

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

La place du middle manager dans le secteur du Care : entre relais stratégique et acteur de terrain

Auteure : Yucel Maytée

Promoteur : Bonny Gaëtan

Année académique 2024-2025

Master 60 en sciences du travail

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à mon promoteur, Monsieur Gaëtan Bonny, pour sa disponibilité, son écoute attentive et la qualité de ses conseils tout au long de ce travail. Son implication constante dans mon suivi a été précieuse et a largement contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également remercier chaleureusement ma famille pour son soutien indéfectible. Un merci tout particulier à mon mari, qui a su prendre le relais auprès de nos enfants lorsque j'étais accaparée par mes études, et à mes enfants, pour leur patience, leur compréhension et leur amour, même lorsque j'étais moins présente.

Merci enfin à toutes celles et ceux qui se sont intéressés à mon parcours, ont pris le temps de me relire, de m'encourager ou de me conseiller : votre implication et votre bienveillance m'ont profondément touchée.

À toutes et à tous, merci de tout cœur.

Table des matières

1	Introduction	1
2	Le middle manager, définition, rôle et évolutions.....	2
2.1	Définition et positionnement organisationnel	2
2.2	Evolution des rôles et compétences	3
2.2.1	Vers un référentiel de compétences élargi et hybride.....	5
2.3	Le middle manager, acteur charnière entre stratégie et opérationnel	6
3	Le secteur du Care, spécificités et mutations contemporaines.....	8
3.1	Missions, valeurs et identités du Care	8
3.2	Contraintes structurelles, sociétales et économiques	10
3.2.1	Contraintes structurelles.....	10
3.2.2	Contraintes sociétales.....	11
3.2.3	Contraintes économiques	12
3.3	Les nouveaux défis liés aux transformations sociétales.....	13
3.3.1	L'impact du New Public Management sur les structures de santé	14
3.3.2	La privatisation partielle de l'offre de soins.....	15
3.3.3	L'évolution des attentes sociales envers le système de santé	16
4	Les tensions et enjeux du middle manager dans le Care.....	17
4.1	La double contrainte : entre gouvernance et terrain	17
4.2	Stratégie de positionnement et construction d'une posture hybride.....	18
4.3	Conséquences sur le vécu professionnel : stress, usure, perte de sens.....	19
4.4	Impacts sur le management et le climat de travail	21
5	Diagnostic croisé : compétences attendues, marché du travail et formations des middle managers du Care en Belgique.....	22
5.1	Les Compétences clés des middle managers du Care : regards croisés littérature– marché du travail	22

5.2	Les contenus des cursus de formation en Belgique.....	23
5.3	Convergences et écarts des compétences du middle manager dans le secteur du Care : littérature, emploi et formation	23
6	Pistes d'action et leviers d'amélioration	26
6.1	Aligner les compétences développées avec les besoins du terrain et du marché	26
6.2	Adapter et professionnaliser l'accompagnement des middle managers.....	27
6.3	Promouvoir une organisation agile, éthique et participative	27
6.4	Outiller le middle manager pour anticiper et accompagner les mutations sociétales.....	28
7	Conclusion.....	29
8	Annexes	31
9	Bibliographie	32

1 Introduction

Le secteur du Care, qu'il s'agisse de la santé, du médico-social ou de l'accompagnement à la personne, occupe une place centrale dans nos sociétés contemporaines.

Afin de lever toute ambiguïté quant au cadre de ce travail, il convient de préciser ici que le terme « Care » sera privilégié dans ce mémoire pour désigner une conception globale du soin : il ne se limite pas aux seuls actes techniques, mais englobe également les dimensions relationnelles, éthiques et organisationnelles du soutien et de l'accompagnement à la personne. Ce choix terminologique vise à mettre en lumière l'ensemble du travail de sollicitude, au-delà de la stricte sphère médicale.

