

# JUIN

Faculté de Droit et des Sciences sociales  
Faculté de Sciences économiques



Jennifer Urasadettan  
Maître de Conférences,  
CRESS-LESSOR, Université de Rennes 2  
[Jennifer.urasadettan@univ-rennes2.fr](mailto:Jennifer.urasadettan@univ-rennes2.fr)

<http://www.riuess.org/>



**XI<sup>e</sup> Rencontres du RIUESS**  
**à Poitiers du 15 au 17 juin 2011**  
**« L'Economie sociale et solidaire et le Travail »**

**Proposition de communication :**

**De la spécificité de la gestion des ressources humaines dans le secteur mutualiste : le cas du groupe hospitalier mutualiste**

Jennifer Urasadettan, Maître de Conférences,  
CRESS-LESSOR, Université de Rennes 2  
 [Jennifer.urasadettan@univ-rennes2.fr](mailto:Jennifer.urasadettan@univ-rennes2.fr)

**PLUIE**

## PLUIE

### Sujet :

Le secteur de la santé a subi depuis 1970 maintes reconfigurations, motivées par une contrainte de financement croissante. D'importantes transformations institutionnelles visant à responsabiliser les « offreurs » de santé ont été réalisées, et conduisent à une concentration du secteur (fermetures ou regroupements de cliniques).

Dans ce contexte, le « groupe hospitalier mutualiste » étudié poursuit une stratégie de croissance externe (rachat de cinq cliniques privées en 10 ans), afin d'atteindre une taille viable, et la reconnaissance des pouvoirs publics. Désormais régies par le code de la mutualité, ces cinq cliniques acquises en 10 ans, et dont trois étaient auparavant privées à but lucratif, doivent fonctionner sur un autre mode. Structuré autour de principes visant une gouvernance éthique, le secteur mutualiste est parfois présenté comme une alternative viable conjuguant impératif économique et velléité éthique, au même titre que les coopératives et associations (CEGES, 1995). Défini par Detilleux (2007) comme un courant alliant « *liberté d'adhésion, non lucrativité individuelle, solidarité entre ses membres, gestion démocratique, indépendance à l'égard des pouvoirs publics, et placement de l'intérêt collectif avant l'intérêt particulier* », le secteur mutualiste oriente ses cliniques vers une politique de non sélection du patient (non dépassement d'honoraires), et un pilotage stratégique concerté (gouvernance en vertu de l'axiome « un homme, une voix »).

Si des travaux ont été réalisés sur la spécificité de la gouvernance mutualiste, notamment dans le secteur bancaire (Di Salvo R., 2002, Nekhili M., Achour S., 2004), peu en revanche s'attachent à en étudier les répercussions concrètes en terme de gestion des ressources humaines. L'objectif de cette communication est, par l'analyse des changements organisationnels mis en place dans les cinq cliniques du « groupe hospitalier mutualiste » suite à leur rachat, de déterminer dans quelle mesure il est possible de parler d'une gestion des ressources humaines spécifique au secteur mutualiste.

La spécificité mutualiste est analysée ici à travers deux axes. Le premier, regroupant l'ensemble des changements engendrés par le rachat sur les politiques RH (emploi, rémunération, promotion) et sur les conditions de travail, permettra de saisir les spécificités de gestion du groupe telles qu'elles sont perçues par le personnel. Le second axe, partant de l'interprétation du personnel des changements perçus, rendra compte de la représentation qu'a ce dernier du mutualisme, dans sa dimension RH, ou plus généralement.

### Méthodologie et cadre théorique :

- Etude de cas, Etude qualitative (NVivo), recueil de données.
- Représentations, construction sociale

### Mots clés :

Mutualisme, gestion des ressources humaines, politique d'emploi, santé, cliniques

Le secteur de la santé a subi depuis 1970 maintes reconfigurations, motivées par une contrainte de financement croissante. D'importantes transformations institutionnelles visant à responsabiliser les « offreurs » de santé ont été réalisées, et conduisent à une concentration du secteur (fermetures ou regroupements de cliniques).

Dans ce contexte, le « groupe hospitalier mutualiste » étudié poursuit une stratégie de croissance externe (rachat de cinq cliniques privées en 10 ans), afin d'atteindre une taille viable, et la reconnaissance des pouvoirs publics. Désormais régies par le code de la mutualité, ces cinq cliniques acquises en 10 ans, et dont trois étaient auparavant privées à but lucratif, doivent fonctionner sur un autre mode. Structuré autour de principes visant une gouvernance éthique, le secteur mutualiste est parfois présenté comme une alternative viable conjuguant impératif économique et velléité éthique, au même titre que les coopératives et associations (CEGES, 1995). Défini par Detilleux (2007) comme un courant alliant « *liberté d'adhésion, non lucrativité individuelle, solidarité entre ses membres, gestion démocratique, indépendance à l'égard des pouvoirs publics, et placement de l'intérêt collectif avant l'intérêt particulier* », le secteur mutualiste oriente ses cliniques vers une politique de non sélection du patient (non dépassement d'honoraires), et un pilotage stratégique concerté (gouvernance en vertu de l'axiome « un homme, une voix »).

Si des travaux ont été réalisés sur la spécificité de la gouvernance mutualiste, notamment dans le secteur bancaire (Di Salvo R., 2002, Nekhili M., Achour S., 2004), peu en revanche s'attachent à en étudier les répercussions concrètes en terme de gestion des ressources humaines. L'objectif de cette communication est, par l'analyse des changements organisationnels mis en place dans les cinq cliniques du « groupe hospitalier mutualiste » suite à leur rachat, de déterminer dans quelle mesure il est possible de parler d'une gestion des ressources humaines spécifique au secteur mutualiste.

