

Hôpital public et développement durable en santé: les apports de la responsabilité sociale des organisations

Public hospitals and sustainable development in healthcare: the contributions of corporate social responsibility

Ikram IMAD

Doctorante en Sciences de Gestion

Université Sultan Moulay Slimane

Béni Mellal, Maroc

Imane EL YAMLAHI

Enseignante chercheuse

Université Sultan Moulay Slimane

Faculté Polydisciplinaire de Khouribga

Date de soumission : 22/08/2025

Date d'acceptation : 05/10/2025

Pour citer cet article :

IMAD I. & EL YAMLAHI I., (2025) « Hôpital public et développement durable en santé : les apports de la responsabilité sociale des organisations », Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Volume 9 : numéro 3 » pp : 375- 390.

Résumé

Dans une perspective de développement durable, les modalités de gestion au sein des hôpitaux publics ne peuvent plus être dissociées des exigences liées à la responsabilité sociétale. En tant qu'institutions centrales du système de santé et acteurs au service de l'intérêt général, les hôpitaux sont désormais contraints d'intégrer de manière transversale les dimensions sociales, environnementales et éthiques dans l'ensemble de leurs missions. Cet article propose une analyse de la Responsabilité Sociétale des Hôpitaux (RSH) à travers le prisme de la théorie des parties prenantes, en s'appuyant sur les principales approches conceptuelles disponibles dans la littérature. L'objectif est de contribuer à la construction d'un cadre théorique susceptible d'éclairer les pratiques de gouvernance hospitalière face aux défis contemporains en matière de durabilité.

Mots clés :

Hôpital public ; Responsabilité Sociale ; Développement durable ; Théorie des parties prenantes ; NPM.

Abstract

From a sustainable development perspective, management practices within public hospitals can no longer be separated from social responsibility requirements. As central institutions within the healthcare system and actors serving the public interest, hospitals are now required to integrate social, environmental and ethical considerations across all of their activities. This article offers an analysis of Hospital Social Responsibility (HSR) through the lens of stakeholder theory, drawing on the main conceptual approaches available in the literature. The aim is to contribute to the construction of a theoretical framework that can shed light on hospital governance practices in the face of contemporary sustainability challenges.

Keywords:

Public hospital; Social responsibility; Sustainable development; Stakeholder theory; NPM.

Introduction

Le contexte actuel se caractérise par de profondes mutations touchant les sphères économiques, sociales et environnementales. Ces transformations systémiques ont profondément modifié les modes de gestion des organisations, tant publiques que privées, imposant de nouveaux paradigmes en matière de gouvernance et de suivi organisationnel. Dans ce cadre, les organisations se voient dans l'obligation d'adopter les principes du développement durable pour répondre aux défis actuels d'ordre social, économique et environnemental. Les établissements hospitaliers publics, en tant qu'organisations à vocation sociale et acteurs majeurs du système de santé, sont directement concernés par ces enjeux. Face à la complexification de leur environnement et à l'évolution des attentes sociétales, ces structures sont appelées à adopter une démarche de responsabilité sociale intégrée. Celle-ci se traduit par la prise en compte explicite « *des dimensions sociales, environnementales et économiques* » (Jacquet et al., 2009) dans leurs stratégies de fonctionnement, dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins tout en répondant aux exigences de leurs parties prenantes. Dans cette optique, la responsabilité sociale des organisations (RSO) dans le secteur de la santé ne constitue plus uniquement une contrainte réglementaire ou éthique ; elle représente également une opportunité stratégique pour renforcer la légitimité, la performance globale et la pérennité des établissements de santé. La RSO permet l'intégration cohérente de principes durables dans les processus décisionnels et opérationnels, favorisant ainsi une meilleure adéquation entre les ressources mobilisées et les besoins des bénéficiaires. De nombreux travaux de recherche ont souligné que la performance organisationnelle ne peut être appréhendée uniquement sous l'angle économique. Elle doit également intégrer la capacité de l'organisation à répondre de manière proactive et cohérente aux attentes de ses parties prenantes (Clarkson, 1995).