Le Care, porté par des valeurs d'engagement, de solidarité et de respect de la dignité humaine, se trouve aujourd'hui à la croisée de profondes mutations : vieillissement de la population, diversification des besoins, exigences accrues de qualité, mais aussi contraintes budgétaires et réformes organisationnelles inspirées du New Public Management (NPM) (Metzger, 2012). Ces transformations touchent tout particulièrement le secteur public, où la nécessité de concilier efficacité, équité et qualité du service rendu se fait chaque jour plus pressante.

Dans ce contexte mouvant, la question du management intermédiaire prend une dimension particulière (Olivaux et al., 2017). Longtemps cantonné à un rôle de simple relais entre la direction et les équipes de terrain, le middle manager du secteur public du Care voit aujourd'hui ses missions se complexifier. Il lui incombe non seulement de décliner la stratégie institutionnelle et de garantir la qualité des services, mais aussi de soutenir les professionnels du Care dans leur engagement quotidien, tout en composant avec des injonctions parfois contradictoires : performance versus humanité, rationalisation versus éthique du soin. Cette position d'interface, véritable « charnière » organisationnelle, expose le middle manager à des tensions spécifiques, mais lui confère également un rôle clé dans la réussite des transformations managériales et sociétales en cours (De Ridder et al., 2019).

C'est précisément sur cette figure du middle manager du Care dans le secteur public que ce mémoire se concentre. Dans quelle mesure parvient-il à concilier ces exigences multiples et à s'affirmer comme un acteur de changement et de cohésion ? Comment son positionnement évolue-t-il face aux bouleversements sociétaux et organisationnels actuels ? Quelles sont les marges de manœuvre et les leviers d'action dont il dispose pour préserver le sens et la qualité du Care dans un environnement de plus en plus contraignant ?

Ce mémoire propose d'explorer la place et le rôle du middle manager dans le secteur public du Care à l'aune des mutations contemporaines. Après avoir défini et contextualisé la fonction de manager intermédiaire, nous analyserons les spécificités et défis du secteur public

du Care. Un diagnostic croisé des compétences attendues, de l'état du marché du travail et de l'offre de formation destinée aux middle managers du Care en Belgique viendra éclairer les exigences nouvelles et/ou les éventuels écarts à combler. Enfin, nous examinerons les tensions vécues par ces acteurs et identifierons des pistes d'action pour renforcer leur rôle stratégique et humain au sein des organisations publiques.

2 Le middle manager, définition, rôle et évolutions

2.1 Définition et positionnement organisationnel

La figure du middle manager, ou manager intermédiaire, se situe historiquement à l'interface entre la direction stratégique et les équipes opérationnelles. Selon Fayol (1916), le manager exerce cinq fonctions fondamentales : planifier, organiser, diriger, coordonner et contrôler (Meier, 2017). Cette approche classique, fondatrice du management, a ensuite été élargie, notamment par Mintzberg (1973), qui met en évidence la diversité des rôles managériaux — interpersonnels, informationnels et décisionnels —, et par De Ridder et al. (2019), qui soulignent l'évolution des attentes et des compétences requises face à la complexité croissante des organisations.

Dans le secteur du Care, le management revêt une dimension particulière : il ne s'agit pas seulement de gérer des ressources ou d'atteindre des objectifs de performance, mais aussi d'accompagner des équipes engagées dans une relation de soin où l'attention à l'autre, l'écoute et la présence sont centrales (Ibos et al., 2019). Le Care, entendu comme une approche globale de la prise en charge, implique une forte dimension éthique et relationnelle, ce qui distingue ce secteur d'autres domaines plus productivistes. Cette spécificité amène le middle manager à articuler les exigences institutionnelles avec les réalités humaines du terrain, tout en préservant le sens et la qualité du travail.