Après avoir retracé le contexte général de forte mutation du secteur de la santé, nous verrons dans une deuxième partie quels enjeux spécifiques ces bouleversements institutionnels engendrent auprès des cliniques mutualistes, notamment en termes de gestion des ressources humaines. La dernière partie, exposera notre étude de cas, et ses résultats. La spécificité mutualiste est analysée ici à travers deux axes. Le premier, regroupant l'ensemble des changements engendrés par le rachat sur les politiques RH (emploi, rémunération, promotion) et sur les conditions de travail, permettra de saisir les spécificités de gestion du groupe telles qu'elles sont perçues par le personnel. Le second axe, partant de l'interprétation du personnel des changements perçus, rendra compte de la représentation qu'a ce dernier du mutualisme, dans sa dimension RH, ou plus généralement.

## **1. Un secteur de la santé en pleine mutation :**

### **1.1. Normalisation des soins et concentration des établissements :**

Initiée par les pouvoirs publics, la normalisation de l'offre a pour objectif de développer une démarche qualité via la généralisation pour chaque établissement d'un processus d'accréditation. Introduit en France par l'ordonnance du 24 avril 1996 et confié à l'HAS (Haute Autorité de Santé), il évalue la qualité du fonctionnement des établissements de santé, « *à l'aide d'indicateurs, de critères ou de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement* » (article L. 710-5 du Code de la santé publique). Les résultats de cet audit sont communiqués publiquement. Cette procédure, volontaire mais obligatoire, peut être analysée comme une « *pratique imposée, consistant à rendre plus transparent le fonctionnement de l'organisation vis-à-vis de l'auditeur dans le cadre d'un contrôle externe accru et institutionnalisé* » (Halgand, 2003).

Jusqu'alors étranger à de telles contraintes, l'offreur de soins voit ces exercices d'audit rythmer sa vie organisationnelle. Tout établissement est audité, au minimum, une fois tous les cinq ans lorsque le rapport d'accréditation ne contient pas de réserve. Dans le cas contraire, ces visites sont multipliées. L'accréditation constitue également une assurance qualité, au sens où elle comporte une phase de diagnostic des dysfonctionnements notamment sur les trois référentiels relatifs au patient et à sa prise en charge, points sensibles en matière de politique d'image. D'ailleurs, près de la moitié des recommandations et/ou réserves concernent ces trois points. L'application de cet audit à la totalité des établissements de santé et l'accessibilité de leurs résultats rendent possible « *un certain étalonnage des établissements* » (Claveranne et Piovesan, 2003).

A cet audit qualitatif s'additionne un audit plus quantitatif, s'appuyant sur le développement des systèmes d'information comptables et de contrôle budgétaire. Créé en 1982 par le ministère de la santé, le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) a pour objectif de calculer la productivité de chaque établissement de santé. A cet effet, l'ensemble des séjours hospitaliers est divisé en GHS ou groupements homogènes de séjour (environ 600), supposés renvoyer à une pathologie ou à une classe de pathologies voisines (on trouvera par exemple le GHS « Insuffisances cardiaques ») et à une mobilisation analogue des ressources (personnels, matériels et consommables). L'activité d'un établissement peut alors se résumer à son *casemix*: nombre de séjours dans chaque GHS, par exemple sur l'année. Ainsi, le rapprochement entre ce casemix et un casemix « théorique », calculé à partir des objectifs moyens totaux pour chaque GHS permettra d'évaluer sa « rentabilité » par rapport à ses concurrents.

L'ARS (Agence Régionale de Santé, anciennement Agence Régionale d'Hospitalisation), organisme de tutelle local se sert de l'accréditation et du PMSI afin de sélectionner les établissements « méritant » une allocation de ressources. Ces agences jouent en effet un rôle d'acheteur face aux établissements désormais considérés comme des offreurs de soins, quelque soit leur statut (public ou privé, à but lucratif ou non). Même si le discours officiel se garde bien de parler de concurrence, cette nouvelle donne permet de réintroduire l'aiguillon du marché, en organisant un régime de compétition périodique dans le cadre d'un marché contestable (Baumol, 1982). Chaque offreur de soins s'engage ainsi vis-à-vis de l'ARS par un contrat d'objectifs et de moyens (COM), d'une durée de trois à cinq ans, en cohérence avec les priorités plus globales définies dans le cadre du SROS, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. Cet horizon temporel impose aux organisations de construire une réflexion stratégique explicitée dans un projet d'établissement. Les COM constituent pour la tutelle un outil de restructuration du système d'offre et « *s'apparentent plus à un acte unilatéral qu'à un exercice librement négocié* » (Budet et Blondel, 1998). Cette pratique a ainsi amorcé un long mouvement de restructuration des établissements de santé et plus particulièrement du secteur privé se traduisant par leur fermeture ou leur regroupement, le souci de favoriser la recomposition de l'offre se caractérisant par une politique de réduction du nombre de lits. La réduction du nombre d'établissements de 2002 à 2006 (données INSEE) a été de 2,4 % pour le secteur public (987 contre 1011), mais elle a atteint pendant la même période 7,1 % pour les cliniques privées (1869 contre 2011). Cette tendance s'explique également par la contraction du délai d'obsolescence du matériel médical, nécessitant un investissement croissant dans le plateau technique. L'objectif d'atteinte d'une taille critique permettant une automatisation des tâches et la couverture des coûts fixes engendre ainsi la concentration croissante d'un secteur dont historiquement plus de la moitié des structures, fondées sur une seule spécialité chirurgicale étaient dirigées par le chirurgien (Morvan, 1991).

