ils, d'où proviennent-ils, est-ce la même chose dans tous les hôpitaux, etc. ?

En outre, la question de la gouvernance au sein de l'entreprise et de l'origine des ressources, permettant à celle-ci de fonctionner, mérite donc d'être analysée.

Autant de sujets et de questions que je vais tenter d'élucider dans le présent mémoire.

2. Le secteur hospitalier

2.1. Qu'est-ce qu'un hôpital ?

En voici deux définitions : « Établissement, public ou privé, où sont effectués des soins médicaux ou chirurgicaux⁶⁵ ».

⁶⁵ Petit Larousse illustré 2007.

« Un hôpital est un établissement de soins où un personnel soignant peut prendre en charge des personnes malades ou victimes de traumatismes trop complexes pour être traités à domicile ou dans le cabinet de médecin.

Dans la plupart des pays développés, par rapport au domicile et au cabinet du médecin, le centre hospitalier présente l'avantage d'avoir :

- ✓ Une hygiène assurée par un personnel de nettoyage formé ;
- ✓ Un accueil permanent et une surveillance continue par du personnel hospitalier médical et paramédical (infirmier, aide-soignant, ...) ;
- ✓ Des équipes de soignants, disposant de compétences particulières (médecins spécialistes) et du matériel (plateau technique) nécessaire à des examens et soins plus poussés qu'au cabinet du médecin (dont en général des blocs opératoires).

En revanche, la présence et le passage de patients porteurs de nombreuses pathologies, et l'usage chronique de médicaments et biocides expose à un risque d'infection nosocomiale.

Certains hôpitaux ont un service des urgences, voire un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)⁶⁶ ».

2.2. Bien public

Les hôpitaux fournissent des services que l'on peut qualifier de « biens publics ». Un bien public peut être défini comme un bien qui a la double caractéristique d'être non rival et non excluible. Ostrom et Ostrom (1977)⁶⁷ effectuent la classification suivante :

	Excluabilité forte	Excluabilité faible
Rivalité forte	bien privé	Bien commun
Rivalité faible	bien de club	Bien public pur

L'excluabilité varie en fonction des possibilités technique, juridiques et politiques qui (ne) permettent (pas) la mise en place d'un contrôle d'accès. La rivalité est variable selon les biens et dans le temps. Elle peut varier notamment selon le niveau de consommation.

⁶⁶ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Hôpital>.

⁶⁷ Ostrom, E., Ostrom V., (1977), " *Public Goods and Public choices* ", Bloomington : Indiana University Press.

La page « bien public » du site Wikipédia⁶⁸ nous dit qu' « en économie, un bien public est un bien non rival. La consommation de ce bien par un agent n'affecte donc pas la quantité disponible pour les autres agents (non-rivalité). Un bien public pur est un bien non rival et non excluable, il est difficile de faire payer l'accès à ce bien (non-excluabilité) ».

Catégorie	Exemple	Rivalité	Excluabilité
Bien privé	Une maison	Seulement une personne peut en être propriétaire	Les autres personnes sont exclues de sa propriété
Bien commun	L'usage d'un jeu d'enfant	Tout le monde a le droit de l'utiliser	Seulement un enfant à la fois
Bien à péage / bien de club	Netflix	Tout le monde peut s'abonner	Ceux qui ne s'abonnent pas en sont exclus
Bien public pur	L'usage de la place de la Concorde à Paris	Tout le monde a le droit d'y aller	Tout le monde peut y aller au même moment (pratiquement !)

Source : Wikipédia

Enfin, un bien public peut être financé de trois manières différentes : **(1)** l'Etat ; **(2)** des contributions volontaires (organisations caritatives, etc.) ; **(3)** des organismes privés (c'est le cas lorsque le bien public peut être associé à d'autres produits qui permettent son financement).

2.3. Quelques chiffres

Les données suivantes sont issues de quatre sources différentes : **(1)** le SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (service « Financement des Hôpitaux ») ; **(2)** le SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale ; **(3)** l'étude Maha⁶⁹ ; **(4)** le baromètre des entreprises sociales en Belgique.

2.3.1. CHIFFRE D'AFFAIRES

En 2017, le chiffre d'affaires des hôpitaux généraux s'élève à 14,5 milliards d'euros en 2017. Cela constitue une légère progression par rapport à l'exercice précédent (+2,7%).

Cette progression du chiffre d'affaires a été principalement soutenue par l'évolution des produits pharmaceutiques, en lien avec l'évolution des achats pharmaceutiques, (+11,1%) et des forfaits (+4,7%).

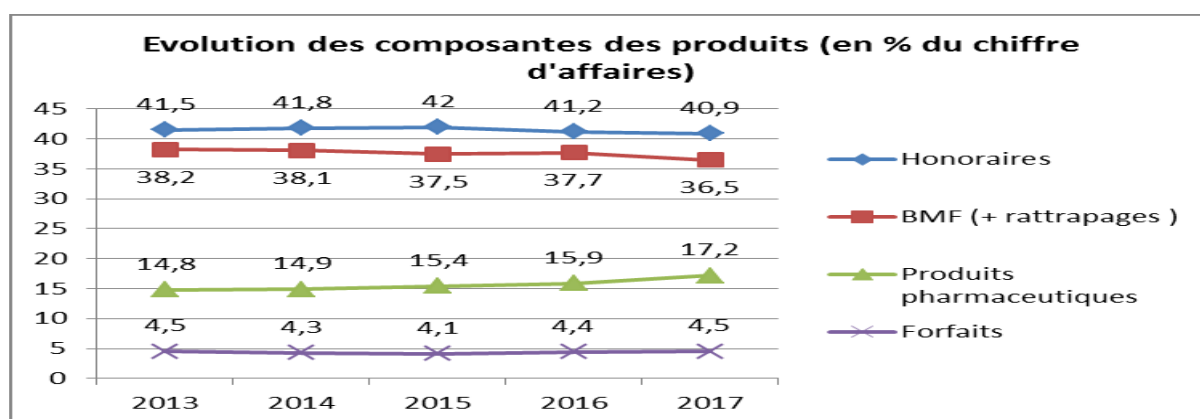
Le budget de moyens financiers (BMF) et les honoraires (qui sont les deux principales composantes du chiffre d'affaires) enregistrent un nouveau ralentissement avec une

⁶⁸ https://fr.wikipedia.org/wiki/Bien_public.

⁶⁹ Pommee, U., *Analyse sectorielle des hôpitaux généraux : étude Maha 2018*, Bruxelles : Belfius, 2018.

croissance limitée des honoraires (+2,1%) et même une évolution légèrement négative pour le BMF (-0,1%). Pour rappel, le BMF alloué par la santé publique pour couvrir les frais d'admission et de séjour des patients dans l'hôpital représente 36,9% du chiffre d'affaires. Il est intéressant de constater que, depuis plusieurs années, le BMF progresse à un rythme inférieur à celui du chiffre d'affaires. Ce qui a pour conséquence que son poids relatif décroît régulièrement (exemples : 36,3% en 2017 et 38,2% en 2013).

Cette évolution à la baisse s'explique par deux facteurs : (1) la mise en œuvre de nouvelles mesures d'économies en 2017 (près de 75 millions d'euros) ; (2) l'impact de la régionalisation du financement des infrastructures.



Source : étude Maha 2018 (Belfius).

De leur côté, les honoraires médicaux (40,9% du chiffre d'affaires) subissent également une progression très modérée (+2,1%), légèrement supérieure à l'exercice précédent (+1,7%). Cela reste en deçà des années antérieures (exemples : +3,9% en 2015 et +4,1% en 2014).

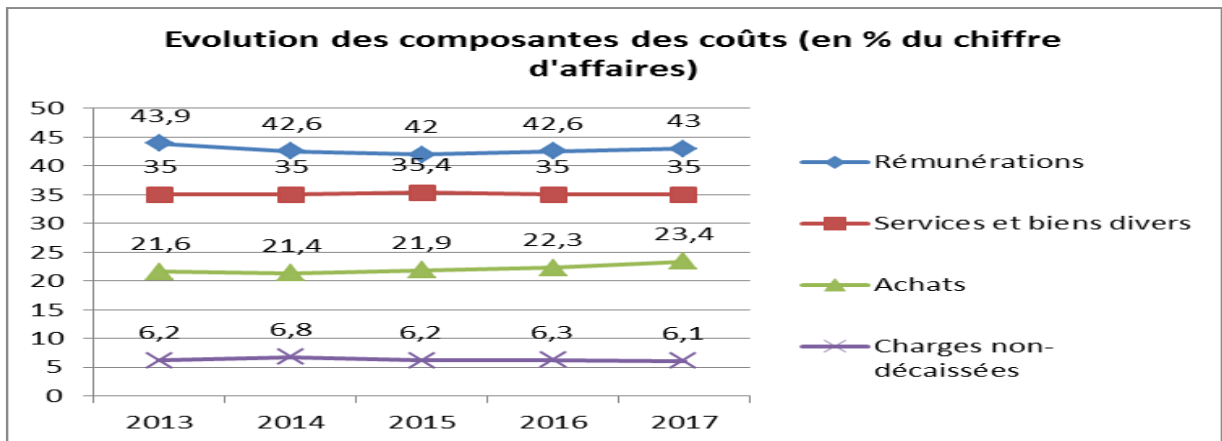
Comme évoqué supra, les produits pharmaceutiques enregistrent par contre une progression spectaculaire de +11,1% (contre +4,0% en 2016 et +7,1% en 2015), en lien avec l'évolution des achats pharmaceutiques. Le poids relatif dans l'ensemble du chiffre d'affaires continue de croître (17,2% en 2017 contre 15,9% en 2016 et 14,8% en 2013).

Les forfaits (principalement en hospitalisation de jour et en conventions INAMI⁷⁰) représentent 4,5% du chiffre d'affaires. Après une évolution modérée en 2015 (+0,3%), ils renouent, pour la 2^{ème} année consécutive, avec une évolution plus « dynamique » (+4,7% en 2017 ; +5,0% en 2016).

Quant aux coûts d'exploitation, ils progressent de +3,8%, c'est-à-dire à un rythme plus élevé que le chiffre d'affaires (+2,7%) et que celui de l'inflation (1,87% pour l'indice santé). On

⁷⁰ Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

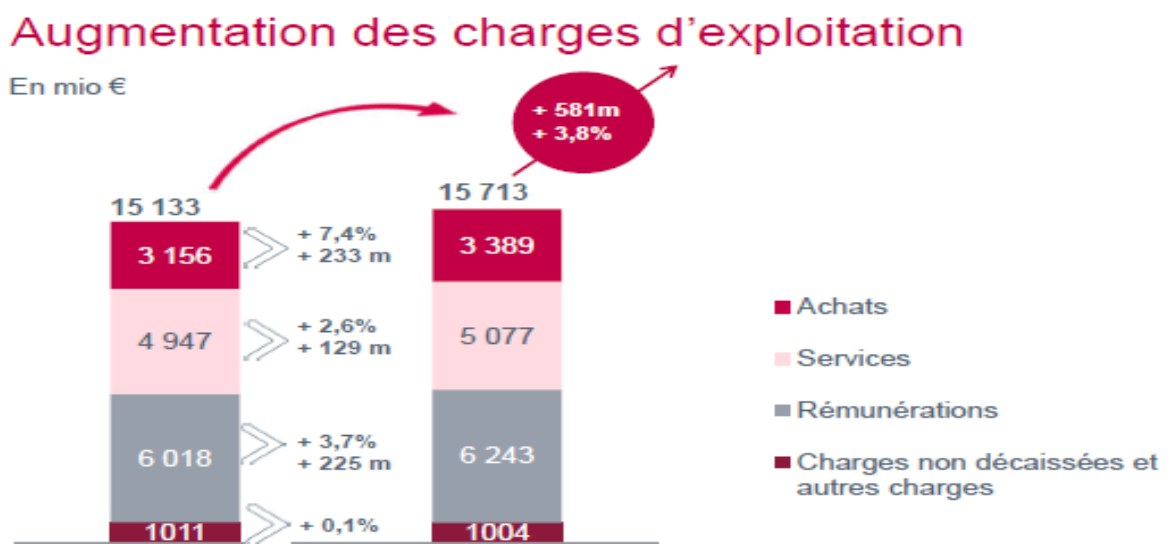
peut imputer principalement cette évolution aux achats (23,4% du chiffre d'affaires) qui progressent de 7,8% en 2017. On peut pointer la progression des achats pharmaceutiques de 10,0% (soit une augmentation de près de 237 millions d'euros), ce qui concorde avec l'évolution des produits pharmaceutiques évoquée plus haut.



Source : étude Maha 2018 (Belfius).

Les services et biens divers (35% du chiffre d'affaires) enregistrent une progression plus modérée de 2,6% (ce qui correspond à un rythme comparable à celui du chiffre d'affaires). Parmi ceux-ci, la rétribution des médecins (rétrocession d'honoraires) progresse également de 2,6%, ce qui coïncide avec l'augmentation des recettes qui s'y rapportent.

Evolution des charges d'exploitation entre 2016 et 2017 :



Source : étude Maha 2018 (Belfius).

2.3.2. LE PERSONNEL

Le secteur hospitalier – qui est un segment du secteur non-marchand – se caractérise aussi par une forte intensité de main d'œuvre et est l'un des plus gros employeurs de Belgique. En 2012, d'après les chiffres de Belfius, le secteur fournit un emploi direct à 190.000 personnes (91.000 ETP) et un emploi indirect à 60.000 personnes (sous-traitants), le tout sans oublier bien entendu les nombreux bénévoles qui apportent leur précieux soutien aux patients.

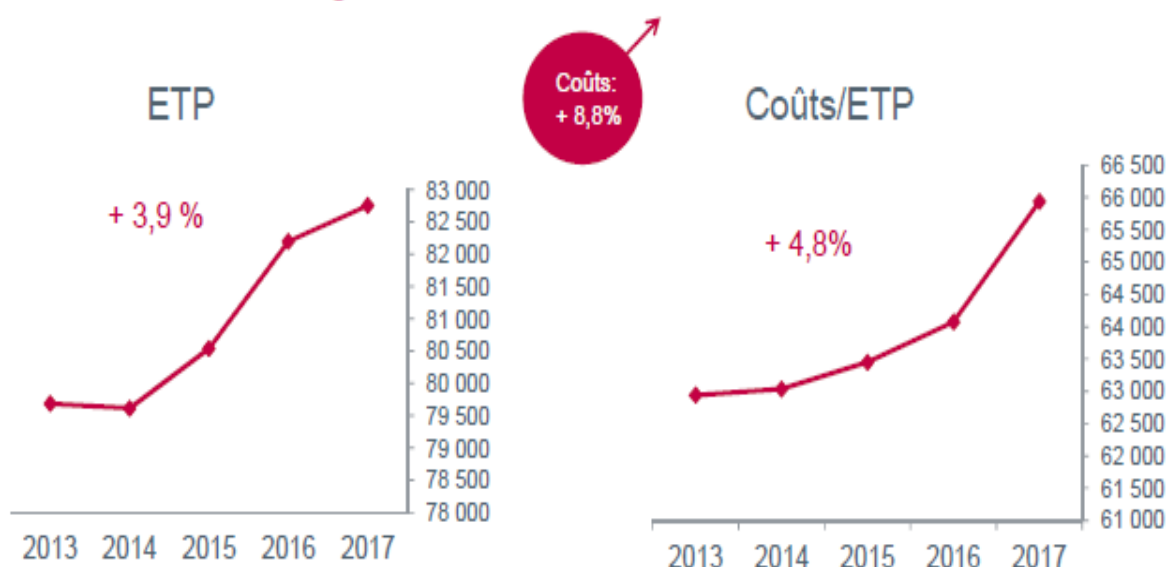
En 2017, pour la 2^{ème} année consécutive, les frais de personnel (+3,7%) connaissent une progression plus élevée que le chiffre d'affaires (+2,7%). La progression observée en 2017 s'explique davantage par une progression du coût moyen salarial (+3,0%). C'est davantage lié à l'indexation des salaires (juin 2016 et 2017 [indice pivot de 2,0%]), qu'à une croissance du nombre d'ETP (+0,7%). Les coûts salariaux évoluent à un rythme croissant (exemples : +0,6% en 2014, +2,0% en 2015).