Dans ce contexte, le middle manager joue un rôle charnière : il relaie les orientations stratégiques, les traduit en actions concrètes adaptées au contexte local et fait remonter les contraintes, besoins et initiatives des équipes vers la gouvernance¹ (Barrier, Pillon et Quéré, 2015). Cette position d'interface, à la fois verticale et transversale, confère au middle manager un rôle de médiateur entre la vision stratégique institutionnelle et la réalité opérationnelle quotidienne (Vuckovic, 2025).

En Belgique, la nomenclature IFIC (Institut de Classification de Fonctions) (Éventail de fonctions, s. d.) distingue notamment les catégories 14 et 15. La catégorie 14 regroupe les infirmiers chefs d'unité, les éducateurs coordinateurs ou encore les chefs d'équipe dans les

¹ La gouvernance, entendue ici comme le pôle décisionnel stratégique et organisationnel propre au secteur public, se distingue de son usage en contexte privé, où elle renvoie plutôt à la gestion actionnariale de l'entreprise.

domaines administratif, logistique ou technique. La catégorie 15 comprend les chefs de service, les coordinateurs de secteur (qualité, soins, logistique) et les adjoints au chef de service (Éventail de fonctions, s. d.). Toutefois, toutes les institutions publiques ne se réfèrent pas à cette classification ; certaines adoptent le Régime Général des Barèmes (RGB)² ou des nomenclatures internes spécifiques (Clain et al., 2021). Cette diversité reflète la pluralité des contextes institutionnels et la variété des intitulés : infirmier chef d'unité, coordinateur de soins, chef d'équipe ou responsable d'unité.

Leur mission dépasse la simple mise en œuvre de directives : ils assument la responsabilité de la qualité des soins, du soutien au bien-être des équipes — souvent confrontées à des situations émotionnelles exigeantes — et de la gestion des relations interprofessionnelles dans un environnement à haute technicité humaine (Ibos et al., 2019). Leur marge de manœuvre dépend de facteurs tels que la structure hiérarchique, le degré d'autonomie accordé par la direction générale, la taille et la composition des équipes, ainsi que la culture institutionnelle (Barrier et al., 2015 ; Bourdages-Sylvain, 2022).

En résumé, dans le secteur public du Care, le middle manager est un acteur central : garant de la qualité et de la continuité des soins, il intervient à la fois dans la gestion opérationnelle quotidienne, l'accompagnement du changement, et la médiation entre les différentes parties prenantes (Zaghmouri, 2020).

2.2 Evolution des rôles et compétences

L'évolution du rôle de middle manager dans le secteur du Care illustre une transformation continue et cumulative des compétences attendues. Longtemps centré sur l'expertise métier et la supervision opérationnelle (hard skills)³, ce référentiel s'est élargi à des dimensions relationnelles, managériales, émotionnelles et stratégiques. Les réformes organisationnelles, la diffusion des outils numériques, ainsi que la montée en puissance d'exigences liées à la performance et à l'innovation ont renforcé cette tendance (Diamant, 2025 ; Asana, 2025 ; De Ridder et al., 2019).

La crise sanitaire de 2020-2022 a agi comme un accélérateur sans précédent : elle a rendu indispensables des compétences telles que la gestion de crise, la résilience collective, la communication transparente et le soutien émotionnel aux équipes (Clain, 2021 ; Conseil national de l'Ordre des médecins, 2021 ; De Keyser et Hansez, 2020 ; Hansez, 2021). Ces nouvelles exigences se sont ajoutées aux précédentes, sans jamais les remplacer, ce qui crée

² Le Régime Général des Barèmes (RGB) est le système officiel de classification et de rémunération des agents du secteur public en Belgique, distinct des classifications sectorielles telles que l'IFIC.

³ Les hard skills désignent les compétences techniques ou opérationnelles spécifiques à un métier (ex. : gestion opérationnelle, veille réglementaire), tandis que les soft skills regroupent les aptitudes comportementales ou relationnelles telles que la communication, l'adaptabilité ou la gestion des conflits (Asana, 2025).

un cumul de couches successives de compétences – phénomène désigné dans ce mémoire sous le terme d’« effet lasagne », où chaque “couche” vient renforcer le rôle et la responsabilité des middle managers.