La constitution du groupe mutualiste obéit à cette logique, puisque ce dernier cherche en investissant dans des établissements le plus souvent périlissant à obtenir un poids significatif

au niveau régional. Il s'agit par le choix et l'étroit contrôle des investissements accordés d'atteindre une crédibilité au niveau national en tant que troisième secteur côtoyant le privé pur et le public. Le développement du groupe hospitalier mutualiste étudié n'est d'ailleurs pas un cas isolé. Les établissements mutualistes cherchent à être reconnus auprès des pouvoirs publics comme des acteurs incontournables de l'économie sociale car « *les hôpitaux privés sans but lucratif sont une des trois composantes, la plus mal connue, du système de soins hospitalier français. Ils allient les qualités du public et du privé : prise en charge de pathologies lourdes, accès aux soins pour tous, absence de profits, et souplesse et adaptabilité de la gestion privée* »<sup>1</sup>. Ainsi l'étroit contrôle de l'investissement dans les cliniques rachetées représente un signal de bonne gestion auprès de l'ARH, qui va contribuer à légitimer la place du mutualisme. En effet, les cliniques rachetées bénéficient désormais des fonds nécessaires pour fonctionner correctement, et leur performance croissante devrait à terme rendre le groupe incontournable pour les tutelles locales.

## **1.2. Structuration tarifaire des soins et légitimation des dépassements d'honoraires :**

Le secteur de la santé a subi depuis 1970 maintes reconfigurations motivées par une contrainte de financement croissante. A cet effet, les pouvoirs publics tentent de juguler le montant des dépenses, notamment par la responsabilisation croissante du patient. La loi du 13 août 2004 instaurant un parcours de soin, ou encore le durcissement du ticket modérateur en sont deux exemples, car ils conduisent, en cas de non respect, à des sanctions financières. Cette structuration tarifaire, incitant le patient à « faire des choix en s'appuyant sur un système de prix », amène ainsi à la « construction d'un marché de la santé », pour les patients capables de payer leur sortie du parcours obligatoire (Batifoulier et alii., 2008). En rapprochant le droit des malades de celui des consommateurs, la loi du 4 mars 2002 participe de ce consumérisme médical (Pitcho, 2004).

Ce consumérisme croissant du patient s'accompagne d'une liberté tarifaire débridée. En 2002, le nombre de consultations donnant lieu à un dépassement d'honoraires a été multiplié par deux (CNAMTS, 2003). Bien que générant une inégalité d'accès aux soins (Batifoulier et Alii. 2008), la progression de cette pratique est cependant structurellement encouragée par le système de santé : deux tiers des contrats collectifs offerts par les mutuelles et les institutions de prévoyance les couvrent. Cette légitimation de fait traduit une « disparition de la logique de désintéressement, pourtant véhiculée par une orientation résolument éthique de la profession » (Lenoir, 2007). Activées par la diffusion du discours de l'économie (Batifoulier et Ventelou, 2004), les dépassements d'honoraires apparaissent désormais comme « corrects » (Serré, 1999), et modifient la conception de l'activité médicale. Dans ce contexte, les structures mutualistes, dont les actes médicaux et chirurgicaux sont statutairement encadrés, pourraient à terme connaître des problèmes de recrutement de praticiens.

## **2. Spécificités des cliniques mutualistes et enjeux en termes de GRH :**

Créé au début du 20<sup>ème</sup> siècle en l'absence de tout autre dispositif d'assurance santé, le mutualisme naît d'une volonté de se regrouper pour faire face à l'imprévu, et constitue « le premier mouvement social français, tant d'un point de vue chronologique que d'un point de vue numérique » (Toucas- Truyen, 2001). Détenant 59% des parts du marché de l'assurance complémentaire de santé, la mutualité protège 38 millions de personnes, rassemble 823 mutuelles santé, gère 2.200 services de soins et d'accompagnement mutualistes et possède 103

---

<sup>1</sup> Extrait de la page d'accueil de l'association des hôpitaux privés sans buts lucratifs, <http://www.ip2r.fr/presentation-hpsbl.asp>

établissements hospitaliers. Contrairement aux autres pays européens où le secteur privé non lucratif constitue près de la moitié des établissements, le secteur privé non lucratif, constitué en majorité d'établissements mutualistes ne représente que 28% du secteur de la santé en France. Les travaux portant sur les spécificités mutualistes des cliniques sont inexistantes en gestion. Seules des études d'historiens laissent à penser que les principes mutualistes ont une incidence sur l'orientation stratégique de l'établissement (Dreyfus, 2006). Confrontées à un secteur en pleine restructuration, les cliniques composant le groupe mutualiste doivent faire face à deux types d'enjeux : des enjeux internes, portant sur l'acquisition d'une culture commune et sur le développement d'une politique de fidélisation des chirurgiens (2.1), et des enjeux externes, consistant à être plus attractives pour des patients de plus en plus segmentés (2.2).

### **2.1. Les enjeux internes :**

La constitution d'un groupe composé de six établissements suppose le partage d'une culture commune, les cliniques acquises étant désormais soumises au code de la mutualité. Le rachat peut engendrer l'affrontement de deux logiques : celle d'une structure à but non lucratif (le groupe mutualiste acquisateur) et celle d'établissements à but lucratif (cliniques privées rachetées). L'enjeu relatif au partage d'une même culture réside donc dans la recherche d'une cohérence de ces modes de fonctionnement. Or si l'éthique mutualiste s'applique aux patients (non dépassement des honoraires des médecins) et aux adhérents (démocratie interne), elle ne se traduit pas nécessairement dans l'organisation de ses établissements de santé, ou dans le mode de gestion de son personnel. Un premier enjeu pour la direction consiste donc à intégrer culturellement le personnel des cliniques rachetées, notamment au travers de sa politique de gestion des ressources humaines.