Les coûts salariaux représentent 43,0% du chiffre d'affaires des hôpitaux de sorte que leur évolution a un impact déterminant sur les résultats dégagés par le secteur.

Evolution du personnel entre 2013 et 2017 :



Évolution du personnel (2013-2017) ETP et coût global hors médecins



Source : étude Maha 2018 (Belfius) sur base d'un échantillon de 79 institutions.

Evolution de l'emploi dans le secteur de la santé :

Unité statistique du tableau : en pourcentage de la population totale en emploi de 15 à 64 ans.

		2013	2014	2015	2016	2017
REGION FLAMANDE	H	2,7	2,9	2,8	2,8	2,9
	F	10,7	11,0	10,6	11,2	11,7
	T	6,4	6,7	6,5	6,7	7,0
REGION WALLONNE	H	2,9	3,2	3,8	3,9	3,5
	F	11,4	12,4	13,0	12,7	12,7
	T	6,8	7,5	8,1	7,9	7,8
REGION DE BRUXELLES-CAPITALE	H	4,1	3,3	3,3	3,3	3,2
	F	8,3	9,8	8,3	9,0	8,2
	T	6,1	6,3	5,5	5,9	5,4
BELGIQUE	H	2,9	3,0	3,2	3,1	3,1
	F	10,7	11,3	11,1	11,4	11,7
	T	6,5	6,9	6,9	7,0	7,1
UE-28	H	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
	F	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3
	T	6,2	6,3	6,2	6,2	6,2

Source : Eurostat, Statbel, enquête sur les forces de travail, calculs SPF ETCS.

On constate notamment que : en Belgique, 7 travailleurs sur 100 en 2017 exerçaient dans le secteur de la santé (+0,6% par rapport à 2013) ; celui-ci emploie en Belgique près de 4 fois plus de femmes que d'hommes et cette tendance est semblable dans l'Union Européenne ; la Région wallonne emploie proportionnellement davantage de travailleurs dans ce secteur que dans les deux autres Régions et dans l'Union Européenne.

Part de l'emploi par secteurs NACE⁷¹ :

Unité statistique du tableau : en pourcentage.

	2016									2017								
	BELGIQUE			UE-28			BELGIQUE			UE-28			BELGIQUE			UE-28		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Secteur primaire	1,5	0,7	1,1	4,9	2,9	4,0	1,4	0,7	1,1	4,8	2,8	3,9						
Industrie	32,8	8,2	21,4	34,7	12,3	24,4	31,5	8,5	20,8	34,8	12,4	24,5						
Industries extractives	0,2	0,0	0,1	0,6	0,1	0,4	0,2	0,0	0,1	0,5	0,1	0,3						
Industrie manufacturière	18,0	6,2	12,5	20,7	10,0	15,8	17,5	6,5	12,4	20,6	10,2	15,8						
Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air	0,8	0,3	0,6	1,0	0,4	0,7	1,1	0,3	0,7	1,0	0,4	0,7						
Production et distribution d'eau; assainissement, gestion des déchets	1,3	0,3	0,9	1,2	0,3	0,8	1,0	0,3	0,7	1,2	0,3	0,8						
Construction	12,5	1,3	7,3	11,3	1,4	6,8	11,7	1,3	6,9	11,4	1,5	6,8						
Services	64,7	90,0	76,5	60,2	84,8	71,5	66,1	89,6	77,0	60,3	84,6	71,6						
Commerce; réparation d'automobiles et de motocycles	13,4	12,8	13,1	13,0	14,8	13,9	13,3	12,2	12,8	13,1	14,5	13,8						
Transports et entreposage	8,3	2,4	5,5	7,7	2,6	5,3	8,4	2,4	5,7	7,7	2,6	5,4						
Hébergement et restauration	3,1	3,3	3,2	4,0	5,4	4,6	2,9	3,3	3,1	3,9	5,4	4,6						
Information et communication	4,4	1,6	3,1	4,0	2,0	3,1	4,8	1,8	3,4	4,1	2,1	3,2						
Activités financières et d'assurance	3,0	3,1	3,0	2,7	3,3	3,0	3,1	3,7	3,4	2,7	3,3	3,0						
Activités immobilières	0,6	0,8	0,7	0,7	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,8						
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	5,4	4,9	5,1	5,4	5,8	5,6	5,7	4,7	5,2	5,5	5,9	5,7						
Activités de services administratifs et de soutien	4,4	7,4	5,8	4,1	4,5	4,3	4,5	7,0	5,7	4,1	4,5	4,3						
Administration publique	8,2	9,3	8,7	6,9	7,3	7,1	8,5	8,8	8,6	6,8	7,3	7,0						
Enseignement	5,2	14,4	9,5	3,9	12,2	7,7	5,3	15,0	9,8	3,9	12,1	7,7						
Santé humaine et action sociale	5,8	25,4	14,9	4,4	18,7	11,0	5,8	25,5	14,9	4,4	18,9	11,1						
Arts, spectacles et activités récréatives	1,6	1,5	1,5	1,6	1,8	1,7	1,5	1,4	1,5	1,6	1,8	1,7						
Autres activités de services	1,4	3,0	2,1	1,5	3,5	2,4	1,4	2,9	2,1	1,5	3,5	2,5						
Activités des ménages en tant qu'employeurs; activités indifférenciées	0,0	0,1	0,1	0,2	2,0	1,0	0,0	0,2	0,1	0,2	1,9	1,0						
Organismes extra-territoriaux	0,9	1,1	1,0	0,1	0,1	0,1	1,0	1,2	1,1	0,1	0,1	0,1						

Source : Eurostat, enquête sur les forces de travail, calculs SPF ETCS.

⁷¹ La NACE est la Nomenclature (statistique) des Activités économiques dans la Communauté Européenne (système de classification des activités économiques des entreprises qui recense plus de 600 codes).

On constate notamment dans le secteur santé humaine et action sociale que : en Belgique, plus d'un quart de femmes travaillent dans ce secteur pour un peu moins d'un cinquième au niveau de la moyenne de l'Union Européenne (en 2016 : 25,4% contre 18,7% ; en 2017 : 25,5% contre 18,9%) ; en Belgique, ce secteur représente environ 15,0% de l'emploi total pour 11,0% au niveau de la moyenne de l'Union Européenne ; en Belgique, ce secteur représente près du double de travailleurs par rapport au secteur public (2016 : 14,9% contre 8,7% ; 2017 : 14,9% contre 8,6%) ; en Belgique ce secteur est proportionnellement le premier pourvoyeur d'emploi devant respectivement le commerce, la réparation d'automobiles et de motocycles et l'industrie manufacturière alors qu'au niveau de la moyenne de l'Union Européenne, ce secteur n'arrive qu'en troisième position derrière respectivement l'industrie manufacturière et le commerce, la réparation d'automobiles et de motocycles.

Evolution de la part de l'emploi par branche d'activité :

Unité statistique du tableau : en pourcentage.

		2013	2014	2015	2016	2017
REGION FLAMANDE	Agriculture; pêche	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5
	Industrie (sauf construction)	14,9	14,6	14,1	13,9	13,8
	Construction	6,4	6,3	6,2	6,1	6,1
	Services	77,1	77,6	78,2	78,5	78,7
	<i>dont</i>	22,3	22,0	22,0	21,8	21,6
	Commerce; hôtels et restaurants; transports	4,6	4,6	4,7	4,7	4,7
	Information et communication; activités financières; immobilier	19,0	19,6	20,2	20,7	21,1
	Activités spécialisées, scientifiques et techniques; services administratifs et soutien	27,2	27,4	27,4	27,4	27,3
Administration publique et services collectifs	4,0	4,0	3,9	3,9	3,9	
Arts, spectacles et activités récréatives; autres services; activités des ménages et extra-territoriales						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
REGION WALLONNE	Agriculture; pêche	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4
	Industrie (sauf construction)	12,4	12,0	11,8	11,6	11,6
	Construction	6,9	6,8	6,6	6,5	6,4
	Services	79,1	79,7	80,2	80,4	80,6
	<i>dont</i>	21,1	21,1	21,2	21,0	21,0
	Commerce; hôtels et restaurants; transports	3,7	3,7	3,7	3,7	3,6
	Information et communication; activités financières; immobilier	15,7	16,0	16,3	16,6	16,9
	Activités spécialisées, scientifiques et techniques; services administratifs et soutien	34,5	34,8	34,9	35,0	34,9
Administration publique et services collectifs	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	
Arts, spectacles et activités récréatives; autres services; activités des ménages et extra-territoriales						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
REGION DE BRUXELLES-CAPITALE	Agriculture; pêche	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Industrie (sauf construction)	4,6	4,5	4,2	4,0	4,0
	Construction	2,9	2,9	3,1	3,1	3,2
	Services	92,4	92,5	92,7	92,8	92,8
	<i>dont</i>	19,2	19,0	18,5	18,3	18,2
	Commerce; hôtels et restaurants; transports	13,9	13,7	13,4	13,3	13,0
	Information et communication; activités financières; immobilier	19,3	19,6	20,1	20,3	20,5
	Activités spécialisées, scientifiques et techniques; services administratifs et soutien	34,5	34,8	35,0	35,1	35,2
Administration publique et services collectifs	5,5	5,5	5,6	5,8	6,0	
Arts, spectacles et activités récréatives; autres services; activités des ménages et extra-territoriales						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
BELGIQUE	Agriculture; pêche	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2
	Industrie (sauf construction)	12,7	12,4	12,0	11,8	11,7
	Construction	6,0	5,9	5,8	5,8	5,8
	Services	80,0	80,5	80,9	81,1	81,3
	<i>dont</i>	21,5	21,3	21,2	21,1	20,9
	Commerce; hôtels et restaurants; transports	5,8	5,7	5,7	5,7	5,6
	Information et communication; activités financières; immobilier	18,1	18,6	19,1	19,5	19,9
	Activités spécialisées, scientifiques et techniques; services administratifs et soutien	30,3	30,6	30,6	30,6	30,5
Administration publique et services collectifs	4,3	4,2	4,2	4,2	4,3	
Arts, spectacles et activités récréatives; autres services; activités des ménages et extra-territoriales						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
UE-28	Agriculture; pêche	5,4	5,3	5,2	5,0	5,0
	Industrie (sauf construction)	15,8	15,8	15,7	15,6	15,5
	Construction	7,0	6,8	6,6	6,4	6,4
	Services	71,8	72,1	72,5	72,9	73,2
	<i>dont</i>	24,5	24,6	24,6	24,5	24,5
	Commerce; hôtels et restaurants; transports	6,5	6,5	6,6	6,6	6,6
	Information et communication; activités financières; immobilier	11,4	11,7	11,9	12,0	12,3
	Activités spécialisées, scientifiques et techniques; services administratifs et soutien	23,4	23,3	23,4	23,7	23,6
Administration publique et services collectifs	6,0	6,0	6,0	6,1	6,1	
Arts, spectacles et activités récréatives; autres services; activités des ménages et extra-territoriales						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Source : Eurostat, ICN, Comptes nationaux, calculs SPF ETCS.

On constate notamment que : la Belgique compte proportionnellement davantage de travailleurs dans les « services » que dans l'Union Européenne (81,3% contre 73,2% en 2017) ; ce résultat s'explique en grande partie par la part de ces chiffres correspondant à l'Administration publique et aux services collectifs (30,5% contre 23,6%) ; ce taux de 30,5% pour la Belgique est en grande partie dû à la Région wallonne (34,9%) et à la Région de Bruxelles-Capitale (35,2%) alors qu'en Région flamande le taux est en deçà de la moyenne belge (27,3%).

De manière plus générale, l'Union Européenne avec 73,2% d'emploi dans le secteur tertiaire (encore plus en Belgique avec 81,3%) en 2017 est devenue une société des « services » (cf. tableau évolution de la part de l'emploi par branche d'activité).

Evolution de l'emploi salarié dans les entreprises sociales (ES), le secteur privé (hors ES) et le secteur public en Belgique entre 2008 et 2014 :

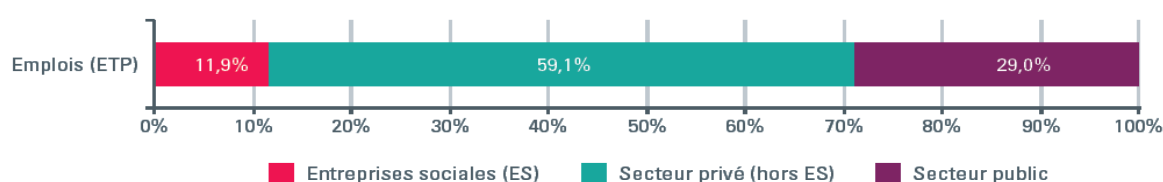
Unité statistique du tableau : en ETP.

	Nombre d'équivalents temps plein (ETP)							Taux de croissance 2008 - 2014
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	%
Entreprises sociales	333.123	343.740	353.330	361.745	367.932	370.472	371.478	11,5%
Bruxelles	61.155	71.051	72.658	74.258	75.386	75.859	76.448	25,0%
Flandre	184.161	183.566	189.566	195.150	199.103	200.657	200.895	9,1%
Wallonie	87.807	89.123	91.106	92.336	93.442	93.957	94.135	7,2%
Entreprises privées - hors ES	1.846.701	1.780.018	1.811.460	1.874.885	1.846.644	1.842.533	1.837.965	-0,5%
Secteur Public	938.434	945.808	947.628	911.760	910.061	909.358	900.439	-4,0%
Total	3.118.257	3.069.566	3.112.418	3.148.389	3.124.636	3.122.364	3.109.882	-0,3%

Source : baromètre des entreprises sociales en Belgique, édition 2016 ; données ConcertES.

On constate notamment que : le taux de croissance total sur la période est négatif (-0,3%) alors que celui relatif aux entreprises sociales augmente de 11,5% (les trois régions sont concernées) ; en 2014, l'emploi dans les entreprises sociales en Belgique se répartit de la manière suivante : 20,6% pour Bruxelles, 54,1% pour la Flandre et 25,3% pour la Wallonie.

Répartition de l'emploi entre les entreprises sociales (ES), le secteur privé (hors ES) et le secteur public en Belgique en 2014 :



Source : baromètre des entreprises sociales en Belgique, édition 2016 ; données ConcertES.