Le tableau ci-après retrace, de manière chronologique, cette accumulation progressive dans six grandes catégories de compétences.

Tableau 1 : Évolution chronologique et cumulative des compétences du middle manager dans le secteur du Care

Catégorie de compétences	Avant 2000	2000–2019	2020–2022 / Covid	Depuis 2022	Sources principales
Hard skills	Maîtrise métier, gestion opérationnelle	Veille réglementaire, encadrement	Gestion de crise, régulation des flux	Innovation organisationnelle	De Ridder et al., 2019; Diamant, 2025
Soft skills personnelles	Résistance au stress	Adaptabilité	Résilience collective, régulation émotions	Capacité d’apprentissage continu	De Ridder et al., 2019; Henderikx & Stoffers, 2023
Soft skills interpersonnelles	Communication, gestion de conflits	Médiation, persuasion	Soutien émotionnel, écoute active	Leadership relationnel	Barrier et al., 2015; Urquhart, 2018
Gestion / pilotage	Organisation du travail	Suivi d’indicateurs, pilotage projets	Agilité organisationnelle	Management transversal, intelligence collective	De Ridder et al., 2019; McGivern et al., 2015
Leadership	Encadrement, supervision	Leadership participatif, conduite changement	Fédérer en contexte d’incertitude	Leadership transformationnel et inclusif	Urquhart, 2018; Conseil national de l’Ordre des

Catégorie de compétences	Avant 2000	2000–2019	2020–2022 / Covid	Depuis 2022	Sources principales
					médecins, 2021
Compétences numériques/éthiques	—	Initiation numérique, déontologie	Outils numériques, gestion data santé	Éthique du Care, posture réflexive, innovation	McGivern et al., 2015; Tronto, 2013; Hesbeen, 2024

On observe un élargissement constant du champ de compétences : d’abord centrées sur la technicité et l’organisation du travail, elles se sont progressivement ouvertes à la médiation, au leadership adaptatif, à la gestion de situations incertaines et à la maîtrise d’outils numériques. Depuis peu, les exigences éthiques, la posture réflexive et l’innovation viennent compléter ce socle, traduisant une hybridation inédite entre savoir-faire techniques, capacités humaines et agilité stratégique (Barrier, Pillon et Quéré, 2015). Dans le cadre de ce mémoire, le terme « profil hybride » désigne spécifiquement un profil managérial combinant à la fois des compétences de gestionnaire (pilotage, coordination, prise de décision) et des compétences opérationnelles (connaissance approfondie du terrain, intervention directe dans les activités). Cette définition diffère de son usage courant sur le marché du travail, où « hybride » réfère principalement à une organisation du travail alternant entre télétravail et présentiel. Pour éviter toute confusion, ce terme sera toujours utilisé dans le sens d’un profil mêlant gestion et opérationnel tout au long de ce mémoire.

2.2.1 Vers un référentiel de compétences élargi et hybride

Cette évolution cumulative manifeste une complexification notable de la fonction. Les middle managers du secteur du Care doivent aujourd’hui conjuguer simultanément des savoir-faire techniques, relationnels, managériaux et stratégiques, accumulés au fil des réformes et des crises, sans que les acquis antérieurs ne soient abandonnés – un cumul qui prolonge l’« effet lasagne » identifié précédemment (De Ridder et al., 2019).

Ces évolutions s’inscrivent dans un contexte de transformations structurelles, amorcées dès les années 2000 avec l’introduction du New Public Management (NPM) et ses objectifs de performance, de rationalisation et d’innovation (McGivern et al., 2015 ; Metzger, 2002). La crise de la Covid-19 a amplifié ce processus en ajoutant l’exigence d’un leadership

participatif et résilient, capable de fédérer en contexte d'incertitude tout en préservant le bien-être des équipes.