Or, cette intégration culturelle est rendue malaisée par l'organisation même de la clinique. Cette dernière est dotée d'une structure complexe liée à la spécificité de sa mission. Selon Claveranne et Piovesan (2003), elle constitue une entreprise de main d'œuvre (personnel à statuts et employeurs divers) pourvue d'un caractère artisanal (sur mesure de l'acte chirurgical). Dans le même temps, elle revêt un caractère hautement technologique, dont la survie dépend de la sophistication de son plateau technique.

Définie comme une bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1994, Pellet, 2000), elle se caractérise par l'importance donnée à son centre opérationnel. De fait, cette structure est dotée d'un nombre important de professionnels (médecins, corps soignant), maîtres de leur propre travail et disposant d'une grande indépendance vis-à-vis de leur hiérarchie (directeur d'établissement) et de leurs collègues : ils n'ont de compte à rendre qu'à leurs clients (patients). Cette autonomie s'appuie sur une standardisation des qualifications (diplôme de médecin, d'infirmier) et sur une formation et une socialisation initiales prégnantes. Couplée à une forte décentralisation et à des mécanismes de liaisons n'existant qu'au niveau administratif, la clinique n'offre que très peu d'occasions d'interactions entre corps de métiers différents (exception faite des équipes en bloc opératoire), tout étant organisé autour du patient. Le cloisonnement de ces interactions est renforcé par la complexité des statuts de personnel coexistant au sein d'une même clinique, et par la diversité, voire l'antagonisme des intérêts de chaque corps de métiers. Ce dernier constat amène d'ailleurs certains auteurs à considérer la clinique comme un nœud de contrats (Claveranne et Piovesan, 2003). Ainsi, insuffler « l'esprit mutualiste » au sein d'une organisation très cloisonnée constitue une vraie gageure pour la direction.

Au-delà d'une intégration culturelle réussie, la direction de chaque clinique doit impérativement fidéliser ses chirurgiens. En effet, le consumérisme grandissant des patients, la prise en charge par les complémentaires de santé des dépassements d'honoraire, et la

judiciarisation de la profession se traduisant par une hausse des assurances en responsabilité professionnelle, peuvent détourner les chirurgiens des cliniques mutualistes, dont le principe de solidarité interdit la pratique des dépassements d'honoraires. Ces derniers peuvent alors choisir de partir afin de pratiquer des tarifs librement fixés. Or, ce manque d'attractivité, allié à la pénurie annoncée des médecins et chirurgiens dans les années à venir, remet progressivement en cause le non dépassement d'honoraire.

Ainsi, le groupe doit à la fois développer une politique d'intégration du personnel des établissements rachetés afin que ces derniers adoptent « l'esprit mutualiste » cher à son directeur, et décider d'une politique de fidélisation de ses chirurgiens en adéquation avec son éthique.

## **2.2. Les enjeux externes :**

Articulé autour de principes visant une gouvernance éthique, le secteur mutualiste est couramment présenté comme une alternative viable conjuguant impératif économique et velléité éthique, au même titre que les coopératives et associations (CEGES, 1995). Au travers de ses évolutions historiques, le mutualisme s'est fondé sur deux traits identitaires distincts (Vincent et Delafosse, 2007) : l'identification corporatiste (groupements professionnels comme structure fondamentale de l'organisation économique et sociale) et territoriale (ancrage communal, départemental puis régional). Dès lors, la relation affinitaire au territoire apparaît comme une expression de la proximité, traduisant les spécificités de la mutualité en termes de solidarité et de vie démocratique (Di Salvo R., 2002, Nekhili M., Achour S., 2004). Bâtie sur l'idée d'un ancrage local, la clinique mutualiste apparaîtrait comme une organisation missionnaire, s'opposant à la définition de la clinique comme « bureaucratie professionnelle » de Mintzberg (1986). Dans ce contexte, l'extension du groupe hospitalier mutualiste par rachat de cliniques à but lucratif et non situées sur le même territoire, peut constituer une perte d'identité au regard de ses adhérents.

D'autre part, le fonctionnement des cliniques mutualistes, régi par le code de la mutualité, suit les principes de solidarité (libre accès aux soins) et de non lucrativité (non redistribution des profits à des « actionnaires »). La liberté d'accès aux soins se traduit par une non sélection des patients : les médecins de la clinique, qu'ils soient en secteur 1 ou 2 ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires. Dans ce contexte d'inégalité croissante d'accès aux soins, les cliniques mutualistes peuvent constituer un rempart au développement d'une médecine à deux vitesses, et trouver là une occasion de légitimer à nouveau leur socle éthique auprès de ses patients, et de patients potentiels. Cependant le développement de l'offre de santé, la création du secteur non conventionné et le désengagement progressif de la sécurité sociale font que l'adhésion à une mutuelle pour des raisons éthiques n'est plus si évidente pour le patient (Toucas- Truyen, 2001). Cette logique utilitaire est également présente dans le choix de l'établissement de santé : le principe mutualiste d'égalité d'accès aux soins ne constitue plus un critère de choix du patient. Pire, le non dépassement d'honoraire peut même apparaître comme un signal de soin de mauvaise qualité et détourner le patient des cliniques mutualistes (Batifoulrier et alii., 2008).

Le groupe étudié est dans le même temps confronté à un risque de dilution de son identité mutualiste du fait de sa stratégie de croissance externe, et à un désaveu progressif de la part des patients de son éthique mutualiste (non dépassement d'honoraire). L'étude de cas suivante présente quelles réponses apportent le groupe aux enjeux auxquels elle doit faire face, et plus généralement montre dans quelle mesure ses réponses constituent une spécificité mutualiste en termes de gestion des ressources humaines.