Les travaux relatifs au management dans le secteur privé montrent que de nombreuses entreprises ont amorcé une transformation profonde pour intégrer les principes du Développement Durable (DD) et de la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE). En revanche, la littérature consacrée à la gouvernance des hôpitaux publics reste plus restreinte et soulève des interrogations quant au degré d'engagement réel de ces établissements dans l'adoption des pratiques liées à la Responsabilité Sociétale des Organisations Hospitalières (RSOH). L'analyse de cette responsabilité prend d'autant plus de sens qu'elle (1) ancre les hôpitaux dans les dynamiques actuelles du DD et de la RSE, (2) s'appuiera sur « *les réformes inspirées par le New Public Management* » (Lander, 2018), lesquelles ont profondément

modifié les modes de gestion dans le secteur public, notamment hospitalier (Hood, 1995). Bien que le concept de responsabilité sociétale reste encore peu développé dans le secteur hospitalier, les études existantes tendent à l'associer aux fondements théoriques de la RSE, en particulier à travers la théorie des parties prenantes (Freeman, 1984), qui postule que les organisations doivent répondre aux attentes variées des acteurs internes et externes (Taoufik, 2014). Dans ce contexte, la responsabilité sociale hospitalière requiert l'intégration de valeurs éthiques, sociales et environnementales dans les missions fondamentales de l'hôpital — soins, enseignement, recherche et gestion — afin de satisfaire les attentes spécifiques des parties prenantes: patients, professionnels de santé, autorités publiques, partenaires locaux, etc. Cette exigence de performance plurielle, dans un cadre institutionnel contraignant, positionne la responsabilité sociétale des organisations hospitalières comme un levier stratégique d'adaptation, en adéquation avec les logiques managériales issues du NPM (Chappoz et Pupion, 2012).

Notre article est structuré comme suit : la première section traite de l'hôpital public en tant qu'organisation complexe. La deuxième section aborde les fondements de la RSE. La troisième section mobilise la théorie des parties prenantes. Enfin, la quatrième section s'intéresse au processus de conceptualisation de la responsabilité sociétale des organisations hospitalières.

1. L'hôpital public vu comme une organisation complexe

L'étymologie du mot hôpital vient de la hospitalis (domus) qui signifie pour Roscioni (2011) comme la maison ou l'on reçoit les pauvres. La question de l'hôpital public est un sujet fréquent en science de gestion et en sociologie (Havard, 2015). Il est considéré comme une organisation qui partage les mêmes caractéristiques fondamentales que les autres organisation (Mintzberg, 1982) « *qui a connu de nombreux changements au cours de dernières années affectant son système et son mode de gestion et sa configuration organisationnelle* » (Havard et Naschbergur, 2015). En tant qu'organisation, l'hôpital se caractérise par deux acteurs clés : « la direction de l'établissement » et « le corps médical » (Freidson, 1984; Young & Saltman, 1985, Harris, 1977). Les auteurs s'accordent au moins sur le caractère complexe de cette organisation particulière.

Nobre (2006) considère l'hôpital public comme une organisation complexe qui se caractérise par trois éléments essentiels. Premièrement, il se caractérise par une diversité d'activité du fait que l'organisation hospitalière dispose d'activités différentes tels que service clinique, médico-

clinique et d'autre, ce qui rend des services cloisonnés. Cette diversité s'étend également aux différentes métiers et compétences présentes au sein de l'établissement. Deuxièmement, les hôpitaux publics se particularise par une coexistence entre les différents corps professionnels en interne de la structure. Dans ce sens, Mintzberg a modélisé ces problèmes deux fois : la première approche en 1982 où Mintzberg a comparé l'hôpital à la structure professionnelle. Puis la deuxième approche montre quatre mondes de l'hôpital public mettant en évidence les différences en ce qui concerne les objectifs et les catégories professionnelles. Cette différenciation engendra des difficultés en matière des pratiques managériales au sein du monde hospitalier. Enfin, l'hôpital public comme tout type d'organisation doit s'adapter avec les différentes perturbations qui ont un impact négatif sur son fonctionnement, en mettant en place des nouvelles réformes et mode de gestion afin de dépasser les changements inédits (Fikri & Rhalma, 2024).