Ce profil hybride qui en résulte conjugue expertise sectorielle, maîtrise des outils numériques, agilité organisationnelle, conscience éthique et compétences relationnelles fines. Il exige une capacité d'innovation et une réflexivité constante sur les pratiques (De Ridder et al., 2019 ; McGivern et al., 2015). Cette hybridation prépare le terrain pour comprendre le rôle central de ces acteurs-interfaces, véritables leviers de cohésion, de qualité des soins et de réussite des transformations à venir (Urquhart et al., 2018).

C'est donc à cette fonction pivot et à ses enjeux que s'attache le point suivant.

2.3 Le middle manager, acteur charnière entre stratégie et opérationnel

Dans un environnement du Care en pleine mutation, on attend aujourd'hui du middle manager bien plus qu'un simple rôle de relais hiérarchique. En tant que relais du leadership et du top management, il lui est demandé d'assumer les fonctions de « sense maker » et de « sense giver »⁴ : il doit donner du sens aux changements impulsés par la direction et accompagner les équipes dans la compréhension et l'appropriation des innovations managériales (Rouleau et Balogun, 2011).

On attend du middle manager qu'il exerce un leadership de proximité, essentiel pour :

- mobiliser les professionnels autour des projets de transformation,
- favoriser l'adhésion aux nouvelles pratiques,
- et créer du lien entre les différentes cultures professionnelles présentes dans les établissements de soins (Urquhart et al. 2018b)

De plus, il est attendu du middle manager qu'il adapte en permanence son discours et ses pratiques pour répondre aux représentations et aux attentes de chacun, tout en maintenant la cohésion d'équipe et la qualité du service rendu aux bénéficiaires (Barrier et al., 2015).

Les évolutions récentes du secteur et l'accélération des innovations managériales ont considérablement élargi le champ d'action et la complexité des missions confiées aux middle managers. Désormais, ils sont sollicités pour participer à des comités de pilotage, s'impliquer dans la gestion de projets transversaux, accompagner le changement et développer de nouvelles compétences collectives (Engle et al., 2017 ; Urquhart et al., 2018b). La mobilisation de ces compétences hybrides, techniques, relationnelles et managériales, se

⁴ Les notions de sense maker et sense giver proviennent des travaux de Rouleau et Balogun (2011) sur le rôle des middle managers dans la mise en œuvre stratégique. Être sense maker signifie interpréter et traduire les orientations stratégiques pour en saisir la portée et les implications au niveau opérationnel. Être sense giver consiste à communiquer et à « mettre en récit » ces orientations afin qu'elles soient comprises, acceptées et intégrées par les équipes concernées.

traduit par une intensification du travail : le temps consacré à ces nouvelles responsabilités est souvent pris sur les tâches d'accompagnement de terrain ou de supervision opérationnelle, accentuant la tension entre exigences gestionnaires et proximité humaine (Birken, Lee et Weiner, 2012).

Cette montée en responsabilité s'accompagne d'une intensification notable du travail : multiplication des mandats, gestion de la pénurie de ressources, injonctions parfois contradictoires entre attentes de la direction et besoins du terrain (Metzger, 2012). Les middle managers doivent alors arbitrer, prioriser, négocier, et souvent faire face à un sentiment d'isolement ou de manque de reconnaissance, comme le montrent les analyses de Payaud (2003).

Dans le secteur du Care, la spécificité du rôle du middle manager tient aussi à sa capacité à préserver la dimension humaine du soin, souvent invisible dans les indicateurs de performance (Ibos et al., 2019). Il doit veiller à l'équilibre entre l'exigence d'efficience organisationnelle et la préservation de l'engagement subjectif des professionnels du soin, dont la motivation repose sur le sens et la qualité de la relation avec les patients (Hickmann, Richter et Schlieter, 2022). Son action est déterminante pour accompagner les équipes dans l'appropriation des innovations, mais aussi pour soutenir leur résilience face à la complexité et à la charge émotionnelle du travail (Birken et al., 2012).