### **3. Illustration par le GHM :**

#### **3.1. Présentation du cas :**

##### **3.1.1. Méthodologie employée :**

Nous avons procédé à une analyse inter-sites, sur les six cliniques composant le groupe hospitalier mutualiste. Cette démarche, caractérisée par sa durée et le fort degré d'imprégnation du terrain a été facilitée par notre introduction au sein du groupe dans le cadre d'une CIFRE (Convention Industrielle de Formation par la Recherche). Les données sur lesquelles s'appuient les rapports de site se composent d'entretiens approfondis (73), d'observations non participantes et de documents divers concernant le groupe et le secteur de la santé.

Afin de mettre en évidence les spécificités du mutualisme en termes de gestion des ressources humaines, nous avons dans un premier temps étudié les changements induits par le rachat de chaque établissement. Plus particulièrement, ont été retenues les politiques salariales, les politiques de formation, et les modifications des conditions de travail, jugées plus significatives par le personnel. Nous avons également séparé l'ensemble du personnel par type de rémunération (le personnel salarié et les médecins libéraux), chacun étant soumis à des problématiques différentes (fidélisation impérative des médecins par rapport à celle des autres corps de métier).

Dans un second temps, nous avons cherché à savoir comment ces pratiques modifiaient les représentations du mutualisme, et participaient à la construction d'une vision spécifique de ce mouvement auprès du personnel, notamment en GRH.

L'objectif est de montrer l'évolution des représentations<sup>2</sup> du personnel à propos du mutualisme, en confrontant ses représentations initiales avec les pratiques mises en œuvre par la direction suite au rachat.

##### **3.1.2. Constitution et structure du groupe :**

Disposant de réserves financières et profitant de la restructuration du secteur de santé privé, le groupe rachète entre 1996 et 2003 cinq cliniques privées à la santé financière précaire. Effectués avec l'agrément de l'ARH (agence régionale d'hospitalisation) et en concordance avec le SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) qui définit les grands axes de la recomposition hospitalière locale, ces rachats ont dans un premier temps permis une remise aux normes des plateaux techniques et des structures d'accueil. Chaque clinique (à l'exception des cliniques C et D, situées dans la même ville et prochainement appelées à fusionner sur un nouveau site et dans de nouveaux locaux) est située dans un département différent et au sein d'une même région. Le groupe est ainsi composé de ces cinq établissements, et de la clinique historique, ayant toujours été mutualiste. Dotée à l'époque du statut de PSPH (Participant au Service Public Hospitalier), cette dernière est financée selon le même régime que celui des hôpitaux publics. Ses praticiens sont salariés (contrairement aux médecins des autres établissements). Le tableau suivant présente chaque clinique :

---

<sup>2</sup> entendues ici comme une « forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel » (Jodelet 1989, Allard Poesi 1996).

**Tableau 1 : la constitution progressive du groupe**

| Clinique               | A            | B                   | C          | D                   | E                   | F                       |
|------------------------|--------------|---------------------|------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| Date de rachat         | Crée en 1909 | 1996                | 1999       | 2001                | 2003                | 2001                    |
| Statut avant rachat    | Mutualiste   | Privée but lucratif | Mutualiste | Privée but lucratif | Privée but lucratif | Privée but non lucratif |
| Précédent propriétaire |              | médecins            | Mutuelle   | médecins            | médecins            | association             |
| Nombre de lits         | 130          | 70                  | 87         | 35                  | 56                  | 46                      |
| Personnel              | <b>339</b>   | <b>160</b>          | <b>226</b> | <b>119</b>          | <b>73</b>           | <b>102</b>              |
| Contexte Rural/urbain  | Urbain       | Rural               | Urbain     | Urbain              | Rural               | Rural                   |
| Concurrence            | Forte        | Forte               | Forte      | Faible              | Faible              | Faible                  |

La constitution du groupe s'est effectuée au travers du rachat par le groupe de mutuelle de la majorité des parts dans le capital de chaque clinique, et a donné lieu au sein de l'union « hospitalisation et hébergement » à la création du groupement d'intérêt économique « groupement hospitalier mutualiste ».

Le groupe d'établissement se caractérise par une organisation centralisée autour du directeur du groupe, qui est également directeur de la clinique mutualiste historique. Son mode de management « paternaliste » le rend très dirigiste : *On est géré par quelqu'un qui a l'esprit mutualiste à 600% quoi ! Et qui tire toutes les ficelles, si on ne l'a pas il nous impose à bon escient les décisions...il est très intelligent et très mutualiste [...] Il gère son entreprise à la paternaliste et il se comporte comme ça avec ses employés. Il sait tout* (Assistante RH, clinique A). Chaque rachat a donné lieu à un changement de directeur, et à l'acquisition du statut mutualiste par la nouvelle clinique du groupe.

Le « groupe hospitalier mutualiste » est hiérarchisé entre son « membre fondateur », la clinique A et ses « adhérents », les cinq cliniques rachetées. La clinique A a exprimé sa volonté d'associer le personnel au changement de représentations et de pratiques, notamment en nommant à la tête de chaque établissement un nouveau directeur, chargé dans le cadre de sa fonction, de promouvoir cet « esprit mutualiste ». Les décisions stratégiques, c'est-à-dire constituant un investissement important (réfection des blocs opératoires ou des bâtiments, gros travaux de remises aux normes, achat de matériel technologique coûtant plus de 4 000 euros) sont prises en comité de direction, présidé par le directeur du groupe (directeur de la clinique A), décideur final. Chaque établissement s'est vu imposer le même système d'information (logiciel de facturation et de gestion des ressources humaines), dont la maintenance est assurée par le siège. L'achat de petit matériel médical et chirurgical (à usage unique) fait également l'objet d'une politique de groupe, le fournisseur ayant été choisi par la clinique fondatrice du groupe. L'adhésion aux pratiques mutualistes a également été imposée par la clinique A aux autres cliniques, et se traduit par la non discrimination du patient (recrutement de médecins conventionnés ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires) et le réinvestissement des bénéfices dans le groupe (but non lucratif). Il existe ainsi au sein du groupe une forte interdépendance entre établissements se traduisant par une homogénéité de conduites entre membres. Concomitamment à ce mode de fonctionnement étroitement couplé et fortement hiérarchisé, le groupe est par ailleurs utilisé comme un réseau d'informations. Par exemple, le recrutement de praticiens qui est une des missions du chef d'établissement peut devenir un objectif du groupe s'il n'y a pas de médecins disponibles dans le bassin de recherche de l'établissement demandeur. Enfin, la gestion quotidienne de la clinique relève du directeur d'établissement, même si la direction centrale reste le décideur final.