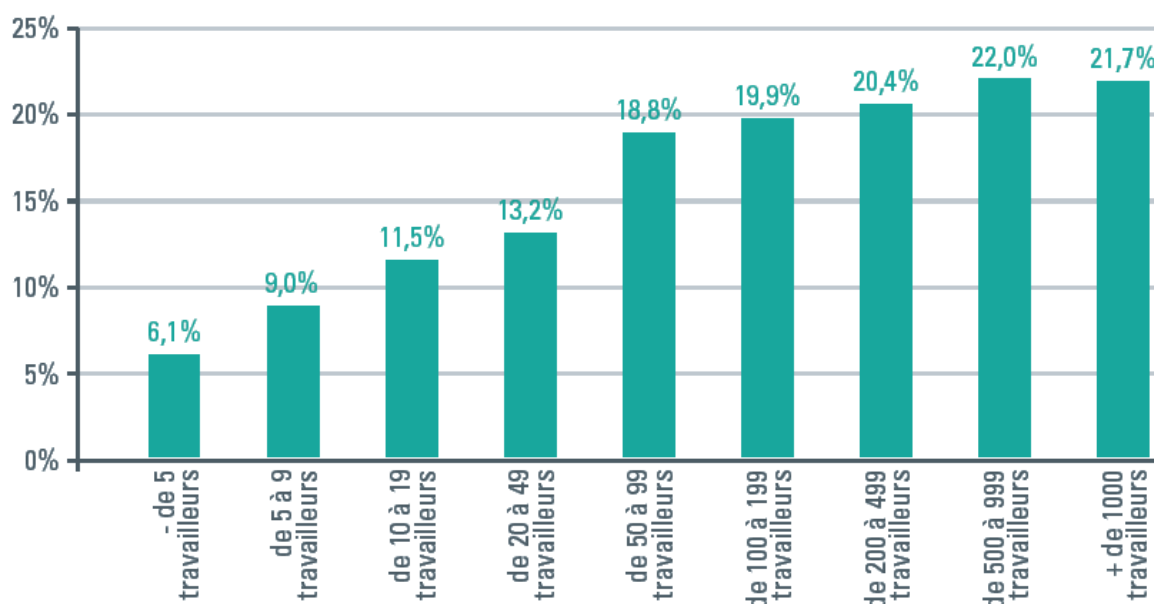
Poids des entreprises sociales en termes d'emplois salariés dans le secteur privé, par Région (sur base du siège social) en 2014 :



Source : baromètre des entreprises sociales en Belgique, édition 2016 ; données ConcertES.

On constate que : en 2014, les entreprises sociales représentent 17,1% de l'emploi du secteur privé et que ce pourcentage est nettement plus élevé en Wallonie (21%) qu'au niveau des deux autres régions (16,1%).

Poids des entreprises sociales en termes d'emplois salariés dans le secteur privé, par catégorie de taille d'entreprise en Belgique en 2014 :

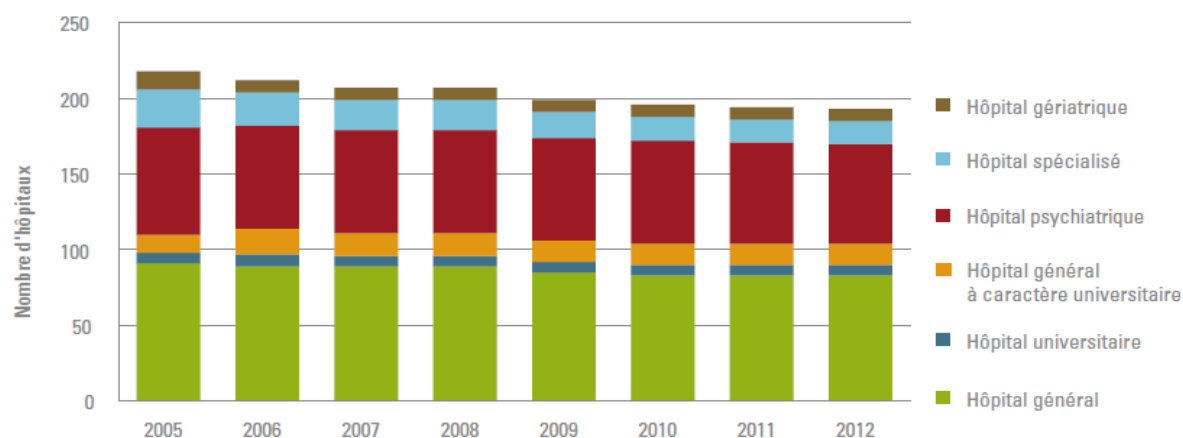


Source : baromètre des entreprises sociales en Belgique, édition 2016 ; données ConcertES.

On constate que : plus la taille de l'entreprise est grande plus la part des emplois dans les entreprises sociales augmente (exemple : si 100 travailleurs ou plus, cela représente au moins 20% des emplois).

2.3.3. EVOLUTION, NOMBRE ET REPARTITION DES HOPITAUX

Evolution du nombre d'hôpitaux par type entre 2005 et 2012 :



Source : Crommelynck et al.

En 2018, la Belgique comptait 175 hôpitaux. La répartition était la suivante⁷² :

- ✓ 135 hôpitaux privés et 40 hôpitaux publics ;
- ✓ 146 non universitaires, 7 universitaires et 22 mixtes ;
- ✓ 93 hôpitaux en Flandre, 59 Wallonie et 23 en Région bruxelloise.

Sur base des données ci-dessus, on s'aperçoit que le nombre d'hôpitaux est en diminution constante depuis de très nombreuses années (plus de 200 en 2005 pour 175 en 2018). Compte tenu des réformes successives imposées au secteur et de la 6^{ème} réforme de l'Etat cela ne va pas faire en sorte de modifier cette tendance.

Nombre d'hôpitaux et de lits agréés par type et par région en 2012 :

	Nombre d'hôpitaux				Nombre de sites				Nombre de lits agréés			
	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Belgique	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Belgique
2012												
Hôpital général	47	30	6	83	80	58	13	151	19.146	12.076	2.874	34.096
Hôpital universitaire	3	1	3	7	5	3	3	11	3.438	925	2.557	6.920
Hôpital général à caractère universitaire	5	6	3	14	19	9	6	34	6.187	3.039	1.514	10.740
Hôpital psychiatrique	37	20	9	66	44	22	9	75	10.158	4.335	890	15.383
Hôpital spécialisé	9	5	1	15	9	6	1	16	969	460	117	1.546
Hôpital gériatrique	2	1	5	8	2	2	6	10	248	426	613	1.287
Total	103	63	27	193	159	100	38	297	40.146	21.261	5.691	69.972

Source : Crommelynck et al.

⁷² Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

3. Types d'hôpitaux

Pour mener à bien ces différentes missions, le secteur hospitalier se compose de différents types d'hôpitaux.

Crommelynck et *al.* (2013)⁷³ ainsi que la loi sur les hôpitaux (2008)⁷⁴ effectuent les distinctions suivantes :

3.1. Les hôpitaux généraux

La loi sur les hôpitaux (2008)⁷⁵ les définit comme « les établissements de soins de santé où des examens et / ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général ».

De leur côté, Crommelynck et *al.* (2013)⁷⁶ les définissent comme des établissements recevant les patients jour et nuit pour une aide médicale spécialisée. Pour entrer dans le champ d'application de la loi, l'hôpital de base⁷⁷ doit disposer d'au moins 150 lits agréés et posséder au moins un service de chirurgie et de médecine interne. D'autres activités / services peuvent également être présents dans un hôpital de base : anesthésiologie, radiologie, activités de base en biologie clinique, réadaptation fonctionnelle, activité de base en officine hospitalière, un programme de soins de base en oncologie ainsi que des services de gériatrie, de maternité, de pédiatrie et de neuropsychiatrie.

⁷³ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbre, D., *L'organisation et le financement des hôpitaux*, Namur : Mutualité chrétienne, 2013.

⁷⁴ Loi du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, M.B. 7 novembre 2008.

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbre, D., *op. cit.*, p. 3.

⁷⁷ Arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, M.B. 21 février 1989.

3.2. Les hôpitaux psychiatriques

La loi sur les hôpitaux (2008)⁷⁸ les définit comme « les hôpitaux exclusivement destinés à des patients psychiatriques ».

Crommelynck et *al.* (2013)⁷⁹ sont un peu plus précis et les définissent comme des établissements dispensant des traitements et des soins aux personnes atteintes de troubles psychiques graves. Ils peuvent aussi offrir une consultation polyclinique ou un traitement de jour. Ils peuvent également contribuer à créer et à gérer des habitations protégées (IHP)⁸⁰.

3.3. Les hôpitaux universitaires

La loi sur les hôpitaux (2008)⁸¹ considère comme hôpitaux universitaires, services hospitaliers universitaires, fonctions hospitalières universitaires, ou programmes de soins universitaires, « les hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes de soins qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique et de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par lui sur la proposition des autorités ».

Crommelynck et *al.* (2013)⁸² ajoutent, qu'au-delà de leurs missions hospitalières de bases (cf. hôpitaux généraux), les hôpitaux universitaires ont aussi pour mission de contribuer à la formation des médecins et des praticiens de l'art infirmier, étant actifs dans le domaine de la recherche scientifique et participant au développement de nouvelles technologies. C'est également au sein de ces hôpitaux que sont admis les patients qui nécessitent un traitement très spécialisé. Chaque faculté de médecine offrant un cursus complet peut disposer d'un seul hôpital universitaire.

3.4. Autres types d'hôpitaux

A côté de ces trois grands types, on peut également en ajouter trois autres :

⁷⁸ Loi du 10 juillet 2008, *op. cit.*

⁷⁹ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, p. 3.

⁸⁰ Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, M.B. 26 juillet 1990.

⁸¹ Loi du 10 juillet 2008, *op. cit.*

⁸² Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, pp. 3-4.

3.4.1. LES HOPITAUX CATEGORIELS OU SPECIALISES

Crommelynck et *al.* (2013)⁸³, les définissent comme des hôpitaux plus petits offrant des soins spécifiques à un public-cible déterminé. Il s'agit généralement d'hôpitaux axés sur la réadaptation fonctionnelle ou s'occupant de soins aux personnes âgées.

3.4.2. LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Ces établissements ne sont pas considérés comme des hôpitaux en tant que tels. D'après la loi sur les hôpitaux (2008)⁸⁴, ils concernent les établissements hébergeant des personnes âgées ou des enfants.

3.4.3. LES PLACES D'HABITATIONS PROTEGEES ET HOMES DE SEJOUR PROVISOIRE

Pour ces établissements, il convient de se référer à la définition que font Crommelynck et *al.* (2013)⁸⁵ au sujet des hôpitaux psychiatriques (cf. supra).

A côté de ces distinctions par types, on peut aussi faire une autre distinction en fonction de leur structure de propriété (cf. infra) à savoir entre les hôpitaux publics (organisme de droit public, état, communautés, régions, provinces et intercommunales) et les hôpitaux privés (association d'utilité publique et asbl).

Enfin, les hôpitaux (à l'exclusion des services gériatriques et psychiatriques) pouvaient historiquement être classifiés en trois niveaux. Delvaux (1986)⁸⁶ nous les présente comme suit (selon un avis de la Commission nationale de programmation hospitalière) :

- ✓ L'hôpital local : entité de 90 à 235 lits pour une population d'environ 50.000 habitants ;
- ✓ L'hôpital régional ou de district : de 330 à 565 lits pour une population de quelque 200.000 habitants ;
- ✓ L'hôpital suprarégional : de 870 à 1020 lits pour une population d'un million d'habitants.

Toutefois, comme nous le verrons ultérieurement, cette dernière distinction n'a plus trop de raison d'être, notamment, dans la mesure où des formes de collaboration ont été mises en place.

⁸³ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, p. 3.

⁸⁴ Loi du 10 juillet 2008, *op. cit.*

⁸⁵ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*

⁸⁶ Delvaux, B., *Les hôpitaux en Belgique : évolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière*, Bruxelles : CRISP, 1986, p. 35.

4. Structure de propriété

Dans le langage courant, on associe souvent les hôpitaux à certaines terminologies, comme par exemple : « un hôpital, c'est le secteur non marchand » ; « un CHU (Centre Hospitalier Universitaire), c'est hôpital public » ; « un hôpital privé, c'est un hôpital catholique » ; etc.

Il convient de faire une analyse plus précise de ces différents concepts afin de pouvoir catégoriser correctement les hôpitaux selon les critères fixés par les économistes.

Comme nous venons de le voir ci-dessus, nous avons communément deux grandes catégories d'hôpitaux : **(1)** les hôpitaux publics, qui représentent 30,0% du secteur ; **(2)** les hôpitaux privés qui représentent 70,0% du secteur.

Il est dès lors intéressant de se concentrer sur la composition du Conseil d'Administration (CA) de différents hôpitaux en fonction de leur structure de propriété et / ou de leur type et de distinguer leurs compositions et la gouvernance qui en découle. Avant cela, il est important de rappeler ce qu'est un CA et quel est son rôle.

4.1. Le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration⁸⁷ est « un groupe de personnes morales ou physiques (les administrateurs) chargé d'administrer une institution, comme une association, une entreprise ou un établissement public. [...] L'organisation, le fonctionnement et les prérogatives du conseil d'administration sont fixés par le statut de l'institution et dépendent du droit national ».

Il est composé de plusieurs membres, dont un président désigné ou élu, et un secrétaire ainsi que, parfois, un vice-président et un trésorier. Il arrive également qu'une personne morale soit membre d'un Conseil d'Administration. Dans ce cas, elle désigne une personne physique pour la représenter. Notons également qu'à côté des membres statutaires, les séances du CA peuvent se voir ajouter des membres invités, permanents ou non.

4.2. Hôpitaux publics

Les hôpitaux publics sont des hôpitaux dont la gestion est le plus souvent confiée en totalité ou en partie à l'autorité publique au niveau local. La plupart du temps, ils sont structurés en intercommunales.

⁸⁷ https://fr.wikipedia.org/wiki/Conseil_d%27administration.

4.2.1. INTERCOMMUNALES

En Belgique, on appelle intercommunale⁸⁸ « une entreprise publique créée par des communes afin d'accomplir des missions de service public d'intérêt communal, soit des domaines intéressant directement les citoyens ».

Pour Perrin (2005)⁸⁹, « la coopération intercommunale permet à plusieurs communes, sur le principe du volontariat des élus, de se regrouper pour gérer en commun un certain nombre d'activités ou de services ».

Une intercommunale peut notamment être active dans les secteurs du développement économique, de la collecte des déchets, du traitement des eaux usées, de la distribution d'eau, de gaz et d'électricité, de la télédistribution ou encore des soins de santé. Cela permet normalement une plus grande cohérence de l'action publique (vision stratégique, limitation de la concurrence entre certaines communes, économies d'échelle, etc.).

Les coopérations entre les provinces et les communes sont prévues dans la constitution belge à l'article 162, alinéa 4 : « En exécution d'une loi adoptée à la majorité prévue à l'article 4, dernier alinéa, le décret ou la règle visée à l'article 134 règle les conditions et le mode suivant lesquels plusieurs provinces ou plusieurs communes peuvent s'entendre ou s'associer ». Les régions sont compétentes en matière de gestion des intercommunales depuis la révision de la constitution du 5 mai 1993 (dans le cadre de la réforme de l'État).