Les recherches récentes soulignent la nécessité de mieux reconnaître et soutenir le rôle stratégique du middle manager dans les organisations de santé (Mercuri, 2013). Sa capacité à naviguer entre réflexion stratégique et action opérationnelle, à faire le lien entre les différentes parties prenantes et à porter les valeurs du Care, en fait un acteur central de la transformation des établissements de santé (McGivern et al., 2015). Pour qu'il puisse pleinement jouer son rôle stratégique, il est indispensable d'offrir au middle manager des espaces d'écoute, des ressources adaptées et une reconnaissance institutionnelle à la hauteur de ses responsabilités. Cette nécessité est notamment soulignée par la Haute Autorité de Santé française (2015), qui insiste sur l'importance d'un soutien structurant pour ces acteurs essentiels au bon fonctionnement des établissements de santé. De nombreuses autorités européennes convergent également vers la reconnaissance accrue de ce rôle, soulignant son caractère central dans la transformation des organisations de soins.

Dans le contexte actuel de pénurie de personnel soignant, les middle managers font face à des défis croissants qui impactent non seulement leur identité professionnelle, mais compromettent également leur capacité à exercer pleinement leur rôle de leadership (Hickmann et al., 2022). Comme le souligne le Service public fédéral Santé publique (2025), les établissements de soins constituent des organisations complexes dont l'objectif n'est pas de générer des profits, mais de fournir des soins de qualité, ce qui place les middle managers dans une position particulièrement délicate, entre logiques de Care et contraintes économiques (Gerken, 2024a)

Ainsi, le rôle central du middle manager, en tant qu'acteur charnière entre la stratégie et l'opérationnel, s'inscrit dans un contexte organisationnel et humain particulièrement exigeant. En effet, cette fonction intermédiaire ne se limite pas à la coordination et à la gestion des ressources : elle doit aussi intégrer et porter les valeurs spécifiques du secteur du Care, où la dimension relationnelle, éthique et humaine du travail de soin constitue le cœur même de l'activité.

Pour comprendre pleinement les responsabilités et les défis auxquels sont confrontés les middle managers dans ce secteur, il est essentiel d'explorer les particularités du Care, ses missions, ses valeurs et ses identités, ainsi que les mutations contemporaines qui le traversent. Le point suivant se propose donc d'analyser cette réalité singulière, afin de mieux saisir en quoi le middle manager dans le Care est un acteur incontournable de la qualité des soins et du maintien de la dignité des personnes accompagnées.

3 Le secteur du Care, spécificités et mutations contemporaines

3.1 Missions, valeurs et identités du Care

Le Care, ou « prendre soin », se distingue par une approche globale, relationnelle et éthique de l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité. Il ne se limite pas à la réalisation de gestes techniques ou à l'application de protocoles : il s'agit avant tout d'une pratique sociale et humaine, fondée sur l'attention à l'autre, la sollicitude, la responsabilité et la reconnaissance de la singularité de chacun (Tronto, 2013 ; Hesbeen, 2024).

Joan Tronto définit le Care comme « l'ensemble des activités qui visent à maintenir, perpétuer et réparer notre monde afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (Tronto, 2009, p. 147), définition qu'elle développe et approfondit dans ses travaux ultérieurs (Tronto, 2013).

Dans *Vers un horizon éthiquement désirable*, Walter Hesbeen (2024) insiste sur le fait que le soin ne peut être réduit à une succession d'actes : il est avant tout rencontre, présence et engagement dans la relation. Selon lui, l'organisation du soin doit viser un « horizon éthiquement désirable », c'est-à-dire garantir la qualité de la relation, la continuité du lien et le respect de la personne, même dans un contexte institutionnel marqué par la standardisation et la pression à l'efficacité.