Concernant la politique d'emploi du groupe, le rachat n'a donné lieu à aucun licenciement, ni aucun recrutement supplémentaire de personnel soignant, ni de personnel administratif. La situation est différente auprès du corps médical : le rachat des cliniques C et E a entraîné leur départ massif, en raison du changement de rémunération occasionné (non dépassement d'honoraire). Les directions locales et centrales ont donc du recruter, non sans mal, de nouveaux médecins, afin de remplacer les équipes défaillantes.

### 3.2. Présentation des résultats :

#### 3.2.1. La perception des politiques de GRH de chaque établissement :

Le tableau suivant présente l'ensemble des changements perçus par le personnel dans le domaine des ressources humaines :

**Tab 2 : perception des changements occasionnés par le rachat - personnel salarié\***

| Clinique                               | B                                                                                          | C                                                                                                                                                                                                                                            | D                                                                                                                       | E                                                                                                                      | F                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Politique d'emploi                     | Le rachat n'a occasionné aucune embauche supplémentaire, ni aucun licenciement.            |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        |
| Politique de rémunération              | Pas de changement ni de convention collective (FHP), ni d'instauration de primes.          | Pas de changement ni de convention collective pour le personnel en place (FEHAP). En revanche, le personnel nouvellement embauché dépend de la FEHAP -6% (suivie par la clinique D avec qui C va prochainement fusionner).                   | Changement de convention collective (de CCU à FEHAP - 6%), et amélioration du salaire.                                  | Pas de changement de convention (CCU), mais chaque salaire a été réduit de 3%, malgré les grèves répétées du personnel | Pas de changement de convention (FEHAP sans les primes), malgré les tentatives de la direction d'instaurer le CCU, ces dernières ayant abouti à une grève de trois jours du personnel. |
| Politique de formation                 | Mise place d'une politique de promotion professionnelle via la formation du personnel.     | Le rachat n'a donné lieu à aucune politique de formation particulière, ni au niveau local, ni au niveau du groupe, pour le personnel soignant. En revanche, le personnel du service RH a été formé au nouveau logiciel RH, commun au groupe. |                                                                                                                         |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        |
| Modification des conditions de travail | Détérioration pour le personnel soignant, car formalisation croissante du dossier patient. | Pas de modifications notables, quelque soit le corps de métier.                                                                                                                                                                              | Aucune, mais le personnel craint une détérioration de ses conditions de travail à la réunification sur le nouveau site. | Détérioration pour le personnel soignant, dû à la nouvelle direction (accélération des cadences de travail).           |                                                                                                                                                                                        |

*\* Le personnel salarié des cliniques est composé du personnel administratif, et du personnel soignant.*

La politique d'emploi est axée sur le recrutement de chirurgiens. A ce titre, le rachat des établissements n'a donné lieu à aucune embauche particulière de personnel, ni à aucun licenciement, la direction générale tenant à reprendre l'ensemble du personnel.

Plusieurs conventions collectives encadrent le personnel travaillant dans des structures de santé. Concernant les structures privées, la convention FEHAP (fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés) est réputée plus avantageuse que celle de la FHP (fédération de l'hospitalisation privée) et que la CCU (convention collective unique). Elle est en général appliquée dans les établissements privés à but non lucratif. Les structures privées à but lucratif utilisent la FHP ou la CCU, en y ajoutant des primes pour fidéliser le personnel soignant. Les salariés des établissements rachetés, et plus spécifiquement ceux des cliniques anciennement à but lucratif espéraient donc dépendre de cette convention. Or, la politique de rémunération n'est pas uniforme selon les établissements. Si pour les structures B, C et F, les salariés ne constatent pas de changement de convention collective, ceux de la clinique E voient leur rémunération baisser de 3%. Cette situation n'occasionne cependant pas de démissions, le bassin d'emploi étant sinistré, et les possibilités de retrouver un travail rares. Seuls les salariés de l'établissement D voient leur rémunération s'améliorer. Ce passage de la CCU à la FEHAP – 6% s'explique par le regroupement prochain des cliniques C et D, et par la nécessité de conserver un bon climat social.

La politique de formation spécifique à B est due au retard accumulé par l'établissement en matière de validation des acquis d'expérience. Pour cette petite structure rurale, la mise en place de la politique de formation, et l'élaboration et de suivi du dossier patient représentent une formalisation des procédures indispensables à son accréditation future par l'HAS.

Ces données montrent que le groupe n'opte pas pour une politique globale de GRH, mais plutôt pour une gestion locale, et contextualisée.