La complexité des hôpitaux publics engendre quatre facteurs essentiels (Rakotondranaivo, 2006). Tout d'abord, une diversité en terme de mission où l'hôpital public a pour mission principal est la prise en charge des patients ce qui implique une multitude de processus médicaux, de soins et de soutien. Ces processus se déclinent en diverses activités, chacune possédant ses propres particularités. De plus, les hôpitaux publics peuvent avoir des responsabilités supplémentaires, telles que la recherche & développement et la formation du personnel. Ces différentes missions impliquent une multitude de « processus » interconnectés. De plus, une complexité en termes de des métiers. Les établissements de santé comptent une variété de professions, allant de la restauration à la maintenance des équipements, en passant par l'informatique, etc. De plus, il existe différentes compétences dans le domaine de la santé, chacune ayant ses propres compétences distinctes, modes de fonctionnement, cultures et intérêts, parfois divergents. La coexistence et la gestion de ces professions deviennent particulièrement complexes, car elles collaborent toutes pour servir les patients au sein d'une chaîne de soins où chacune dépend des actions des autres, en amont et en aval.

Troisièmement, les structures de santé doivent s'adapter rapidement aux différents changements, notamment ceux d'ordre politique, économique, démographique, mais aussi juridique, social, et de plus en plus environnemental et écologique. Afin de faire face aux changements, les hôpitaux publics doivent mettre en place des stratégies et des mesures pour répondre à ces défis tout en maintenant des normes de qualité élevées. Enfin, l'hôpital public se caractérise par une complexité en matière de prises de décision. Les organisations hospitalières

sont parfois considérées comme des « anarchies organisées » en raison du manque de ligne hiérarchique distincte et claire entre le sommet et le centre opérationnel (Stefanini, 1997).

Également, les hôpitaux publics sont complexes en raison de plusieurs processus y se déroule au sein de ces organisations notamment les processus cliniques (le patient est admis, placé, transféré, etc.), administratifs (commande de médicaments, planification du bloc opératoire, etc.) et hôteliers (cuisine, chauffage, nettoyage, maintenance, etc.) (De kervasdoué, 2021). Pour sa part, Moisdon, (2000) a montré que l'hôpital public intrinsèquement complexe à la fois en termes de système de production et de système de relations. Sur le plan de production, l'hôpital public se caractérise par une complexité liée à la nature de ses activités et de ses processus de production. En ce qui concerne les relations, l'hôpital public se caractérise par une complexité inhérente à son système de relations, marquée par la coexistence de divers modes d'organisation et de mentalités au sein d'une même entité (Glouberman & Mintzberg, 2002).

Dans ce contexte de complexité croissante, accentué par les nombreux changements économiques, sociaux, environnementaux et technologiques, il devient essentiel pour les hôpitaux publics « *d'intégrer les principes de la responsabilité sociale dans l'ensemble de leurs activités* » (Yassine, 2019). En adoptant une approche socialement responsable, l'hôpital public peut mieux répondre aux attentes des citoyens, améliorer la qualité des soins, renforcer la confiance des usagers et du personnel, tout en assurant une gestion plus éthique, durable et transparente. Cela implique de prendre en considération non seulement la performance hospitalière, mais aussi l'effet généré par ses actions sur la société et l'environnement (Yassine, 2019), favorisant ainsi une vision plus globale et inclusive du service public de santé (Taoufiki, 2014).

2. La responsabilité sociale des entreprises

La notion de responsabilité sociale ne constitue pas une émergence récente (Bouzaine, 2022). Elle a fait l'objet de multiples conceptualisations au fil du temps, ce qui explique la diversité des définitions présentes dans la revue de la littérature. Une définition formulée par la Commission européenne en 2001, dans le cadre du Livre Vert 2001 figure parmi les plus influentes dans les travaux académiques consacrés à la responsabilité sociale des entreprises. Ce document s'inscrit dans une initiative visant à instaurer un cadre commun à l'échelle européenne en matière de RSE. La responsabilité sociale y est présentée comme « *l'intégration volontaire [de l'entreprise] des préoccupations sociale et écologiques des entreprises à leurs*