La Région wallonne s'est rapidement dotée de mesures décrétales permettant de gérer les intercommunales. Le décret du 5 décembre 1996 (M.B. 7 février 1997) dispose les bases. Le décret adopté le 19 juillet 2006 (M.B. 23 août 2006) le réforme en profondeur.

Il existe deux types d'intercommunales :

- ✓ Les intercommunales « pures », dont le capital est détenu à 100% par des entités publiques (principalement les communes) ;
- ✓ Les intercommunales « mixtes », dont le capital est minoritairement détenu par des acteurs du secteur privé (banques, mutuelles, chambres de commerce, etc.).

Enfin, les intercommunales peuvent revêtir trois formes juridiques distinctes :

- ✓ La société coopérative à responsabilité limitée (SCRL) : cette forme est la plus fréquente en Région wallonne ;
- ✓ L'association sans but lucratif (ASBL) : quelques cas en Wallonie ;

⁸⁸ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Intercommunale>.

⁸⁹ Perrin, P., (2005), *La coopération intercommunale*, Paris : Berger-Levrault.

✓ La société anonyme (SA) : de très rares cas.

Au niveau wallon, le secteur médico-social se compose actuellement de 26 intercommunales.

4.3. Hôpitaux privés

Les hôpitaux privés sont des hôpitaux dont la gestion est confiée, comme leurs noms l'indiquent, au secteur privé. La plupart du temps, ils sont structurés en ASBL.

4.3.1. ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF (ASBL)

En Belgique, une ASBL est une forme juridique d'association sans but lucratif.

Les ASBL sont régies par la loi du 2 mai 2002. Cette dernière définit ces associations comme « ne se livrant pas à des opérations industrielles ou commerciales, et qui ne cherche pas à procurer à ses membres un gain matériel ». Lorsqu'elle est constituée, l'ASBL jouit de la personnalité juridique.

4.4. Différents secteurs

4.4.1. LE SECTEUR MARCHAND

Par opposition au secteur non marchand, le secteur marchand regroupe les activités produisant des biens et services marchands. Ce qui les différencie s'établit sur l'existence ou non d'une rétribution pour le service rendu.

Ce secteur est souvent appelé, par les économistes et les spécialistes, le premier secteur.

4.4.2. LE SECTEUR NON MARCHAND

Ce secteur est large et, selon les économistes et les spécialistes, regroupe ce qu'ils appellent les entreprises du deuxième et / ou du troisième secteur.

Théoriquement le secteur non marchand se définit en Belgique selon 3 critères : **(1)** la finalité. Une organisation sera qualifiée de non marchande si elle se présente sur le marché avec comme finalité de ne pas maximiser son profit financier (« à but non lucratif »). Néanmoins, les ASBL peuvent se livrer à des activités commerciales, si et seulement si les bénéfices réalisés sont directement réinvestis dans l'activité et ne contribuent pas à rémunérer le capital ou à procurer des gains matériels à ses membres. La non-lucrativité n'exclut donc pas la constitution de bénéfices ; **(2)** les ressources. Une activité sera dite non marchande si l'organisation recourt à d'autres types de ressources que la vente pour couvrir ses coûts de production. Les ressources peuvent alors provenir de subventions publiques, de cotisations, de dons, du volontariat, etc. Toutefois, à côté des ressources collectives (dites

non marchandes), on peut aussi avoir recours à la vente pour financer l'activité. On parle alors de ressources mixtes. On considère dès lors comme non marchands les producteurs qui vendent leurs biens et services à des prix ne couvrant pas 50 % de leur coût de production, selon les normes européennes (totalement arbitraire) de la comptabilité nationale (SEC-95) ; (3) les activités. Les activités non marchandes sont celles qui répondent à des besoins jugés fondamentaux. Il s'agit de produire des biens et services dont les caractéristiques ne permettent pas d'être régis par le seul marché dans l'intérêt de la collectivité (exemples : éducation, santé, action sociale, culture, etc.). Avec cette dernière notion, le secteur non marchand exclut de son champ d'activités les administrations publiques et les institutions actives dans les secteurs essentiellement marchands.

Cette définition, bien qu'elle ne soit pas la seule envisageable, rejoint les impondérables de la statistique et une nécessaire pertinence scientifique.

En résumé, selon l'UNIPSO⁹⁰, le secteur non marchand regroupe « l'ensemble des entreprises poursuivant une finalité non lucrative, bénéficiant notamment de ressources collectives et fournissant des biens ou des services accessibles financièrement et relevant essentiellement de l'éducation, de la santé, de l'action sociale et de la culture ».

Le secteur non marchand offre donc des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.

Le secteur à profit social

En Flandre, on parle de « profit social ». Cette terminologie « positive » semble non seulement plus large mais aussi plus adéquate que la définition par opposition au secteur marchand, prônée en Wallonie. De fait, il est plus pertinent de se définir par ce que l'on est que par ce que l'on n'est pas. C'est pourquoi, nous parlons aujourd'hui davantage du « secteur à profit social » même si l'appellation « non marchand » reste encore fortement usitée.

4.4.3. L'ÉCONOMIE SOCIALE

Les concepts d'économie sociale et de non marchand sont très proches puisqu'ils se chevauchent en grande partie. L'économie sociale regroupe des organisations qui se caractérisent également par une finalité non lucrative mais elle comprend aussi des

⁹⁰ <http://www.unipso.be/spip.php?rubrique118>.

producteurs marchands (c'est-à-dire qui vendent leurs biens et services à des prix couvrant au moins 50 % de leur coût de production) tandis qu'elle exclut toute organisation publique.

Précisons également que secteur non marchand et économie sociale désignent souvent les mêmes choses (les mêmes acteurs [mais pas tous] et les mêmes activités [mais pas toutes]) mais ne sont pas synonymes.

4.4.4. LE SECTEUR ASSOCIATIF

On peut définir le secteur associatif comme étant « un sous-ensemble du secteur non marchand qui se limite à sa sphère privée ou alternativement, à la composante non marchande de l'économie sociale⁹¹. »

4.4.5. LE SECTEUR PUBLIC

Il s'agit, pour les économistes et les spécialistes du deuxième secteur. Le secteur public comprend d'une part les administrations publiques de l'État et des administrations locales (communes, provinces, etc.), et d'autre part les entreprises dont au moins 51 % du capital social est détenu par une administration publique.

Schématiquement

	Secteur privé		Secteur public	
	À but lucratif	À but non lucratif	À but non lucratif	À but lucratif
Ressources marchandes	Entreprises privées traditionnelles	Coopératives (5)	Entreprises publiques	Entreprises publiques
Ressources mixtes	Entreprises privées qui bénéficient d'un financement public	Associations, mutuelles (1)	Entreprises publiques, services publics (3)	
Ressources non marchandes		Associations, fondations (2)	Services publics, administrations publiques (4)	

Source : M. Marée et S. Martens (2002) sur le site de l'UNIPSO

Zones du tableau correspondant :

- ✓ Au secteur non marchand : (1), (2), (3) et (4) ;
- ✓ A l'économie sociale : (1), (2) et (5) ;
- ✓ Au secteur associatif : (1) et (2).

5. Gouvernance

Effet de mode ou non, le thème de la (bonne) gouvernance d'entreprise représente une réalité profonde et un véritable défi pour les entreprises. Citons notamment la professionnalisation continue de la gestion ; l'amélioration de l'image de l'entreprise par rapport aux qualités de

⁹¹ <http://www.unipso.be/spip.php?rubrique118>.

sa gestion ; la défense de valeurs telles que l'équité, la responsabilité, la confiance ou encore la transparence au niveau des prises de décisions ; garantir la durabilité de l'entreprise ; la création de valeur à long terme.

On peut donc dire que la gouvernance est devenue incontournable car il s'agit d'une méthode pratique permettant aux dirigeants d'entreprises de réaliser une croissance lucrative et durable.

5.1. Qu'est-ce que c'est ?

Pour Paquay (2010)⁹², la gouvernance peut se définir très largement comme l'art et la manière de gouverner et de diriger une organisation. Plus précisément, la gouvernance évoque « l'organisation du pouvoir au sein d'une société ou d'une entreprise visant à un meilleur équilibre entre les instances de direction, les instances de contrôle et les actionnaires⁹³ ».

La gouvernance d'entreprise désigne les structures et les systèmes de contrôle qui définissent les responsabilités des dirigeants et des managers à l'égard des parties prenantes d'une entreprise.

5.2. Les acteurs⁹⁴

5.2.1. LES ACTIONNAIRES

Les « actionnaires » sont les propriétaires légaux de l'entreprise. Dans le cadre du secteur hospitalier, on peut assimiler les actionnaires aux membres de l'Assemblée Générale.

Les « actionnaires » ont des droits : ils peuvent élire les membres du Conseil d'Administration et ils reçoivent des rapports (exemple : rapport financier).

5.2.2. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comme évoqué supra, le Conseil d'Administration est une instance qui rassemble généralement des administrateurs. Ceux-ci sont soit liés à l'entreprise, soit « indépendants », et ils doivent superviser l'entreprise et les managers au nom des « actionnaires ». Il est la « voix » en interne des « actionnaires ». C'est à ce niveau qu'on prend les décisions les plus importantes.

⁹² Paquay, C. (2010), *PME & Corporate Governance*, Liège : Edi.pro., p. 7.

⁹³ « Glossaire des acronymes du commerce et de l'économie », J.O. du 12 mai 2000 (Journal Officiel des Communautés Européennes).

⁹⁴ Fréry, F., " Les parties prenantes et le gouvernement de l'entreprise ", *Stratégique*, Montreuil : Pearson, 2017, pp. 157-192.

Les administrateurs liés à l'entreprise

Ils travaillent pour l'entreprise, possèdent généralement un poste de direction dans l'entreprise ou encore sont membres de la famille d'un administrateur par exemple.

Le positif : chaîne de communication, connaissance élevée (de l'entreprise, de l'activité).

Le négatif : risque d'alignement sur le « président ».

Les administrateurs « indépendants »

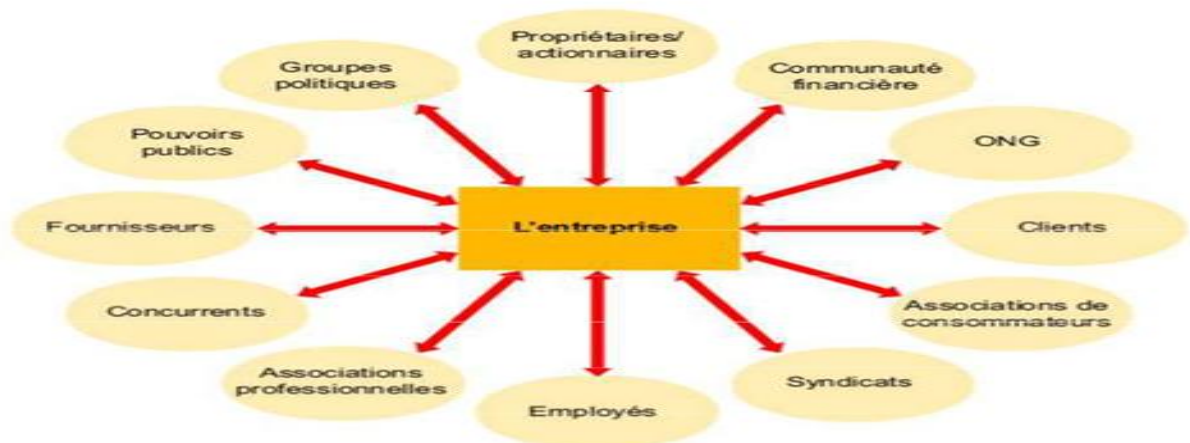
Ils ne travaillent pas pour l'entreprise ou n'apparaissent pas avoir de lien « personnel ». A noter que le plus souvent, un tiers des administrateurs « indépendants » sont des professeurs d'université.

Le positif : regard plus objectif et indépendant (plus neutre, plus détaché) ; apporteur de ressources.

5.2.3. LES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes (« stakeholders ») sont les individus ou groupes qui dépendent de l'entreprise pour atteindre leurs propres buts (objectifs) et dont l'entreprise dépend également.

On a de plus en plus une vision ouverte de l'entreprise. Le poids économique des entreprises et leur importance dans les questions sociales sont tels que leur « performance » est évaluée par de nombreuses parties prenantes pour leur impact sur l'économie ; le bien-être de la société et sa santé ; le changement climatique ; etc.



Source : adapté de R.E. Freeman, *Strategic Management: A stakeholder approach*, Pitman, 1984.

De ce fait, les parties prenantes de l'entreprise sont beaucoup plus nombreuses que ce que suggère le modèle économique classique.

Parties prenantes traditionnelles	Parties prenantes émergentes
Actionnaires majoritaires	Actionnaires minoritaires
Administrateurs	Associations de consommateurs
Concurrents	Médias, Tweeter, blogosphère
Clients	Institutions scientifiques
Revendeurs, franchisés	Administrations techniques des gouvernements (santé, environnement)
Employés, syndicats	Fonds communs de pensions et de retraites
Fournisseurs et sous-traitants	Riverains des sites et des établissements
Banquiers	Sociétés et associations locales
Assureurs	ONG
<p>→ Vision davantage quantitative de la performance. Rapport généralement « contractuel » (droit).</p>	<p>→ Tente de développer une vision davantage qualitative de la performance (et parfois même local). Généralement engagé dans des rapports de force car pas spécialement institutionnalisés.</p>

Source : Bascle, G., *Cours de stratégie d'entreprise*, Louvain la-Neuve : Université Catholique de Louvain, 2018-2019.

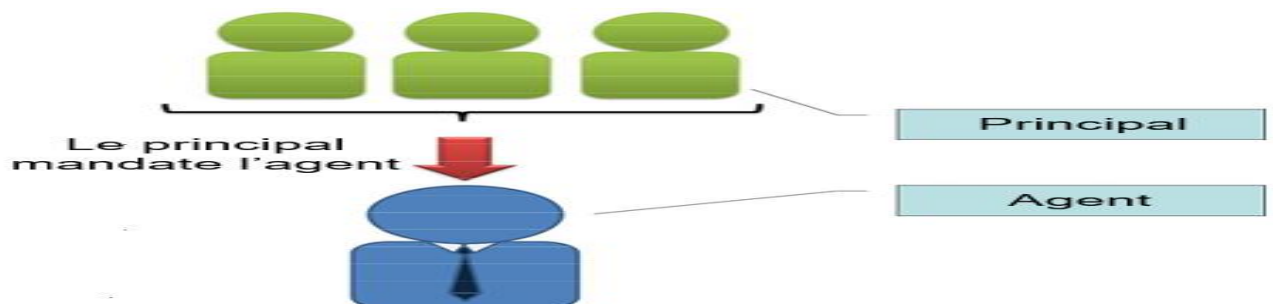
Le modèle des parties prenantes ne peut toutefois pas s'appliquer totalement au secteur hospitalier. Où place-t-on les usagers, les patients ? En effet, ce ne sont pas vraiment des « clients ». Autres grands absents : les bénévoles qui jouent pourtant un rôle crucial dans le secteur.

5.3. La théorie de l'agence

La notion de (bonne) gouvernance a évolué dans le temps. Au début, elle était conçue pour soumettre les dirigeants, les managers à servir au mieux les intérêts des actionnaires via la théorie de l'agence.