Le tableau suivant montre la perception des changements occasionnés par le rachat, pour les médecins :

**Tab 3 : perception des changements occasionnés par le rachat - personnel médical**

| Clinique                               | B                                                                                                                                                                                                                 | C                                                                                                                                                                                          | D                                                                                                                                             | E                                                                                                     | F                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Politique d'emploi                     | Les chirurgiens sont tous restés après le rachat, principalement par manque d'alternative dans l'offre locale. Le groupe a recruté de nouveaux chirurgiens afin d'élargir le champ de spécialités de la clinique. | Le rachat a provoqué un départ massif de chirurgiens vers les structures à but lucratif. De nouveaux chirurgiens ont été recrutés mais ils pratiquent des dépassements en pré-opératoires. | Le statut mutualiste n'a pas eu d'impact sur les chirurgiens, dont la spécialité (réparation de la main) leur assure une clientèle nombreuse. | Le rachat a provoqué le départ de certains chirurgiens qui ont été remplacés sans trop de difficulté. | De part son isolement géographique, l'établissement peine à retenir durablement ses chirurgiens. Le groupe a finalement recruté deux chirurgiens d'Europe de l'Est. |
| Politique de rémunération              | Le statut de libéral reste, mais les praticiens n'ont plus le droit de faire des dépassements d'honoraire dans le cadre de leur exercice au sein de l'établissement.                                              |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |
| Politique de formation                 | Pas de politique de formation concernant les médecins.                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |
| Modification des conditions de travail | Amélioration car réfection de tous les blocs opératoires aux normes actuelles.                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                               |                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |

La politique RH du groupe concernant les médecins est également changeante selon les contextes. Ainsi, recruter de nouveaux praticiens constitue une priorité pour les établissements C et D. Ces difficultés de recrutement étant dues à deux facteurs différents (une concurrence développée des structures de santé d'une part et un fort isolement géographique d'autre part), les réponses apportées diffèrent. Pour C, l'attraction et la fidélisation des médecins passera par l'instauration de dépassements d'honoraires encadrés frôlant la violation de l'éthique mutualiste, tandis que pour F, le recrutement sera ciblé sur des médecins qui ne seront pas rebutés par le contexte rural de l'emploi proposé, fussent-ils étrangers.

L'amélioration des conditions de travail constatée par les chirurgiens, et par l'ensemble du personnel de bloc, est moins due à la nécessité de fidéliser le corps médical, qu'à l'exigence de l'HAS en termes d'hygiène et d'équipement, sous peine de non renouvellement de l'accréditation de l'établissement. Elle ne constitue pas une pratique RH spécifique.

### **3.2.2. La perception des politiques de GRH de chaque établissement :**

Le tableau suivant montre l'ensemble des représentations du personnel (salariés et médecins) concernant le mutualisme :

**Tab 4 : Représentation du mutualisme dans sa dimension GRH**

| Clinique                             | B                                                                                                                                    | C                                                                                                                                                     | D                                                                                                             | E                                                                                                                                                                | F                                                                                                             |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La politique d'emploi mutualiste     | Le groupe insufflé une nouvelle dynamique en cherchant à recruter de nouveaux médecins.                                              | La direction ne recrute pas assez de médecins. Le personnel soignant plus nombreux qu'en privé à but lucratif relève du mutualisme.                   | Elle ne présente pas de particularités pour le personnel.                                                     | Le rachat n'a donné lieu à aucune embauche, donc, le mutualisme n'a pas de politique d'emploi particulière.                                                      | La direction peine à recruter des médecins. Le mutualisme donne l'image d'un groupe riche mais peu dynamique. |
| La Politique de rémunération         | Le personnel se sent exclu du groupe (pas de FEHAP). Le groupe est doté d'une logique financière.                                    | Le non dépassement d'honoraire n'attire plus les médecins. La convention collective est spécifique au mutualisme.                                     | Bien que davantage rémunéré, le personnel se sent exclu (traitement inégalitaire vis-à-vis de la clinique C). | La direction a réduit les salaires et augmenté les investissements. Cette logique apparaît comme capitaliste.                                                    | La richesse du groupe contraste avec la stagnation des salaires. Le personnel se sent lésé.                   |
| La Politique de formation            | Le groupe est dynamique.                                                                                                             | Pas de spécificité mutualiste                                                                                                                         |                                                                                                               |                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |
| La gestion des conditions de travail | La hiérarchie se fait pesante. Pour le personnel de bloc, le groupe est perçu comme dynamique (échange de pratiques entre cliniques) | Le déplacement prochain dans la nouvelle structure risque de faire perdre au mutualisme sa dimension familiale et au personnel sa qualité de travail. | La gestion de la clinique se centralise et s'alourdit.                                                        | L'amélioration (nouveau bloc opératoire) et la dégradation simultanées des conditions de travail (bâtiment impersonnel), et donne une image floue du mutualisme. | Les nouveaux locaux sont critiqués. Car trop impersonnels..                                                   |

Les représentations qu'ont l'ensemble du personnel du mutualisme dépendent fortement du contexte local, et des changements qu'ont apportés les nouvelles directions. A titre d'exemple, les rachats n'ayant donné lieu à aucune embauche supplémentaire de personnel soignant, cette situation est interprétée par le personnel de la clinique C comme une spécificité mutualiste (personnel soignant plus nombreux pour mieux accompagner le patient), tandis qu'elle témoigne simplement d'une logique financière pour le personnel des autres cliniques. Le passé mutualiste des structures jouent donc un rôle dans l'interprétation de ce qui relève ou pas du mutualisme.

Le tableau suivant présente les représentations générales du mutualisme en fonction des changements perçus à l'issue du rachat.