activités commerciales et leurs relations avec leurs parties prenantes. Être socialement responsable signifie non seulement satisfaire pleinement aux obligations juridiques applicables, mais aussi aller au-delà et investir "davantage" dans le capital humain, l'environnement et les relations avec les parties prenantes » (Commission des Communautés Européennes, 2001, p. 7). L'une des premières contributions théoriques majeures à ce champ d'étude est celle de Bowen (1953), considéré comme le précurseur de la responsabilité sociale. Il définit celle-ci comme « *une obligation, pour les hommes d'affaires, de mettre en œuvre les politiques, de prendre les décisions et de suivre les lignes de conduite qui répondent aux objectifs et aux valeurs considérées comme désirables par notre société* ». Jones (1980) propose une redéfinition du concept de responsabilité sociale des organisations (RSO), qu'il envisage comme « *une notion selon laquelle les entreprises ont une obligation envers les acteurs sociétaux autres que les actionnaires et au-delà des prescriptions légales ou contractuelles* ».

À la lumière de ces définitions, il est possible d'identifier les principales composantes de la responsabilité sociale des organisations. Celles-ci incluent « *une dimension sociale* », « *une dimension environnementale* », « *une dimension éthique* », un engagement volontaire, ainsi qu'une prise en compte active des attentes des parties prenantes. Ainsi, la RSO s'inscrit dans une logique intégrative, orientée vers une gouvernance responsable et durable, en phase avec les enjeux contemporains de développement durable et de justice sociale. Cette approche permet à l'organisation de construire une relation de confiance avec ses parties prenantes (*Stakholder*), en répondant de manière proactive à leurs besoins, attentes et préoccupations, et en renforçant ainsi sa légitimité et sa pérennité dans son environnement socio-économique.

Dans cette perspective, la notion de *Stakholder* constitue un élément central pour appréhender et structurer les démarches de responsabilité sociétale des entreprises. Elle constitue un cadre d'analyse incontournable pour évaluer les interactions entre l'organisation et son environnement. L'émergence de cette approche trouve ses fondements dans la littérature managériale, notamment à partir des travaux initiaux du Stanford Research Institute en 1963, qui ont introduit pour la première fois le terme stakeholder (Yassine, 2019). Par la suite, ce concept a été théoriquement structuré par Freeman (1984), qui le définit comme « *tout individu ou groupe d'individus qui peut affecter ou être affecté par la réalisation des objectifs organisationnels* ». Clarkson (1995) approfondit cette vision en affirmant que les parties prenantes sont « *des groupes de personnes qui supportent un risque volontaire ou involontaire* ». Selon cette approche, la finalité des organisations dépasse la simple maximisation du profit

économique pour inclure la prise en compte équitable des attentes et des intérêts des différentes parties prenantes. Ainsi, Il est pertinent de distinguer deux principales catégories de parties prenantes. D'une part, **Les parties prenantes internes** à savoir : les salariés, les dirigeants ou encore les actionnaires dont les attentes s'articulent principalement autour de la rémunération, de la sécurité de l'emploi, de la reconnaissance professionnelle ou de la rentabilité financière (Post et *al.*, 2002). D'autre part, **Les parties prenantes externes** comme les fournisseurs, les pouvoirs publics, les organisations non gouvernementales les clients ou la communauté locale qui expriment des exigences davantage orientées vers la qualité des services, la conformité aux réglementations, l'éthique des pratiques ou encore la responsabilité environnementale (Post et *al.*, 2002). En effet, toute organisation, qu'elle soit publique ou privée, est nécessairement insérée dans un réseau de parties prenantes, dont la prise en compte constitue un levier stratégique essentiel pour assurer sa légitimité, sa performance et sa durabilité.