La théorie de l'agence est fréquemment utilisée pour expliquer comment fonctionnent les relations entre les acteurs impliqués dans la gouvernance de l'entreprise.

La théorie de l'agence s'applique dans toutes les situations où le principal va mandater l'agent pour que l'agent agisse en son nom et son intérêt (exemple : un agent immobilier).



La théorie de l'agence suppose que l'agent (exemple : le PDG) n'agit pas toujours dans l'intérêt du principal (exemple : l'actionnaire) ; que l'agent possède plus d'informations que le principal ; qu'il est très coûteux, et même souvent impossible, d'écrire un contrat clarifiant tous les droits du principal dans toutes les situations possibles et imaginables.

Paquay (2010)⁹⁵ nous dit que « cette théorie de l'agence est basée sur le postulat que chaque acteur maximise ses intérêts individuels, sans nécessairement avoir un comportement responsable ».

Mais comment s'assurer que les dirigeants agissent dans l'intérêt des « actionnaires » ?

Depuis son origine, cette théorie est à la base de divers codes de gouvernance qui prévoient des mécanismes d'organisation qui n'ont cessé d'évoluer avec le temps. Bien que ces mécanismes de gouvernance étaient contrôlés par des organismes spécialisés (exemple : les agences de notation), cela n'a pas empêché d'énormes scandales de voir le jour (exemple : Lehman Brothers). Les nouvelles règles prévoient dès lors un meilleur contrôle, une meilleure supervision des dirigeants avec, indirectement, une volonté de réduction de leur champ d'action managérial. Un nouveau point de vue voit le jour : l'intérêt convergent des parties prenantes.

Pour Bessire et *al.* (2007)⁹⁶, « la gouvernance d'entreprise apparaît maintenant comme un processus de fonctionnement au sein de l'entreprise dans lequel le dialogue est privilégié, dans lequel la divergence d'intérêt est source d'échange et d'optimisation des solutions, dans lequel vit progressivement une forme de démocratie entrepreneuriale ».

Malgré ses défauts et l'apparition de nouveaux codes, la théorie de l'agence est toujours, pour la plupart des entreprises, la pièce centrale de la rhétorique actuelle de maximisation de la valeur pour l'actionnaire des entreprises du 1^{er} secteur.

Les administrateurs présents dans le Conseil d'Administration d'une entreprise du secteur non marchand sont moins intéressés par leurs gains personnels. La conséquence est sans nul doute un impact dans la manière dont les administrateurs envisagent leur rôle en se concentrant davantage sur la gestion à proprement dite de l'entreprise.

⁹⁵ Paquay, C. (2010), *PME & Corporate Governance*, Liège : Edi.pro., p. 9.

⁹⁶ Bessire, D., et *al.* (2007). « Qu'est-ce qu'une bonne gouvernance ? », conférence prononcée lors du 28^{ème} congrès de l'AFC, Orléans, mai 2007.

6. Organisation de l'hôpital

Pour Crommelynck et *al.* (2013)⁹⁷, du fait de la présence en son sein d'une grande diversité de groupes professionnels (médecins, infirmiers, aides-soignants, paramédicaux, collaborateurs administratifs, personnel technique et ouvrier) et de statuts (fonctionnaires nommés statutairement, salariés contractuels, indépendants, intérimaires et bénévoles), l'hôpital est une structure complexe (c'est même probablement l'entreprise la plus complexe qui existe).

Comme le font remarquer Crommelynck et *al.* (2013)⁹⁸, « le secteur hospitalier est en perpétuel mouvement. Les techniques évoluent, les soins s'améliorent, la structure de l'hôpital s'adapte aux nouvelles exigences des soins de santé (*cf. les différentes réformes du secteur*) et aux attentes du patient. Les évolutions marquantes de ces dernières années sont les fusions (*cf. infra*) qui ont conduit à un accroissement d'échelle, la réorientation du financement des hôpitaux, la structuration de l'activité hospitalière par le biais de programmes de soins, la réduction de la durée de séjour à l'hôpital des patients. Nous sommes en outre à la veille d'un certain nombre de modifications profondes dont nous ne mesurons pas encore totalement l'impact. Dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, des compétences et des mécanismes de financement relevant à ce jour de l'autorité fédérale vont être transférés aux entités fédérées ».

Il existe un cadre général (*cf. la loi sur les hôpitaux*⁹⁹) pour l'organisation des activités hospitalières et pour la répartition des responsabilités au sein de l'hôpital qui définit des critères pour la gestion, pour le département médical et pour le département des soins infirmiers. Toutefois, la loi laisse certaines libertés aux hôpitaux. En effet, chaque hôpital a le loisir de mettre en place le schéma organisationnel qui lui paraît être le plus approprié. C'est pourquoi des services tels que notamment les départements administratif et financier, logistique ou encore ressources humaines sont présents.

La taille et l'histoire de l'hôpital influence également l'organisation de celui-ci. Aussi, divers facteurs tels que notamment l'expansion de l'hospitalisation de jour et le raccourcissement de la durée d'hospitalisation expliquent que les hôpitaux présentent des différences

⁹⁷ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, p. 11.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 1.

⁹⁹ Loi du 10 juillet 2008, *op. cit.*

considérables en termes d'organisation, de partage des responsabilités et de rapports de pouvoir en matière de gestion et de modalités de rémunération des médecins par exemple.

6.1. Structure organisationnelle

La structure organisationnelle des hôpitaux se compose de différents organes de gestion et de concertation.

6.1.1. GESTION

Au niveau de la gestion, différents organes sont présents et s'articulent comme suit :

1. Le gestionnaire

Il s'agit de l'organe chargé par la loi sur les hôpitaux (2008)¹⁰⁰ « de la gestion de l'exploitation de l'hôpital ». Crommelynck et *al.* (2013)¹⁰¹ détaillent un peu plus son rôle et nous disent notamment que c'est à lui de définir la politique générale de l'hôpital et de prendre les décisions de gestion clés, bien souvent après avoir obtenu l'avis du conseil médical. En effet, la responsabilité finale de tous les aspects de l'activité hospitalière, sur les plans organisationnel, fonctionnel et financier lui incombe. En outre, le gestionnaire ne doit pas être confondu avec l'exploitant de l'hôpital, c'est-à-dire avec la personne morale qui constitue le pouvoir organisateur de l'hôpital (exemples : asbl, intercommunale, etc.). Soit, il se manifeste comme un organe de l'exploitant (le conseil d'administration ou l'assemblée générale de l'asbl) ; soit, il émane de celui-ci : il n'est pas en tant que tel « une structure » de l'exploitant mais il en est issu (exemples : le comité de gestion désigné par l'intercommunale).

2. Le directeur

La loi sur les hôpitaux (2008)¹⁰² en donne la définition suivante : « le directeur est chargé de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital ». Pour aller un peu plus loin, on peut se baser sur ce que Crommelynck et *al.* (2013)¹⁰³ disent à ce sujet. Le directeur (général) exerce cette fonction en y associant les responsables des principaux départements hospitaliers. Enfin, le directeur est responsable devant le gestionnaire, et uniquement devant celui-ci.

¹⁰⁰ Loi du 10 juillet 2008, *op. cit.*

¹⁰¹ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, p. 11.

¹⁰² Loi du 10 juillet 2008, *op. cit.*

¹⁰³ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, p. 13.

3. Le département médical

Crommelynck et *al.* (2013)¹⁰⁴ nous expliquent qu'il y a une structuration hiérarchique de l'activité médicale selon trois niveaux qui est présente au sein de l'hôpital. Elle se présente généralement comme suit : **(1)** Le médecin en chef (également appelé « médecin-directeur » ou « directeur médical ») est responsable du bon fonctionnement et de la coordination de l'ensemble du département médical. Il est désigné par le gestionnaire avec l'avis du conseil médical (cf. infra). **(2)** Les médecins-chefs de service sont eux aussi désignés par le gestionnaire avec l'avis du conseil médical. Ils sont responsables de la coordination et de l'organisation du service, de la fonction ou du programme de soins qui leur est confié. **(3)** Le staff médical qui se compose de tous les médecins de l'hôpital.

4. Le département infirmier

De son côté, comme c'est le cas pour le département médical, l'activité infirmière est également structurée hiérarchiquement. Crommelynck et *al.* (2013)¹⁰⁵ effectuent une distinction sur quatre niveaux : **(1)** Le chef du département infirmier (aussi appelé « directeur du nursing » ou « directeur des soins infirmiers ») est responsable du bon fonctionnement et de la coordination du département des soins infirmiers. Il est désigné par le gestionnaire, après avis du directeur et du médecin-chef. Son rôle consiste – en ce qui concerne l'exercice de l'activité infirmière – à assurer la direction du personnel paramédical qu'il soit soignant ou non (exemples : infirmiers hospitaliers, aides-soignants, kinésithérapeutes, logopèdes, ergothérapeutes, diététiciens, etc.) et des psychologues. **(2)** Les infirmiers-chefs de service sont désignés par le gestionnaire après avis du directeur, du chef du département infirmier et du médecin en chef et forment conjointement le cadre intermédiaire. Ils sont responsables des activités infirmières dans plusieurs unités de soins ou dans un ou plusieurs autres domaines de l'art infirmier au sein de l'hôpital. **(3)** Les infirmiers en chef sont également désignés par le gestionnaire après avis du directeur, du chef du département infirmier et de l'infirmier-chef de service concerné et forment conjointement le cadre infirmier. Ils sont principalement chargés de la coordination de l'activité infirmière au sein d'une unité de soins. **(4)** Le staff infirmier comprend tous les infirmiers, les aides-soignants et soignants.

¹⁰⁴ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, p. 13.

¹⁰⁵ *Ibid.*

5. Le comité de direction

La loi n'impose pas à l'hôpital d'instaurer pareil comité. Toutefois, lorsqu'il existe, Crommelynck et *al.* (2013)¹⁰⁶ nous expliquent qu'il se compose au moins du directeur général (qui en est le président), du médecin en chef et du chef du département infirmier. Aussi, il peut s'élargir aux responsables des services « annexes » (exemples : responsables financier, administratif, des ressources humaines, des services techniques et logistiques).

6.1.2. CONCERTATION¹⁰⁷

Au niveau de la concertation, différents organes sont également prévus. Certains sont imposés par la loi, d'autres pas. Ces organes servent de lieux de rencontre aux groupes professionnels concernés, où sont recherchées des réponses aux questions qui relèvent de la compétence de ceux-ci. Ils s'articulent comme suit :

1. Le conseil médical

C'est l'organe de concertation le plus important (il est d'ailleurs imposé par la loi). Pour Crommelynck et *al.* (2013)¹⁰⁸, « Le conseil médical est l'organe qui permet d'associer les médecins hospitaliers à la prise de décision à l'hôpital. Il est constitué d'un certain nombre de médecins de l'hôpital élus par leurs pairs. Il a pour mission générale d'évaluer et d'améliorer de façon permanente la qualité de la médecine pratiquée au sein de l'hôpital. Il joue également un rôle important dans la promotion de la collaboration entre les médecins hospitaliers, entre ceux-ci et les autres membres du personnel de l'hôpital (en particulier, avec le personnel infirmier et paramédical) ainsi qu'entre les médecins hospitaliers et les prestataires de soins extérieurs à l'hôpital. Le conseil médical – c'est là sa fonction primordiale – est appelé à donner au gestionnaire un avis sur une série de matières importantes énumérées par la loi : engagement des médecins hospitaliers, désignation des médecins chefs de service et du médecin en chef, cadre du personnel infirmier et paramédical, détermination des besoins en matière d'équipement médical, réglementation générale et règlement médical de l'hôpital, etc. Le gestionnaire n'est pas tenu de suivre l'avis du conseil médical, si ce n'est pour certaines matières pour lesquelles un « avis renforcé » (soutenu par minimum deux tiers des membres) doit être demandé. Il existe pour ces matières une procédure complexe qui peut aller jusqu'au recours à un médiateur si le gestionnaire ne peut marquer son accord sur l'avis (renforcé) du conseil médical ».

¹⁰⁶ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, p. 13.

¹⁰⁷ *Ibid.*, pp. 13-15.

¹⁰⁸ *Ibid.*, pp. 13-14.

2. Le comité permanent de concertation

Un tel comité n'est pas légalement obligatoire. Il peut être institué sur proposition du gestionnaire et avec l'accord du conseil médical. Crommelynck et *al.* (2013)¹⁰⁹ le présentent « comme un lieu important de rencontre entre le gestionnaire et le conseil médical ». À défaut de consensus entre les délégués du gestionnaire et ceux du conseil médical, la loi prévoit un processus de médiation.

3. La commission financière

La création de la commission financière n'est obligatoire que dans les hôpitaux où il n'existe pas de comité permanent de concertation. La commission financière, lorsqu'elle existe, est composée paritairement d'une délégation du gestionnaire et d'une délégation du conseil médical (lorsqu'elle n'est pas présente, ses prérogatives reviennent au comité permanent de concertation). Elle examine les estimations budgétaires annuelles, les comptes annuels, les rapports du réviseur d'entreprise et la nature des frais imputés. Pour Crommelynck et *al.* (2013)¹¹⁰, les missions qui lui incombent sont très importantes et dans un souci de transparence des flux financiers, « une concertation régulière entre le gestionnaire et le conseil médical est requise ».

4. Autres organes de concertation

D'autres organes de concertation sont présents au sein des hôpitaux. Je ne vais que les énumérer car ils n'ont pas beaucoup d'intérêt dans le cadre de ce mémoire. Citons par exemple : le comité médico-pharmaceutique, le comité de transfusion, le comité du matériel médical, le comité d'hygiène hospitalière ou encore le comité d'éthique.

6.2. Organisation des relations entre les hôpitaux

Comme le souligne Daury (2018)¹¹¹, depuis le début des années 80, la restructuration du secteur (absorption, fusion ou encore fermeture de site) a entraîné une importante réduction du nombre d'hôpitaux. En effet, leur nombre est passé de près de 300 à 103 aujourd'hui (hôpitaux généraux).

¹⁰⁹ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbre, D., *op. cit.*, p. 14.

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ Daury, F. (2018), " Les hôpitaux belges, la loi de la jungle ? ", Site du Centre d'Etudes et de Recherches en Administration Publique, [en ligne], <http://www.cerap.be/spip.php?article662> (consulté le 6 mai 2019).

Afin d'encourager les rapprochements entre hôpitaux, il existe trois formes légales de collaboration. Ces formes de collaboration permettent, notamment, la mise en place de complémentarité ou encore la rationalisation et la mutualisation de certains coûts.

Crommelynck et *al.* (2013)¹¹² nous présentent ces formes de collaboration de la manière suivante :

6.2.1. LE GROUPEMENT D'HOPITAUX

Un groupement d'hôpitaux est une collaboration, durable, entre hôpitaux en vue d'une répartition des tâches et d'une complémentarité en matière d'offre des services, de disciplines ou d'équipements. Idéalement, les hôpitaux du groupement doivent procéder à une répartition efficiente des tâches afin de permettre, à terme, une réelle complémentaires les uns par rapport aux autres.