Les missions du Care englobent l'accompagnement, le soutien, l'écoute, la protection et la réponse aux besoins spécifiques des personnes, en tenant compte de leur histoire, de leur dignité et de leur autonomie (Hesbeen, 2024). Cette approche globale implique de prendre en compte les dimensions physiques, psychiques, sociales et existentielles de la personne accompagnée. Le Care exige aussi la capacité à agir dans l'incertitude, à accueillir la complexité et à faire preuve de créativité face à des situations singulières (Ibos et al., 2019).

Les valeurs du Care reposent sur l'empathie, la solidarité, la justice, la responsabilité et la reconnaissance de la vulnérabilité humaine (Tronto, 2013 ; Hesbeen, 2024). Walter Hesbeen souligne que le soin est d'abord une relation réciproque où la subjectivité du soignant et du soigné est reconnue et respectée.

Dans ce mémoire, l'éthique du Care renvoie à un corpus philosophique précis qui met l'accent sur la responsabilité, la sollicitude et la reconnaissance de la vulnérabilité dans la relation de soin (Tronto, 2013 ; Hesbeen, 2024)⁵. Elle se distingue ainsi de l'éthique professionnelle, qui désigne l'ensemble des règles et devoirs déontologiques propres à chaque profession (Beauchamp et Childress, 2013). Par ailleurs, cette éthique du Care se démarque également d'une vision purement gestionnaire ou productiviste, en mettant en avant la dimension humaine, émotionnelle et souvent invisible du soin, généralement absente des indicateurs classiques de performance (Molinier, 2013).

L'identité professionnelle dans le Care se construit autour de cet engagement subjectif et de la quête de sens. Les professionnels du soin — infirmiers, aides-soignants, éducateurs, assistants sociaux, etc. — partagent la volonté de « faire la différence » dans la vie des personnes accompagnées, au-delà des contraintes organisationnelles (Hesbeen, 2024). Cette identité est nourrie par la reconnaissance du travail émotionnel et relationnel, la créativité dans l'accompagnement et la capacité à composer avec des dilemmes éthiques et organisationnels (Yang et al., 2025). Les tensions entre les valeurs du Care et les logiques gestionnaires constituent un enjeu central pour l'identité professionnelle des acteurs du secteur (Cornett, Palermo et Ash, 2023).

Préserver un horizon éthiquement désirable pour le Care, c'est donc défendre, face à la montée des logiques gestionnaires et à la pression sur la performance, la primauté de la relation, de l'écoute, du discernement professionnel et de la reconnaissance de la subjectivité (Hesbeen, 2024 ; Molinier, 2013). Les confrontations entre les travaux de Tronto, Hesbeen, Molinier ou encore Brugère montrent que les valeurs fondamentales du Care – sollicitude, responsabilité, attention à la vulnérabilité – ne sont jamais séparées des contraintes du contexte : elles doivent s'incarner dans une action institutionnelle soucieuse d'éthique et d'équité, mais aussi d'efficacité organisationnelle (Beauchamp et Childress, 2013 ; Brugère, 2017 ; Tronto, 2013).

Sur la base de cette réflexion, il apparaît que les missions du secteur du Care se déclinent autour de l'accompagnement, de la protection, du soutien et de la reconnaissance de la dignité de chacun, alors que ses valeurs structurantes sont l'empathie, la solidarité, la justice et la

⁵ Dans ce mémoire, l'éthique du Care se réfère à la philosophie du Care telle que développée par les philosophes féministes américaines, en particulier Joan Tronto, qui la définit comme un engagement actif pour répondre aux besoins des autres et maintenir le tissu social. Elle se distingue de l'éthique professionnelle, qui est régie par des normes déontologiques et juridiques propres à chaque métier de la santé.

responsabilité. La diversité des conceptualisations montre un consensus sur la nécessité de conjuguer expertise technique et engagement relationnel, mais invite aussi à ne pas perdre de vue les dilemmes éthiques et structurants propres à chaque contexte de soin (Cornett, Palermo et Ash, 2023 ; Yang et al., 2025).