3. L'identification des Parties Prenantes

La notion des parties prenantes est émergée dans le dictionnaire Oxford « *avec comme sens premier la notion de « pari » mais également « intérêt »* » (Mercier, 2010). Dans les années 60, cette notion apparaît dans le rapport du Stanford Research Institute (Mercier, 2010) et en 1984, le concept de PP suscite de plus en plus un intérêt scientifique par Freeman à travers une publication d'un ouvrage « *Strategic management : A Stakeholder Approach* ». Il a identifié deux visions différentes : la vision managériale centrée sur les dirigeants et les profits des actionnaires et la vision partenariale qui intègre l'environnement. C'est-à-dire que l'entreprise a des intérêts communs. La nécessité de partenariat repose sur la mesure des conséquences des décisions sur l'environnement.

Pour Freeman (1984), « *les parties prenantes sont considéré comme tout groupe ou individu qui peut influencer ou être influencés par la réalisation des objectifs de l'organisation* ». Clarkson (1995) enrichit cette approche de Freeman en classifiant les parties prenantes en primaire dont l'implication est essentielle à la survie de l'entreprise et secondaire dont la relation est moins cruciale. Pour certains auteurs (Mitchell et *al.*, 1997) ont proposé trois attributs essentiels permettant de caractériser les parties prenantes : « **le pouvoir** », « **la légitimité** » et « **le niveau d'urgence** ». Le pouvoir « *désigne la capacité d'un acteur de se rendre capable de faire agir à un autre acteur suivant une orientation souhaitée* » (Plane, 2007). Dans le milieu des hôpitaux publics, le directeur de l'hôpital a un poids dans la prise de décision, ses pouvoirs se retrouvant renforcé par cette gouvernance, comme la montré

Mintzberg (1989) « *plus le contrôle externe qui s'exerce sur l'organisation est puissant, plus la structure de l'organisation est centralisée et formalisée* ». Selon Etzioni (1998), le pouvoir peut être appréhendé à travers trois dimensions fondamentales : « **le pouvoir coercitif** », fondé sur la contrainte et la menace ; « **le pouvoir utilitaire** », reposant sur les ressources matérielles et les compétences ; et « **le pouvoir normatif** », associé à l'influence idéologique ou au charisme.

Pour Suchman (1995), la légitimité « *est une perception générale que les actions d'une entité sont désirables, convenable ou approprié dans un ensemble socialement construit de normes, valeurs croyances et définitions* ». Mitchell et al. (1997) remettent en cause l'idée d'une relation de causalité automatique entre les attributs de pouvoir et de légitimité dans l'analyse des parties prenantes. En effet, « *les PP légitimes ne sont pas nécessairement puissantes et les PP puissantes ne sont pas forcément légitimes* » (Yassine, 2019). L'urgence est définie comme « *le degré auquel les PP requiert une attention immédiate* » (Mitchell et al., 1997). L'analyse croisée des trois attributs — pouvoir, légitimité et urgence — permet d'appréhender le niveau d'influence qu'exercent les parties prenantes sur l'organisation. À partir de la revue de la littérature, il est possible de distinguer sept types de parties prenantes, classées selon la combinaison d'un, deux ou des trois attributs qu'elles détiennent : « *discrétionnaires, dépendantes, dominantes, dormantes, urgentes, prégnantes et dangereuses* » (El Abboubi & Cornet, 2010).

L'approche fondée sur la gestion des parties prenantes constitue un outil d'analyse approprié pour comprendre les dimensions sociales de la responsabilité au sein des établissements de santé. Cette perspective permet aux organisations hospitalières d'identifier et d'interpréter de manière précise les caractéristiques et attentes des différentes parties prenantes (Jongbloed et al., 2008), ce qui oriente plus efficacement leurs stratégies managériales. Par ailleurs, elle offre une explication quant à la variation du degré d'attention accordée à chaque groupe de parties prenantes.

4. La responsabilité sociale des organisations de santé

La littérature scientifique aborde encore de manière limitée la question de la responsabilité sociale au sein des hôpitaux publics. Les travaux existants se sont principalement concentrés sur les contributions relatives au thème du « développement durable » dans le secteur hospitalier. Le manque d'un accord clair sur la définition de la responsabilité sociale des hôpitaux soulève des questionnements dans la littérature existante concernant la manière dont ce concept est conceptualisé et entraîne un intérêt croissant pour son étude ontologique.