6.2.2. L'ASSOCIATION D'HOPITAUX

Un hôpital n'est pas toujours en mesure d'atteindre à lui seul la masse critique d'activités nécessaires pour assurer le fonctionnement rentable et de qualité d'un service. Une collaboration fonctionnelle et spécifique s'impose. Une association d'hôpitaux consiste donc en une collaboration entre deux ou plusieurs hôpitaux. Elle est notamment axée sur l'exploitation conjointe d'un ou de plusieurs programmes de soins, services, fonctions, sections hospitalières, services médicaux, services médico-techniques ou services techniques. Ce type de collaboration est surtout intéressante pour les services hospitaliers dont le volume d'activité est déterminant pour la qualité des soins et l'agrément. Au lieu de créer des services concurrents, les hôpitaux peuvent, via l'association, mettre leurs moyens en commun afin de mieux répondre aux besoins de la population.

6.2.3. LA FUSION D'HOPITAUX

Une fusion d'hôpitaux consiste en la réunion, sous un seul gestionnaire (et disposant d'un seul agrément) de deux ou plusieurs hôpitaux agréés séparément, qui se situent sur différents sites dans un rayon, maximal, de 35 kilomètres. Des règles spécifiques sont prévues par les autorités (exemples : pour la répartition des services, des sections, des fonctions et des programmes de soins sur les différents sites des hôpitaux fusionnés).

¹¹² Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, pp. 10-11.

7. Approche socio-économique et financement

Dans l'ensemble, les hôpitaux sont financés à partir de quatre sources :

- ✓ L'Etat fédéral (SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement) ;
- ✓ L'ASSI (Assurance Soins de Santé et Indemnités) ;
- ✓ Le patient ;
- ✓ Les Entités fédérées (Régions et Communautés).

7.1. L'approche socio-économique

Gardin (2008)¹¹³ nous explique que « les associations – *et le secteur non marchand dans son ensemble, mais que j'appellerai associations dans le présent chapitre pour plus de clarté* – ont une activité économique souvent mal comprise, voir ignorée. On les considère comme relevant du « social » sans prendre en compte leur apport économique. [...] Pour fonctionner, les associations ne s'appuient pas que sur la vente de service à des particuliers mais aussi sur la mobilisation de fonds provenant des mécanismes de redistribution et sur des dons, l'implication volontaire de bénévoles, de réseaux de solidarité ».

Il y a donc une pluralité de ressources permettant au secteur hospitalier de pouvoir assurer leurs missions, leur fonctionnement.

7.1.1. LE MARCHÉ

Même dans ce secteur, il y a des ressources qui proviennent du marché. Gardin (2008)¹¹⁴ nous rappelle que « les associations vendent des biens et services ; ces ressources du marché apparaissent toutefois fortement encadrées dans les relations sociales et politiques développées par celles-ci. C'est ainsi qu'elles essaient, par exemple, d'avoir des tarifs adaptés aux ressources et aux besoins de leurs usagers au lieu d'être dans une logique strictement marchande et de ne cibler qu'une population solvable ».

Ceci est évidemment vrai pour le secteur hospitalier qui nous intéresse avec quelques petites nuances malgré tout. En effet, les hôpitaux ne peuvent pas toujours adapter leurs tarifs en fonction des moyens dont disposent les patients ni forcément effectuer une sélection de ceux-ci. Sur ce dernier aspect, on constate que les hôpitaux publics et privés accueillent généralement les mêmes profils de patients. C'est d'ailleurs ce que semble confirmer

¹¹³ Hoarau, C., Laville, J-L., (2008), *La gouvernance des associations*, Toulouse : Erès, p. 95.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 97.

Hermesse (2003)¹¹⁵ qui nous dit : « selon certains, les hôpitaux publics de par leur mission sociale accueillent et soignent plus de patients démunis, ce qui expliquerait en grande partie leur déficit. Cette affirmation n'est cependant pas confirmée par les chiffres. Ainsi, près de 62% des patients hospitalisés appartenant aux catégories socio-économiques faibles (appartenant à la catégorie « franchise sociale ») sont admis dans les hôpitaux privés et 38% dans les hôpitaux publics ». Il convient toutefois de relativiser cette information. En effet, n'oublions pas que près que 80% des hôpitaux en Belgique sont des hôpitaux privés.

7.1.2. LA REDISTRIBUTION

D'autres ressources, et ce sont proportionnellement souvent les plus importantes, proviennent de ce qu'on appelle la redistribution. Les ressources issues de la redistribution sont diverses et variées. Ainsi, les pouvoirs publics utilisent différents mécanismes afin de soutenir les associations tels que : les subventions, les conventions, les appels d'offres avec ou sans clauses sociales, les exonérations et réductions de charges sociales ou encore, dans les cas où cela peut s'appliquer, les déductions d'impôts.

Gardin (2008)¹¹⁶ précise à cet effet : « dans nos économies, la fonction de redistribution n'est pas dominante mais a une place centrale en s'appuyant sur la démocratie représentative, les régimes d'assurances sociale, les services publics. Les ressources apportées par ces mécanismes (*voir supra*) jouent un rôle important dans l'équilibre économique des associations ; dans de nombreux cas, elles représentent même leur principale dotation ».

7.1.3. LA RECIPROCITE

Dernière origine des ressources mobilisées dans le secteur, celle de la réciprocité. En effet, le secteur associatif, et encore plus spécifiquement très probablement dans les secteurs de l'aide aux personnes, le mécanisme de réciprocité est fondamental. Certaines associations ne pourraient tout simplement pas fonctionner sans la réciprocité.

Gardin (2008)¹¹⁷ nous précise que « les associations ont pour particularité de se créer et d'être gérées grâce à l'implication volontaire de bénévoles et de réseaux de solidarité. Il s'agit d'un apport de ressources principalement non monétaires [...]. Toutefois, [...] les formes de réciprocité ne sont pas identiques, il convient donc de préciser les motivations et

¹¹⁵ Hermesse, J. (2003), " L'hôpital public est-il "plus social" que l'hôpital privé ? ", *Site de en marche*, [en ligne], https://archives.enmarche.be/Actualite/Editos/Editos_2003/Hopital_public_privé.htm (consulté le 7 mai 2019).

¹¹⁶ Hoarau, C., Laville, J-L., (2008), *op. cit.*, p. 97.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 96.

les positions des acteurs. Il est possible de dégager trois catégories d'acteurs principaux parties prenantes dans l'émergence, puis des organes dirigeants des associations : les consommateurs ou usager du service, les travailleurs, les bénévoles ; deux autres : les représentants de la collectivité publique et les autres partenaires associatifs ou privés sont aussi mobilisables, mais en principe de manière moins centrale ».

7.1.4. PLURALITE DES PRINCIPES ECONOMIQUES

Les comportements économiques peuvent être schématisés par différentes caractéristiques :

Critères économiques	Marché	Redistribution	Réciprocité
Critères distinctifs			
Institutions caractéristiques	Entreprises capitalistes	Etat, collectivités, organisations parapublics	Economie sociale et solidaire, associations
Types de prestation	Achat de biens et services	Subventions, conventions	Dons, bénévolat
Relations entre acteurs et objets des échanges	Relation symétrique d'équivalence entre les biens	Relation hiérarchique avec une autorité centrale	Relations entre personnes et groupes symétriques
Principe dominant	Intérêt individuel - Gain	Intérêt général - Obligation	Don et contre-don
Temps	Immédiateté de l'échange	Relation durable	Resserrement durable des réseaux de relations sociales

Source : Hoarau, C., Laville, J-L., (2008), *La gouvernance des associations*, Toulouse : Erès.

Ce tableau nous montre que :

- ✓ Les entreprises capitalistes sont des institutions caractéristiques du marché ;
- ✓ Le secteur public relève de la redistribution ;
- ✓ Le fonctionnement des structures de l'économie sociale (et solidaire) est caractérisé par la réciprocité.

Selon Gardin (2008)¹¹⁸, « l'approfondissement des différentes formes d'échange permet de mieux mettre en évidence la spécificité économique des associations qui s'appuient sur différents types de ressources : marchandes et non marchandes, monétaires et non monétaires ».

Le secteur hospitalier se trouve dans ce qu'on pourrait appeler une « hybridation des économies ».

¹¹⁸ Hoarau, C., Laville, J-L., (2008), *op. cit.*, p. 98.

7.2. Le financement des investissements dans l'infrastructure hospitalière

Pour plus de clarté, je propose un tableau récapitulatif résumant les sources de financement :

	Source de financement pour nouvelle construction, transformation ou extension		Source de financement pour travaux d'entretien majeurs
Hospitalisation (et administration correspondante, quartiers opératoires et espace de recherche et développement)	60 % ou 10 % par les communautés et régions	40 % ou 90 % par les autorités fédérales sur 10, 20 ou 33 ans via le BMF	Autorités fédérales sur 5, 10, 20 ou 33 ans
Consultations et services médico-techniques (et administration correspondante)	les honoraires		
Autres espaces	les utilisateurs de ces espaces		

Source : Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *L'organisation et le financement des hôpitaux*, Namur : Mutualité chrétienne, 2013.

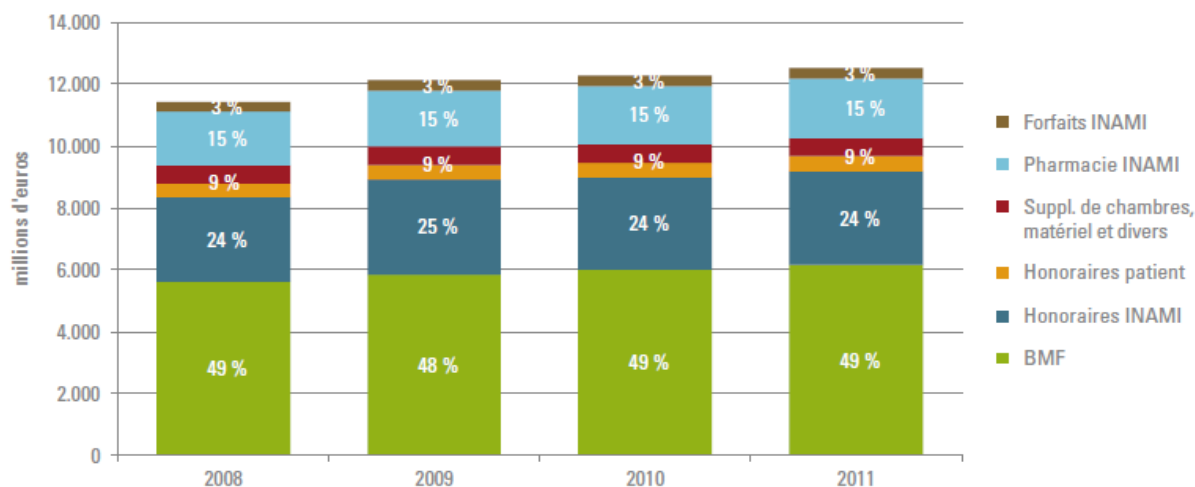
Le financement du fonctionnement de l'hôpital

Le fonctionnement de l'hôpital est assuré par différentes sources qui proviennent¹¹⁹ :

- ✓ De l'Etat fédéral : il se charge du BMF (Budget des Moyens Financiers) qui couvre les frais liés au fonctionnement de l'hôpital (de la fonction hôtelière aux soins infirmiers, des investissements en appareillage médical au coût d'une officine hospitalière). Il s'agit de ressources provenant de la redistribution ;
- ✓ Des honoraires. Bien qu'ils soient en grande partie encaissés par les médecins, une rétrocession (variable selon les hôpitaux et les médecins) est d'application couvrant ainsi une partie du fonctionnement général de l'hôpital. Il s'agit également de ressources provenant de la redistribution mais aussi du marché (pour la partie qui incombe aux patients) ;
- ✓ De revenus « divers » tels que par exemple les suppléments de chambre payés par le patient, les forfaits pour les hospitalisations de jour payés par l'INAMI, les revenus de services internes à l'hôpital (parkings, cafeteria, ...). Il s'agit de ressources provenant de la redistribution (pour la partie INAMI) et du marché ;
- ✓ Des produits vendus via l'officine hospitalière (médicaments, implants, matériel endoscopique, ...). Il s'agit de ressources provenant du marché.

¹¹⁹ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *op. cit.*, p. 17.

La masse totale des revenus des hôpitaux pour les hospitalisations (hôpital de jour compris), montants en prix 2011¹²⁰ :



Source : Données SPF Santé publique (BMF), INAMI (forfaits, pharmacie) et Mutualité Chrétienne (patient et honoraires INAMI).

8. Cas pratiques

8.1. Le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Liège¹²¹

Le CHR de Liège est un hôpital public général. Il est établi sous la forme d'une intercommunale mixte (SCRL) dont le CA est composé de 20 membres représentant les partenaires de l'intercommunale, de 4 invités permanents et de 6 observateurs.

En détail cela donne la composition suivante :

Membres représentant les partenaires

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ Pour la Commune d'Ans : | M. Fernand GINGOUX ; |
| ✓ Pour la Commune de Bassenge : | M. Philippe KNAPEN ; |
| ✓ Pour la Commune de Chaudfontaine : | Mme Carine ROLAND ; |
| ✓ Pour la Commune de Flémalle : | M. Marc D'JOOS ; |
| ✓ Pour la Commune de Herstal : | Mme Isabelle THOMSIN ; |
| ✓ Pour la Ville de Liège : | M. Jean-Pierre HUPKENS, Président ; |
| | M. Pascal RODEYNS, Vice-président ; |
| | M. Benoît DREZE ; |
| | M. Guy KRETTELS ; |
| | Mme Corinne WEGIMONT ; |
| ✓ Pour la Ville de Seraing : | M. Grégory NAISSE ; |
| ✓ Pour la Ville de Visé : | M. Julien WOOLF ; |
| ✓ Pour la Province de Liège : | M. Miguel FERNANDEZ |
| | Mme Katty FIRQUET ; |

¹²⁰ Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbre, D., *op. cit.*, p. 19.

¹²¹ <https://www.chrcitadelle.be/Notre-Hopital/Les-organes-d-avis-et-de-gestion.aspx>.

- ✓ Pour le CHU de Liège : M. Rudolphe BASTIN ;
M. Julien COMPERE ;
Mme Nicole MARECHAL ;
- ✓ Pour le CHBA : Mme Stéphanie DE SIMONE ;
- ✓ Pour ETHIAS : M. Marcel PETRY ;
- ✓ Pour ISoSL : Mme Maggy YERNA.

Invités permanents

- ✓ Doyen de la Faculté de médecine de l'ULG ;
- ✓ Directeur général ;
- ✓ Directeur médical ;
- ✓ Secrétaire des organes statutaires.

Observateurs

- ✓ 3 représentants du corps médical ;
- ✓ 3 représentants des travailleurs.

8.2. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège¹²²

Le CHU de Liège est un hôpital universitaire parastatal (semi-public). Son Conseil d'Administration est composé de 21 membres dont :

- ✓ 12 membres désignés par le Gouvernement de la Communauté française ;
- ✓ 6 membres représentant le personnel ;
- ✓ 3 membres représentant l'Université.

En détail cela donne la composition suivante :

Membres nommés par le Gouvernement (12 membres)

- ✓ M. Rudolphe BASTIN, Président ;
- ✓ M. Jean-Pascal LABILLE, Vice-Président ;
- ✓ Mme Nicole MARECHAL, Vice-Présidente ;
- ✓ M. Jean-Marc TRIFFAUX, Vice-Président ;
- ✓ M. Julien COMPERE, Administrateur délégué ;
- ✓ Mme Natacha BEUGNIER ;
- ✓ M. Philippe BOXHO ;
- ✓ Mme Julie COLEMANS ;
- ✓ Pr. Claude DESAMA ;
- ✓ M. Hubert JAMART ;
- ✓ Mme Marie-Claire LAMBERT ;
- ✓ M. Gaëtan SERVAIS.