**Tab 5 : Représentation générale du mutualisme**

| Clinique      | B                                                                                                                                                                                                                                          | C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | D                                                                                                                                                                                                                             | E                                                                                                                                                                                                                                                                                                | F                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le mutualisme | Nonobstant le non dépassement d'honoraire, la clinique ne comporte aucune spécificité dans son mode de gestion. Le rachat est une simple opération financière pour le groupe mutualiste, qui apparaît comme un groupe riche, et dynamique. | La structure ayant toujours été mutualiste, sa dimension éthique (non dépassement d'honoraire et écoute du patient) est reconnue par le personnel, et a une influence sur sa GRH (politique d'emploi). Cependant, le contexte externe (consumérisme du patient, rareté des praticiens) conduit à remettre en cause le non dépassement. | Les pratiques professionnelles n'ayant pas changé, le mutualisme ne constitue qu'un mode de gouvernance particulier n'ayant aucune incidence sur le fonctionnement de la clinique. Il est perçu comme un groupe capitaliste.. | La permanence des pratiques professionnelles empêche la formation d'une représentation partagée du mutualisme. Le non dépassement d'honoraire n'est que marginalement évoqué par le personnel comme constitutif du mutualisme. Seule apparaît l'image d'un groupe doté d'une logique financière. | Le mutualisme ne semble avoir aucune spécificité en termes de GRH. Le groupe apparaît comme riche, mais peu disposé à en faire profiter le personnel de la clinique (investissement uniquement dans la structure). |

Globalement, les établissements n'ayant jamais été mutualistes ne perçoivent aucune spécificité, tant dans la gestion quotidienne des cliniques que dans le positionnement stratégique du groupe (stratégie de développement par croissance externe comme n'importe quel autre investisseur du secteur de l'offre de santé). Seuls les patients et les chirurgiens, du fait de l'interdiction des dépassements d'honoraires, peuvent percevoir un changement. Mais le statut mutualiste d'un établissement n'a aucune incidence sur la gestion de ses ressources humaines.

### **Conclusion :**

Au travers de l'étude du processus de rachat de cliniques majoritairement à but lucratif par un groupe mutualiste, nous avons cherché à établir dans quelle mesure était-il possible de mettre en évidence une spécificité mutualiste de la gestion des ressources humaines. Les représentations du personnel à ce propos sont très contrastées, et dépendent pour une grande partie du contexte local de rachat. Cependant, il émerge une tendance générale pour les structures n'ayant jamais été mutualistes : si le personnel reconnaît certaines spécificités à ce type d'établissement concernant le traitement des patients (non dépassement d'honoraire), en aucun cas ces dernières n'ont de répercussions sur la gestion des ressources humaines.

Il conviendrait donc de s'interroger sur les objectifs que se donne le groupe mutualiste concernant sa politique d'implication du personnel, et sur le rôle qu'il entend donner à l'éthique mutualiste dans cette dimension.

## Référence :

BATIFOULIER P., DOMIN J. P. ET GADREAU M. (2008), « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue française de socio-économie*, 2008/1, N°1, p. 27-46

BATIFOULIER P., VENTELOU B. (2004), Dépenses de santé et paradoxe de politique économique, 1<sup>er</sup> congrès de l'AFS

BAUMOL W. J. (1982). "Contestable Markets: An Uprising in the Theory of Industry Structure," *American Economic Review*, American Economic Association, vol. 72(1), pages 1-15, March

BUDET J-M., BLONDEL F. (1998), *La réforme de l'hospitalisation publique et privée*, Berger-Levrault, Paris

CEGES (Conseil des Entreprises, Employeurs et Groupements de l'Economie Sociale) (1995), *Charte de l'économie sociale : déclaration du Comité National de Liaison des Activités Mutualistes, Coopératives et Associatives (CNLAMCA)*

CLAVERANNE J.-P. ET PIOVESAN D. (2003), « La clinique privée, un objet de gestion non identifié », *Revue française de gestion*, n°146, p. 143-153

CNAMTS (2003) « Les dépassements d'honoraires médicaux entre 2000 et 2002 », *Point de conjoncture*, n° 11, p. 18-26

DETILLEUX J.C. (2007), Coopératives, mutuelles et associations : nos spécificités et nos valeurs, in *Rapport moral sur l'argent le monde 2007 : les entreprises de l'économie sociale en questions / les enjeux éthiques*, Association d'Economie Financière, Paris, pp. 41-49

DI SALVO R. (2002), La gouvernance des systèmes bancaires mutualistes et coopératifs en Europe, *Revue d'économie financière*, n°67

DREYFUS M. (2006), *Une Histoire d'être ensemble. La MGEN, 1946-2006*, Paris, Éditions Jacob-Duvernet

HALGAND N. (2003), « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, 6 - n° 147, pages 219 à 231

LENOIR D. (2007), « Assurance-maladie, Un dilemme difficile », *Sociétés*, n° 4065, Mai

MINTZBERG H. (1994), *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, édition Dunod, 455 pages

MINTZBERG H. (1986), *Le pouvoir dans les organisations*, Paris, Editions d'Organisation.

MORVAN Y. (1991), *Fondements d'économie industrielle*, Economica, Coll. « Gestion », Paris, p. 74-75

NEKHILI M. ACHOUR S. (2004), Mode de gouvernement et performance des banques coopératives : Une analyse théorique, *Revue Sciences de Gestion*, n°43, p101-120

PELLET K. (2000), *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial : un état de l'art entre contingences environnementales et contingences médicales*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université de Lyon 3. Faculté de droit. Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations de la Santé et leurs Réseaux. (I.F.R.O.S.S.). Lyon. FRA, 337 p.

PITCHO B. (2004), *Le statut juridique du patient, les études hospitalières éditions*, Bordeaux



SERRE M., (1999), « La santé en comptes. La mise en forme statistique de la santé », Politix, n° 46, p. 49-70.

TOUCAS-TRUYEN P. (2001), L'identité mutualiste, édition ENSP.

VINCENT H.ET DELAFOSSE M. (2007) Mutualité et ancrage territorial : évolutions et enjeux, Colloque international, Economie sociale et solidaire, territoire et politique : regards croisés, SPIRIT-Sciences Po Bordeaux, 29-30 novembre