La notion de responsabilité sociale dans les organisations de santé a donné lieu à diverses définitions proposées au fil des recherches. Cette notion, initialement développée dans le secteur privé, a progressivement été transposée aux structures publiques, notamment les hôpitaux, en raison de leur rôle central dans la satisfaction des besoins fondamentaux de la population. La responsabilité sociale, dans ce contexte, renvoie à l'ensemble des engagements pris par l'hôpital public pour répondre de manière éthique, transparente et durable aux attentes de ses parties prenantes- patients, personnel, autorités sanitaires, communauté locale - tout en assurant l'accessibilité, la qualité et l'équité des soins. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) insiste sur l'alignement des activités de soin, d'enseignement et de recherche avec les priorités sanitaires de la population. De leur côté, plusieurs chercheurs (El Fathi & Benabdelhadi, 2020) intègrent à cette notion des dimensions managériales et sociétales, faisant de la responsabilité sociale un cadre d'analyse pertinent pour évaluer la performance globale des établissements de santé. Cette pluralité de définitions témoigne de la complexité du concept, mais aussi de sa pertinence dans le pilotage stratégique des hôpitaux publics face aux mutations sociales, économiques et environnementales.

Dans ce sens, la durabilité des organisations hospitalières repose sur trois piliers du développement durable (DD) qui peuvent être identifiés de la manière suivante :

- **Dimension environnementale** : selon certains auteurs (Sahamir SR et Zakaria R, 2014 ; Stevanovic et *al.*, 2017), la durabilité des hôpitaux dépend de plusieurs éléments tels que l'infrastructure hospitalière, les modèles d'utilisation de l'énergie, le transport, la gestion des déchets, ainsi que des installations respectueuses de l'environnement. Pour certains auteurs (Keyvanara & Sajadi, 2015 ; Rohini & Mahadevappa, 2010)) ont souligné que les techniques de durabilité écologique ont aidé les hôpitaux à améliorer leurs performances sociales, économiques et environnementales.
- **Dimension économique** : ce volet se caractérise par une concentration sur l'utilisation efficiente des ressources et la rentabilité. Le secteur de la santé, en tant que secteur économique majeur, contribue positivement à la croissance économique des pays. La littérature suggère que cette croissance renforce les relations B2B, améliore la compétitivité organisationnelle et a un impact indirect sur la productivité de la main-d'œuvre et le coût du travail (Mitev, 2019).
- **Dimension sociale** : ici, les hôpitaux publics visent à satisfaire les besoins des parties prenantes internes et externes tout en atteignant une équité dans la fourniture des

services de soins. Les organisations de santé reposent ainsi sur le dialogue, élément crucial pour répondre adéquatement aux attentes diverses des parties prenantes.

Par ailleurs, les organisations socialement responsables devraient viser une performance équilibrée dans ces trois dimensions du développement durable, intégrant des stratégies qui présentent plusieurs avantages : amélioration et renforcement de la réputation et de l'image de marque, développement de la compétitivité, engagement et motivation du personnel, fourniture de prestations médicales de haute qualité, satisfaction des attentes des parties prenantes, recours à des techniques respectueuses de l'environnement, amélioration des conditions de travail, etc.

Selon Schermerhorn, J.R. (2016) et Kurniawan (2017), la responsabilité sociale des hôpitaux englobe deux axes essentiels : « *l'engagement des entités conformément à la loi applicable* » et « *l'action volontaire* ». Ces deux axes se déclinent en quatre niveaux : « *la rentabilité, la légitimité, l'éthique et la philanthropie* ». De plus, Brandoa et al., (2013) distinguent deux types de responsabilité sociale : la responsabilité sociale passive, où les hôpitaux atteignent leurs objectifs commerciaux et sociaux en respectant les lois et normes éthiques, et la responsabilité sociale active, où les hôpitaux entreprennent des actions bénéfiques au-delà des exigences légales.

Ainsi, la responsabilité sociale peut être considérée comme une stratégie intégrant les enjeux du développement durable afin de satisfaire les besoins des différentes parties prenantes, à travers la mise en œuvre de pratiques adaptées par les établissements hospitaliers. Elle constitue un levier essentiel pour accroître la valeur et la performance globale de l'hôpital public.