Membres « ex officio »¹²³ (3 membres)

- ✓ M. Pierre WOLPER, Recteur de l'Université de Liège ;

¹²² https://www.chuliege.be/jcms/c2_17231259/fr/accueil/conseil-d-administration.

¹²³ Locution latine signifiant : en vertu de sa position ou de son rang.

- ✓ M. Laurent DESPY, Administrateur de l'Université de Liège ;
- ✓ Pr. Vincent D'ORIO, Doyen de la Faculté de Médecine, chef du service des Urgences.

Membres élus par et parmi le Médecin en chef et les médecins hospitaliers chefs de service (2 membres)

- ✓ Pr. Jean-Olivier DEFRAIGNE, Chef du service de Chirurgie cardio-vasculaire ;
- ✓ Pr. Philippe LEFEBVRE, Chef du service d'ORL.

Membres élus par et parmi les médecins hospitaliers non chefs de service (2 membres)

- ✓ Dr Catherine LOLY, Service de Gastroentérologie, hépatologie, oncologie digestive ;
- ✓ Dr Pierre LOVINOSSE, Service médical de Médecine nucléaire et imagerie oncologique.

Membres élus par et parmi les membres du personnel administratif, technique, spécialisé, paramédical et de gestion (2 membres)

- ✓ Mme Marie-Hélène BEUPAIN, infirmière, Hospitalisation Pneumo ; Cardio, Radiothérapie (SN - 4AB) ;
- ✓ Mme Fabienne CESAR, déléguée syndicale à temps plein, section CCSP.

Invités aux séances du CA

- ✓ Pr. Pierre GILLET, Médecin en chef ;
- ✓ M. Jean-Yves PIRENNE, Commissaire du Gouvernement ;
- ✓ M. Patrick DELAUNOIS, Délégué du Ministre du Budget ;
- ✓ Sœur Fulvie DEBATTY, représentante de l'association Notre-Dame des Bruyères ;
- ✓ M. Michel MIKOLAJCZAK, représentant de l'association Notre-Dame des Bruyères ;
- ✓ Mme Chantal COLARD-BOULANGER, Directrice générale du CNRF de Fraiture.

8.3. Le Centre Hospitalier Chrétien (CHC) de Liège¹²⁴

Le CHC est un hôpital privé général établi sous la forme d'une ASBL. Son CA est composé de 10 membres statutaires et de 2 invités permanents.

En détail cela donne la composition suivante :

Administrateurs

- ✓ M. René THISSEN, Président ;
- ✓ Dr Patrick GERARD, Vice-président ;
- ✓ M. Geoffrey PETERS, Secrétaire ;
- ✓ M. Xavier DRION, Administrateur délégué ;
- ✓ M. Pierre BARATTO ;

¹²⁴ <http://www.chc.be/A-propos-du-CHC/Management/Organes-de-decision/Conseil-d-administration.aspx>.

- ✓ Mme Elisabetta CALLEGARI ;
- ✓ M. Michel de LAMOTTE ;
- ✓ M. Fernand GRIFNEE ;
- ✓ La Mutualité chrétienne de Liège (représentée par Anne BEMELMANS et Valérie NOTELAERS) ;
- ✓ Mme Valérie SARETTO.

Invités permanents

- ✓ M. Alain JAVAUX, directeur général ;
- ✓ Dr Philippe OLIVIER, directeur médical.

8.4. Analyse

Les hôpitaux peuvent-ils / doivent-ils être associés au 1^{er}, au 2^{ème} ou au 3^{ème} secteur ? Sur base de l'analyse des 3 cas pratiques ci-dessus, je vous propose le tableau suivant :

	Hôpitaux →	CHR de Liège	CHU de Liège	CHC de Liège
	Critères ↓			
Public ou privé ?	Finalité lucrative			
	Finalité non lucrative	X	X	X
	Ressources marchandes	X	X	X
	Ressources non marchandes	X	X	X
	Activités marchandes			
	Activités non marchandes	X	X	X
Public ou privé ?	Capital social "privé"			X
	Capital social "public"	X	X	

La première chose que nous pouvons constater c'est que sur base des critères de détermination de l'appartenance au 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} secteur, tous les hôpitaux analysés peuvent être rattachés au 3^{ème} secteur. Toutefois, lorsqu'on analyse leur structure de propriété, on se rend compte que ce n'est pas aussi simple. De fait, les hôpitaux relevant totalement ou partiellement du secteur public devraient plutôt appartenir au 2^{ème} secteur. Alors, 2^{ème} ou 3^{ème} secteur ? Pour le CHC, cela semble clair, il appartient au 3^{ème} secteur dans la mesure où il s'agit d'un hôpital privé. Pour les deux autres hôpitaux on se rend compte qu'ils chevauchent le 2^{ème} et le 3^{ème} secteur. En effet, bien qu'étant publics, il y a malgré tout une partie de leurs ressources qui provient du marché (exemples : la cafeteria, les parkings, etc.). Il est donc difficile d'affirmer qu'ils appartiennent au 2^{ème} ou au 3^{ème} secteur, c'est davantage un statut mixte, hybride, une sorte de « 2^{ème} secteur et demi ».

Lorsqu'on analyse les parties prenantes qui sont concernées, il est utile de s'intéresser à la composition de leur Conseil d'Administration respectif. Une chose qui saute aux yeux, c'est

la différence entre le nombre et les profils des administrateurs qui les composent. Du côté des hôpitaux publics, il y a un plus grand nombre d'administrateurs que dans les hôpitaux privés. On constate également une plus grande diversité des profils des administrateurs au sein des hôpitaux publics par rapport aux hôpitaux privés (exemples : présence de représentants des pouvoirs publics [élus locaux, mandataires des gouvernements, ...] pour les hôpitaux publics ; présence de représentants de la faculté de médecine pour les hôpitaux universitaires [cela peut cependant être le cas également pour les autres types d'hôpitaux, mais c'est une question de choix stratégique et de gouvernance] ; présence d'administrateurs « ex officio » dans les hôpitaux privés ou semi-publics, etc.).

Une autre différence concerne leur responsabilité au niveau financier. En effet, les hôpitaux publics peuvent légalement faire porter leur éventuel déficit sur le gestionnaire (commune, intercommunale, gouvernement, ...).

Cette analyse et ces constats sont confirmés par Guy Durant¹²⁵ qui répond de la manière suivante à la question : Quelles sont alors les différences entre hôpital public et hôpital privé ?

Nous les trouvons dans les organes de gestion qui sont constitués différemment. Dans les hôpitaux privés, il y a des administrateurs « ex-officio » comme des représentants des mutuelles, des congrégations religieuses ou des universités mais la plupart sont issus de la société civile. Les conseils d'administration de ces hôpitaux sont de plus en plus "professionnels" et leur gestion probablement plus dynamique que celle des hôpitaux publics où l'on trouve surtout, si pas uniquement, des mandataires publics, pas toujours au fait de la gestion d'entreprise, hospitalière en particulier. Une différence notable existe également en matière financière : l'hôpital public n'est pas responsable de son résultat. Il répercute, de par la loi, son éventuel déficit sur la commune ou l'intercommunale qui le gère. L'hôpital privé ne peut quant à lui compter que sur lui-même et est donc plus « responsabilisé ». S'il fait un déficit, il doit l'emprunter en banque, ce qui ne peut durer qu'un temps (Dauray, 2019)¹²⁶.

9. Conclusion

La gestion d'un hôpital ne s'improvise pas. En effet, comme nous avons pu le voir tout au long de ce mémoire, entre les différentes réformes du secteur ; les transferts de compétences et les modifications qu'elles impliquent au niveau du financement ; la structure

¹²⁵ Administrateur général aux Cliniques universitaires Saint-Luc et Professeur émérite à l'UCL.

¹²⁶ Dauray, F. (2019), " Les hôpitaux belges, la loi de la jungle ? ", *Site du Centre d'Etudes et de Recherches en Administration Publique*, [en ligne], <http://www.cerap.be/spip.php?article662> (consulté le 6 mai 2019).

organisationnelle complexe (exemple : forte décentralisation du pouvoir) ou encore les groupements, associations et fusions d'hôpitaux, gérer un hôpital n'est pas une sinécure.

Compte tenu de la structure de ce travail qui se concentre exclusivement sur la théorie, les publications disponibles n'ont pas permis de mettre en avant l'importance ou non de la structure de propriété des hôpitaux dans la gestion (des ressources humaines). Peut-être qu'en allant sur le terrain et en interrogeant des professionnels du secteur cela aurait probablement été différent.

Toutefois, nous avons pu démontrer que la part des emplois du secteur, qu'elle soit de manière générale affectée à l'économie sociale (son poids dans l'économie belge aujourd'hui est considérable et est un gros pourvoyeur d'emplois) ou plus spécifiquement au secteur hospitalier, ne cesse d'augmenter alors que dans le même temps, le nombre d'hôpitaux ne cesse de diminuer.

Cela signifie donc que les établissements hospitaliers sont de plus en plus grands, regroupent de plus en plus de lits, de services et accueillent toujours plus de patients. De fait, lorsqu'on regarde la situation du CHU de Liège, celui-ci comptabilise plus de 5.000 équivalents temps plein (près de 6.000 travailleurs au total).

Nous avons également pu nous rendre compte que le secteur est en très grande majorité composé de femmes (quatre fois plus que d'hommes) et qu'il y a des disparités par rapport à l'emploi dans le secteur de la santé (et des services en général) entre les régions et / ou l'Union Européenne (davantage en Wallonie que dans les autres régions et davantage en Belgique par rapport à la moyenne européenne).

La toute grande majorité des ressources étant issues de la redistribution (BMF, INAMI, honoraires [ressources provenant également partiellement du marché]), cela laisse peu de marge de manœuvre aux hôpitaux pour trouver des moyens complémentaires. Des ressources provenant du marché ? Oui c'est le cas mais dans une infime partie. Des ressources provenant de la réciprocité ? Pour ce type de ressources, nous ne pouvons tabler pratiquement que sur le bénévolat tant les dons et legs ont un caractère fluctuant et incertain.

La question de recherche était la suivante : la structure de propriété des hôpitaux impacte-t-elle la gestion des ressources humaines ?

La réponse à cette question n'est pas aussi simple. En effet, qu'il s'agisse d'un hôpital privé ou public, d'un hôpital général, psychiatrique ou universitaire, que l'hôpital soit constitué en

ASBL ou en intercommunale, le législateur a prévu beaucoup de modes de fonctionnement qui sont les mêmes pour tous les hôpitaux et les mécanismes de financement sont identiques.

En ce qui concerne la gestion, la structure de propriété n'a pas non plus à mon sens une importance aussi grande que je le pensais avant de réaliser ce mémoire. Que l'hôpital appartienne au 2^{ème} ou au 3^{ème} secteur, la gouvernance de la part du gestionnaire et / ou du Conseil d'Administration sera presque toujours la même et orientée vers l'équilibre financier, l'intérêt des patients et des membres du personnel. En effet, les parties prenantes que sont les administrateurs et les « actionnaires » (au sens économique / gouvernance du terme) n'ont aucun intérêt financier.

10. Bibliographie

- Archambault, E., Bouchard, M-J., Defourny, J., Gardin, L., Jany-Catrice, F., Laville, J-L., Lévesque, B., Nyssens, M., Petrella, F., Pinaud, S., Prouteau, L., Richez-Battesti, N., (2017), *Economie sociale et solidaire, socioéconomie du 3e secteur*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, M.B. 21 février 1989.
- Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, M.B. 26 juillet 1990.
- Artis, A., Boned, O., Bonvalot, H., Darbus, F., Holcman, R., de Nervaux, L., Perard, P., de Poorter, M., Pouchain, D., Stokkink, D., Swaton, S., Toucas-Truyen, P., (2015), *Economie sociale et solidaire*, Paris : Dunod.
- Audet, M., Haines, V., Petit, A., St-Onge, S. (1998), *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, Montréal : Gaëtan Morin.
- Bascle, G., *Cours de stratégie d'entreprise*, Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain, 2018-2019.
- Bessire, D., Chatelin, C., Onnée, S. (2007). *Qu'est-ce qu'une bonne gouvernance ?*, conférence prononcée lors du 28ème congrès de l'AFC, Orléans, mai 2007.
- Bouchat, M., Cayrol, A., Dufays, F., Marée, M., Mertens, S., Muco-wintore, D., O'Shea, N., Xhaufclair, V., (2016), *Le baromètre des entreprises sociales en Belgique*, Liège : Académie des Entrepreneurs Sociaux @HEC Liège.
- Castro De La Cruz, G., *La gestion des ressources humaines en entreprises d'économie sociale*, Mémoire, Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain, 2017.
- CHC " Conseil d'administration ", *site du CHC*, [en ligne], <http://www.chc.be/A-propos-du-CHC/Management/Organes-de-decision/Conseil-d-administration.aspx> (consulté le 8 mai 2019).

- CHR de Liège " Les organes de gestion ", *site du CHR de Liège*, [en ligne], <https://www.chrcitadelle.be/Notre-Hopital/Les-organes-d-avis-et-de-gestion.aspx> (consulté le 8 mai 2019).
- CHU de Liège, " Conseil d'Administration ", *site du CHU de Liège*, [en ligne], https://www.chuliege.be/jcms/c2_17231259/fr/accueil/conseil-d-administration (consulté le 8 mai 2019).
- Crommelynck, A., Degraeve, K., Lefèbvre, D., *L'organisation et le financement des hôpitaux*, Namur : Mutualité chrétienne, 2013.
- Daury, F. (2019), " Les hôpitaux belges, la loi de la jungle ? ", *Site du Centre d'Etudes et de Recherches en Administration Publique*, [en ligne], <http://www.cerap.be/spip.php?article662> (consulté le 6 mai 2019).
- Davister, C., Henry, A., Marée, M., Mertens, S. et Rijpens, J. (2010), *La gestion des entreprises sociales*, Liège : Edi.pro.
- Delvaux, B., *Les hôpitaux en Belgique : évolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière*, Bruxelles : CRISP, 1986.
- Desmet, M., (2015), *Vivre la gestion hospitalière, une question spirituelle ?*, Namur : Editions jésuites " collection soins et spiritualités ".
- Freidson, E., (1984), *La profession médicale*, Paris : Payot.
- Fréry, F., " Les parties prenantes et le gouvernement de l'entreprise ", *Stratégique*, Montreuil : Pearson, 2017, pp. 157-192.
- Goos, I., (2016), " Oser " la stratégie du succès pour votre association, Liège : Edi.pro.
- Hély, M., (2009), *Les métamorphoses du monde associatif*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Hermesse, J. (2003), " L'hôpital public est-il " plus social " que l'hôpital privé ? ", *Site d'en marche*, [en ligne], https://archives.enmarche.be/Actualite/Editos/Editos_2003/Hopital_public_privé.htm (consulté le 7 mai 2019).
- Hoarau, C., Laville, J-L., (2008), *La gouvernance des associations*, Toulouse : Erès.

- Loi du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, M.B. 7 novembre 2008.
- Loi du 2 mai 2002 relative aux associations sans but lucratif, les associations internationales sans but lucratif et les fondations, M.B. 11 décembre 2002.
- Louazel, M., Mourier, A., Ollivier, E., Ollivier, R., (2018), *Le management en santé*, Rennes : Presses de l'EHESP.
- Neysen, N., (2016), *Stratégie des organisations : Fondements et pratiques du management stratégique*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Ostrom, E., Ostrom V., (1977), " *Public Goods and Public choices* ", Bloomington : Indiana University Press.
- Paquay, C. (2010), *PME & Corporate Governance*, Liège : Edi.pro.
- Perrin, P., (2005), *La coopération intercommunale*, Paris : Berger-Levrault.
- Pomme, U., *Analyse sectorielle des hôpitaux généraux : étude Maha 2018*, Bruxelles : Belfius, 2018.
- SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale (2019), " Statistiques ", *Site du SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale*, [en ligne], <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=21166> (consulté le 8 mai 2019).
- SPF Santé Publique (2019), Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement (2019), " Vue d'ensemble données générales hôpitaux ", *Site du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement*, [en ligne], <https://www.health.belgium.be/fr/vue-densemble-donnees-generales-hopitaux> (consulté le 8 mai 2019).
- Unipso (2010), " Secteur à profit social ", *Site de l'Unipso*, [en ligne], <http://www.unipso.be/spip.php?rubrique118> (consulté le 24 février 2019).
- Wikipédia (2019), " Association sans but lucratif ", *Site Wikipédia*, [en ligne], https://fr.wikipedia.org/wiki/Association_sans_but_lucratif (consulté le 7 mai 2019).
- Wikipédia (2019), " Bien public ", *Site Wikipédia*, [en ligne], https://fr.wikipedia.org/wiki/Bien_public (consulté le 7 mai 2019).
- Wikipédia (2019), " Conseil d'administration ", *Site Wikipédia*, [en ligne], https://fr.wikipedia.org/wiki/Conseil_d%27administration (consulté le 7 mai 2019).

Wikipédia, " Hôpital ", *Site Wikipédia*, [en ligne], <https://fr.wikipedia.org/wiki/Hôpital> (consulté le 7 avril 2019).

Wikipédia (2019), " Intercommunale ", *Site Wikipédia*, [en ligne], <https://fr.wikipedia.org/wiki/Intercommunale> (consulté le 7 mai 2019).

Wikipédia (2019), " Secteur marchand ", *Site Wikipédia*, [en ligne], https://fr.wikipedia.org/wiki/Secteur_marchand (consulté le 7 mai 2019).

Wikipédia (2019), " Secteur public ", *Site Wikipédia*, [en ligne], https://fr.wikipedia.org/wiki/Secteur_public (consulté le 23 février 2019).

NOTE D'ARTICULATION

TABLE DES MATIERES

1. Introduction et raisons du choix de ce sujet	1
2. Raisons du choix de ces deux disciplines.....	2
3. Apports et synthèse des deux parties.....	3
4. Vers un management humain ?	5
5. Bibliographie.....	6

1. Introduction et raisons du choix de ce sujet

Ce mémoire aborde, tout au long des deux papers, la gestion du secteur hospitalier. Comme nous avons pu le voir, la gestion d'un hôpital s'avère être d'une complexité considérable. Entre les spécificités organisationnelles propres au secteur ; les missions d'intérêt général que les hôpitaux accomplissent ; la multitude et la diversité de professionnels qui les composent ; les mécanismes de financement abscons ; les innombrables réformes auxquelles ils sont confrontés et – si on prend également en compte les difficultés qui concernent la gestion des ressources humaines de manière générale ainsi que les évolutions technologiques – les hôpitaux sont confrontés à de vrais challenges au quotidien pour faire cohabiter le bien-être des patients (qualité des soins et des prises en charge), le bien-être des travailleurs, le respect du cadre légal et réglementaire et enfin le respect de l'équilibre budgétaire.

Desmet (2015)¹²⁷ nous dit d'ailleurs « la réalité de l'hôpital correspond partiellement à celle d'une entreprise, mais l'hôpital est néanmoins une « entreprise » toute particulière avec un « produit » très spécial ».

Louazel et *al.* (2018)¹²⁸ vont dans le même sens :

Manager la performance des organisations de santé est un défi de tous les jours. Le système de santé est en effet confronté à des enjeux de coordination de ses composantes dans une logique de mobilisation efficiente des ressources, comme de prise en compte de la qualité du service auprès des patients ou des personnes accompagnées. Les pratiques de gestion étant en plein changement et les parties prenantes au management des organisations de santé plus nombreuses que par le passé, il est parfois difficile d'acquérir des connaissances et des compétences intégrant cette complexité.

Lorsqu'on analyse les différents plans stratégiques, les objectifs et les missions que se fixent les hôpitaux, on constate certaines similitudes avec notamment le développement de l'offre de soins, la pérennité de l'activité, l'offre d'un service de qualité pour tous (bien public), etc.

Le choix de ce sujet est principalement motivé par deux raisons. La première est issue de mon parcours professionnel. Je travaille depuis un peu moins de dix ans dans le secteur de la santé (mais pas au niveau hospitalier) et je souhaitais en apprendre davantage sur les spécificités de ce secteur. La seconde est due au fait que le secteur hospitalier, et plus particulièrement l'économie sociale, est un secteur en pleine croissance – nous sommes

¹²⁷ Desmet, M., (2015), *Vivre la gestion hospitalière, une question spirituelle ?*, Namur : Editions jésuites « collection soins et spiritualités », p. 28.

¹²⁸ Louazel, M., Mourier, A., Ollivier, E., Ollivier, R., (2018), *Le management en santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 4^{ème} de couverture.

aujourd'hui dans une société de services – et que la toute grande majorité de ses emplois sont pérennes et non délocalisables.

Ces deux raisons m'ont ainsi donné l'envie d'explorer un peu plus en profondeur ce secteur d'avenir et rempli de valeurs humaines.

2. Raisons du choix de ces deux disciplines

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai choisi d'aborder le sujet au travers de deux disciplines qui s'articulent plutôt bien à savoir : la gestion des ressources humaines (management) et l'économie (gestion). Ainsi, le titre de ce mémoire est le suivant : « La gestion des ressources humaines dans le secteur hospitalier ».

Le choix de ces deux disciplines au travers desquelles se combinent le développement et l'étude de ce sujet a lui aussi été inspiré de mon expérience personnelle de travail.

Comme déjà mentionné, je travaille – en qualité de DRH – dans le secteur de la santé. J'avais dès lors envie de vérifier si la manière de gérer les ressources humaines était la même dans ce secteur – et plus largement dans le non marchand – et de comprendre comment fonctionnent les différents mécanismes de financement et les différents comportements économiques.

En effet, lorsque j'ai l'occasion d'échanger avec des collègues DRH travaillant dans d'autres secteurs, j'ai le sentiment que nous n'effectuons pas toujours le même métier alors que nous sommes pourtant occupés dans des entreprises de taille comparable avec les mêmes responsabilités, les mêmes profils de fonction. Ma curiosité m'a donc poussé à investiguer plus en profondeur afin de confirmer ou non ce ressenti. Est-ce que, notamment, le type de configuration organisationnelle, le type d'hôpital, le secteur d'activité, le contexte de changement et d'évolution du (des) métier(s) ou encore la personnalité du DRH jouent un rôle dans la manière dont la fonction s'exerce ?

Aussi – et c'est peut-être indirectement lié à ce qui précède – j'ai l'impression que les moyens dont on dispose dans le secteur de la santé pour mener à bien sa fonction de gestionnaire des ressources humaines ne sont pas les mêmes – ils me semblent être bien moindres, tant d'un point de vue financier, qu'humain ou encore technique – dans les entreprises du secteur marchand (capitaliste) et dans le secteur de la santé (secteur non marchand). Au niveau hospitalier, est-ce que la structure de propriété et la gouvernance ou

encore l'origine des ressources impactent d'une manière ou d'une autre la façon de diriger le personnel ?

3. Apports et synthèse des deux parties

Au travers de ces deux disciplines, nous avons pu constater que l'hôpital, bien qu'étant une entreprise à part entière, bénéficie d'un statut particulier et ne se gère pas tout à fait comme n'importe quelle entreprise. Mais au final, existe-t-il autant de différences que cela au niveau de la gestion des ressources humaines ?

L'analyse de la discipline de gestion des ressources humaines a mis en évidence qu'il était nécessaire de revisiter les modes d'organisation, les pratiques de management et d'oser appliquer de nouveaux outils de gestion. En effet, nous avons pu constater que le secteur hospitalier se « professionnalise », se structure de plus en plus mais qu'il n'est pas encore toujours géré comme une « entreprise classique » de taille équivalente. La configuration professionnelle à laquelle appartient l'hôpital (cf. Mintzberg, Nizet et Pichault) explique ce constat. Aussi, nous avons appris que la gestion des ressources humaines dans le secteur « non marchand » bénéficie de deux spécificités qui agissent sur leurs pratiques : **(1)** la tendance à produire des services et **(2)** la finalité sociale. Une autre spécificité du secteur hospitalier est que les activités se réalisent presque exclusivement en présence de ses « clients » où, il y a dès lors une relation directe. Il s'agit d'un élément majeur car cela nécessite d'autres compétences, notamment au niveau du savoir-être. Nous l'avons vu également, la gestion des ressources humaines est par essence une discipline pratique dont l'usage doit s'adapter en permanence à des entreprises particulières dans des situations spécifiques. Or, du fait de la grande décentralisation du pouvoir qui caractérise les hôpitaux, cela ne facilite évidemment pas leur gestion.

La grande diversité de travailleurs qui compose le secteur, tant en termes de profil (exemples : genre, âge, origine culturelle, etc.) qu'en termes de modalités d'emploi et de contrats et / ou statuts (nombreux subsides et nombreuses aides à l'emploi, durée des contrats, régimes de travail, contraintes légales et règlementaires, etc.) est de nature à complexifier la gestion du personnel. N'oublions pas non plus « l'engagement » des travailleurs du secteur vis-à-vis de leur métier, de leur rôle voire pour certains de leur mission (valeur et sens).

Enfin, nous avons pu prendre connaissance du fait que le poste de dépenses le plus important du secteur hospitalier est la masse salariale. Lorsque l'on sait que le personnel est un facteur

déterminant dans la qualité des services rendus aux patients par les hôpitaux, ce qui peut permettre de les différencier les uns des autres, la gestion des ressources n'en est que plus importante compte tenu des « investissements » consentis. De ce fait, les entreprises sociales sont souvent confrontées à une tension entre impératifs économiques et finalités sociales (cf. Davister).

L'analyse de la discipline économique a montré que les hôpitaux s'agrandissent (groupement, fusion, association). Dès lors, comme évoqué dans la partie relative à la gestion des ressources humaines, Mintzberg nous a appris que plus la taille d'une organisation augmente, plus sa structure est élaborée, plus les tâches y sont spécialisées, plus ses unités sont différenciées et plus sa composante administrative est développée. De manière générale, plus l'organisation est grande, plus elle tend à se formaliser. Pourtant, les hôpitaux restent malgré tout déficitaires dans cette formalisation et c'est lié essentiellement aux méfiances et aux réticences culturelles du secteur. Combien de fois n'entendons-nous pas : « on est dans le social, ce n'est pas important, on ne fait pas ici comme on fait ailleurs » ; « on a toujours fait comme ça » ; etc.

Le monde change, la société change et le secteur hospitalier ne fait pas exception. Mieux (ou pire c'est selon), les hôpitaux sont confrontés depuis de très nombreuses années à d'importants changements (exemples : réformes successives du secteur, transfert de compétences, modification des mécanismes de financement, etc.) avec toutes les implications que cela peut avoir sur leur organisation, et de facto sur le personnel avec toutes les craintes et les difficultés que cela engendre.

Nous avons vu que le contexte organisationnel et le cadre juridique / légal qui encadre les hôpitaux peuvent avoir un impact plus ou moins important sur la manière dont ils sont gérés. Pensons par exemple au personnel statutaire ou contractuel ou aux nombreux organes de gestion qui peuvent ou qui doivent être présents avec des missions clairement définies.

Qu'il s'agisse d'un hôpital privé ou public, d'un hôpital général, psychiatrique ou universitaire, que l'hôpital soit constitué en ASBL ou en intercommunale, nous avons pu constater que, malgré ces différences, la gestion (des ressources humaines) de l'hôpital en est peu influencée. Pas plus d'ailleurs que par l'origine des ressources (qui, pour rappel, sont de trois natures : marché, redistribution et réciprocité) qui leur permettent de fonctionner.

Enfin, en ce qui concerne la structure de propriété des hôpitaux, celle-ci n'a pas non plus a priori une importance aussi grande que nous pouvions le penser avant de réaliser ce mémoire.

En effet, que l'hôpital appartienne au 2^{ème} ou au 3^{ème} secteur, la gouvernance de la part du gestionnaire et / ou du Conseil d'Administration sera presque toujours la même et orientée vers l'équilibre financier, l'intérêt des patients et des travailleurs. En effet, les parties prenantes que sont les administrateurs et les « actionnaires » (au sens économique / gouvernance du terme) n'ont aucun intérêt financier, contrairement aux entreprises capitalistes du secteur marchand.

Que penser dès lors de la fonction de « DRH » ? Est-elle différente, spécifique au secteur ? La réponse est certainement positive mais il convient d'y apporter quelques précisions. En effet, les réalités et problèmes que rencontrent les DRH dans n'importe quelle entreprise, le DRH d'un hôpital les rencontre également. Par contre, ce que connaît un DRH d'hôpital n'est pas forcément vécu par les DRH des autres secteurs. Citons par exemple les difficultés liées à la diversité, aux questions de valeurs ou de sens, au fait d'être confronté à des métiers en pénurie (exemple : le personnel infirmier), à la présence prégnante du monde médical dans certaines décisions de GRH ou encore de la forte décentralisation du pouvoir. Je ne dirais donc pas qu'elle est différente, je dirais plutôt qu'elle est plus complète.

4. Vers un management humain ?

En conclusion, il est intéressant de se demander vers quel type de management doivent se tourner les hôpitaux. Compte tenu des spécificités liées au secteur hospitalier dont nous venons de parler tout au long de ce mémoire, il est un type de management qui s'impose tout naturellement aux hôpitaux : le management humain.

En effet, Dietrich et Taskin (2016)¹²⁹ caractérisent le management humain comme (ré)humanisant le travail (principe organisateur), produisant du sens et de la reconnaissance au travail (finalités) et assurant que les pratiques et politiques RH soient justes, respectueuses des personnes et fassent sens (principe de cohérence – source de légitimité).

¹²⁹ Dietrich, A., Taskin, L. (2016), *Management humain*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, p. 220.

5. Bibliographie

Desmet, M., (2015), *Vivre la gestion hospitalière, une question spirituelle ?*, Namur : Editions jésuites " collection soins et spiritualités ".

Dietrich, A., Taskin, L. (2016), *Management humain*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Louazel, M., Mourier, A., Ollivier, E., Ollivier, R., (2018), *Le management en santé*, Rennes : Presses de l'EHES.