Conclusion

Dans une optique de développement durable, un nombre croissant d'hôpitaux manifeste un intérêt croissant pour les dimensions sociales de leur mission. Cependant, cet engagement demeure encore embryonnaire dans plusieurs contextes, particulièrement au sein des établissements hospitaliers publics. Cet article vise à explorer la notion de Responsabilité Sociétale appliquée aux organisations hospitalières, en s'appuyant sur la théorie des parties prenantes et l'analyse des différentes tentatives de conceptualisation. L'objectif principal est de proposer un cadre conceptuel solide pour guider la mise en œuvre de pratiques socialement responsables dans le secteur de la santé. Les études analysées mettent en lumière la nature souple et évolutive du concept, qui s'articule toutefois autour de thématiques clés telles que l'éthique, la qualité des soins, la durabilité environnementale, l'engagement citoyen et la bonne

gouvernance. Le domaine hospitalier s'étend progressivement en intégrant de nouvelles dimensions et acteurs, ce qui implique qu'une gouvernance efficace doit reposer sur un dialogue constant avec les parties prenantes, notamment internes (Côme et Rouet, 2017). L'éthique, omniprésente dans les recherches consultées, apparaît comme un élément fondamental lié à la mission première des hôpitaux. Ce travail ouvre ainsi la voie à de futures investigations portant sur l'application concrète de la responsabilité sociétale dans les établissements hospitaliers, ainsi que sur ses répercussions potentielles sur le bien-être du personnel et la qualité des soins dispensés aux patients.

Références bibliographiques

BOUZIANE, A. (2022). Évolution historique du concept de la responsabilité sociale des entreprises. *Revue Internationale Du Chercheur*, 3(1).

Bowen, H. R. (2013). *Social responsibilities of the businessman*. University of Iowa Press.

Brandão, C., Rego, G., Duarte, I., & Nunes, R. (2013). Social responsibility: a new paradigm of hospital governance?. *Health Care Analysis*, 21(4), 390-402.

Chappoz, Y., & Pupion, P. C. (2012). Le new public management. *Gestion et management public*, 12(2), 1-3.

Clarkson, M. E. (1995). A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. *Academy of management review*, 20(1), 92-117.

Côme, T., & Rouet, G. (2017). Statuts des personnels, gouvernance et justice organisationnelle: Le cas des universités françaises. *RIMHE: Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 286(4), 77-89.

de Kervasdoué, J. (2021). Hôpital public, hôpital à but non lucratif: quel est aujourd'hui le plus adapté? 1. *Les Tribunes de la santé*, (3), 39-48.

El Abboubi, M., & Cornet, A. (2010). Les enjeux de la mobilisation des parties prenantes dans un processus de certification sociale. Le cas d'un centre d'appels. *Revue internationale PME*, 23(3), 155-178.

EL fathi, H., Benabdelhadi, A. (2020). La responsabilité sociétale des organisations de santé: Un outil de management public réfléchi. *International Journal of Accounting Finance Auditing Management and Economics*, 1(2), 384-408.

Etzioni A. (1998), « A communication Note on Stakeholder Theory », *Business Ethics Quaterly*, vol. 8, issue 4, p. 679-691.

FIKRI, Y., & RHALMA, M. (2024). Le Nouveau Modèle de Développement (NMD) et la valorisation du capital humain: Cas du Maroc. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 7(2).

Freeman, R. (1984). *Strategic Management. A stakeholder approach*, New York.

Freeman, R. E. (2010). *Strategic management: A stakeholder approach*. Cambridge university press.

Freidson, E. (1984). La profession médicale.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease— Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 56-69.

Harris, J. E. (1977). The internal organization of hospitals: some economic implications. *The Bell Journal of Economics*, 467-482.

Havard, C. (2015). L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital: quelles articulations des logiques professionnelles?. @ *GRH*, (3), 91-125.

Havard, C., & Naschberger, C. (2015). L'influence du patient sur le travail des soignants et le dialogue social à l'hôpital. @ *GRH*, (4), 9-41.

Hood, C. (1995). Contemporary public management: a new global paradigm?. *Public policy and administration*, 10(2), 104-117.

JACQUET, P., PACHAURI, R. K., & TUBIANA, L. (2009). du Développement Durable.

Jones, T. M. (1980). Corporate social responsibility revisited, redefined. *California management review*, 22(3), 59-67.

Jongbloed, B., Enders, J., & Salerno, C. (2008). Higher education and its communities: Interconnections, interdependencies and a research agenda. *Higher education*, 56(3), 303-324.

Keyvanara, M., & Sajadi, H. S. (2015). Social responsibility of the hospitals in Isfahan city, Iran: Results from a cross-sectional survey. *International journal of health policy and management*, 4(8), 517.

Kurniawan, R. (2017). Effect of environmental performance on environmental disclosures of manufacturing, mining and plantation companies listed in Indonesia stock exchange. *Arthatama: Journal of Business Management and Accounting*, 1(1), 6-17.

Ladner, A. (2018). Chapitre I. Autonomie et austérité: réinvestir dans l'administration locale. *L'avenir des administrations locales en Europe*.

Mercier, S. (2010). Une analyse historique du concept de parties prenantes : Quelles leçons pour l'avenir ? *Management Avenir*, 33(3), 142-156.

Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations*. Simon and Schuster.

Mintzberg, H., & Romelaer, P. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Ed. d'organisation.

Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of management review*, 22(4), 853-886.

Mitev, D. (2019). CORPORATIVE SOCIAL RESPONSIBILITY AS A FACTOR TO IMPROVE WORK MOTIVATION IN HOSPITALS IN BULGARIA. *Trakia Journal of Sciences*, 17.

Moisdon, J. C. (2000). Quelle est la valeur de ton point ISA? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français. *Sociologie du travail*, 42(1), 31-49.

Nobre, T. (2006). Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche-action: le cas du changement à l'hôpital. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, 9(4), 143-168.

Plane, J. M. (2007). *Théorie des organisations*, Dunod, coll. « Les Topos », 2e édition, paris.

Post, J. E., Preston, L. E., & Sachs, S. (2002). Managing the extended enterprise: The new stakeholder view. *California management review*, 45(1), 6-28.

Rakotondranaivo, A. (2006). *Contribution de la modélisation à l'évaluation des performances des organisations de santé: application au réseau régional de cancérologie Oncolor* (Doctoral dissertation, Institut National Polytechnique de Lorraine).

Rohini, R., & Mahadevappa, B. (2010). Social responsibility of hospitals: an Indian context. *Social Responsibility Journal*.

Roscioni, L. (2011). Soin et/ou enfermement? Hôpitaux et folie sous l'Ancien Régime. *Genèses*, 82(1), 31-51.

Sahamir, S. R., & Zakaria, R. (2014). Green assessment criteria for public hospital building development in Malaysia. *Procedia Environmental Sciences*, 20, 106-115.

Schermerhorn, JR. (2016). *Management* (6th Asia-Pacific Ed). Melbourne: Wiley.

Stefanini, A. (1997). The hospital as an enterprise: management strategies. *Tropical Medicine & International Health*, 2(3), 278-283.

Stevanovic, M., Allacker, K., & Vermeulen, S. (2017). Hospital building sustainability: The experience in using qualitative tools and steps towards the life cycle approach. *Procedia environmental sciences*, 38, 445-451.

Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of management review*, 20(3), 571-610.

Taoukif, F. E. Z. (2014). *Analyse perceptuelle des déterminants de l'engagement sociétal des entreprises marocaines labellisées RSE: de la performance au développement durable-cas du maroc* (Doctoral dissertation, Université de Toulon; Université Moulay Ismaïl (Meknès, Maroc)).

Yassine, A. (2019). LA RESPONSABILITE SOCIALE DES UNIVERSITES (RSU): CONCEPT EN QUETE D'UN CADRE THEORIQUE. *Public & Nonprofit Management Review*, 4(2).

Young, D. W., & Saltman, R. B. (1985). The hospital power equilibrium: physician behavior and cost control.