Cette synthèse met en évidence que le Care n'est ni seulement une disposition morale ni un ensemble de politiques publiques : il est, selon les auteurs, une pratique dynamique, confrontée en permanence à une tension entre ses principes fondateurs et les réalités institutionnelles et économiques du secteur.

Dans cette perspective, il convient à présent de s'interroger plus concrètement sur ces contraintes structurelles, sociétales et économiques qui, au-delà du registre des valeurs, façonnent au quotidien l'organisation du Care et le travail des professionnels – tout particulièrement celui du middle manager.

3.2 Contraintes structurelles, sociétales et économiques

Le secteur du Care, et plus largement celui de la santé, fait face à des contraintes structurelles, économiques et sociétales majeures qui impactent directement l'organisation du travail, la qualité des soins et le rôle du middle manager.

3.2.1 Contraintes structurelles

Depuis la Seconde Guerre mondiale, la Belgique a mis en place un système national de santé universel, véritable pilier de l'État-providence (Archives de l'État en Belgique, s.d.). Plusieurs réformes majeures ont marqué l'organisation du secteur hospitalier, notamment :

- La réforme hospitalière de 1987, qui a introduit une régulation plus stricte de l'offre hospitalière et un financement axé sur la performance, amorçant la rationalisation du nombre de lits et la spécialisation des services (Belgian Health Care Knowledge Centre [KCE], 2016).
- La sixième réforme de l'État en 2014, qui a transféré d'importantes compétences en matière de santé publique et de soins de santé aux entités fédérées, instaurant une gouvernance plus décentralisée et complexifiant les niveaux de décision et de financement (INAMI, 2015 ; Belgium.be, 2014 ; Martens et al., 2021).

Ces réformes ont contribué à une diminution progressive du nombre de lits hospitaliers : entre 2000 et 2018, la densité de lits aigus est passée de 620 à 497 pour 100 000 habitants, traduisant ainsi une volonté politique de rationaliser l'offre et de promouvoir l'hospitalisation de jour ou les soins ambulatoires (CEIC, 2019 ; FPS Santé Publique, 2019 ; Statista, 2024 ; Van den Heede et al., 2019).

La réduction du nombre de lits par service s'accompagne d'un accroissement de la charge de travail pour les équipes et les middle managers, qui doivent organiser les soins dans un contexte de flux plus tendus, de séjours plus courts et d'intensification des prises en charge. Les hospitalisations de jour et les courts séjours requièrent un travail plus intensif : en 2019, le ratio moyen était de un infirmier pour 9,4 patients en Belgique, contre une moyenne européenne recommandée de un pour huit (Van den Heede et al., 2019).

Le middle manager doit ainsi mobiliser des compétences accrues en planification, en gestion des ressources et en adaptation organisationnelle, tout en veillant à maintenir la qualité et la sécurité des soins dans un environnement sous pression.

3.2.2 Contraintes sociétales

Le vieillissement démographique et les transformations structurelles du secteur des soins de santé en Belgique génèrent des défis majeurs pour les middle managers, dont le rôle se complexifie et s'intensifie. Selon Statbel (2023), la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans devrait atteindre 25 % de la population belge d'ici 2050, ce qui entraîne une augmentation significative de la demande en soins et, par conséquent, une surcharge de travail pour les cadres intermédiaires. Ces derniers sont confrontés à la nécessité de garantir la qualité et la sécurité des soins tout en assurant la gestion efficace des ressources, ce qui accroît considérablement leurs responsabilités administratives et organisationnelles (Hartviksen, Aspors et Uhrenfeldt, 2019).

Dans ce contexte, les middle managers doivent élargir et adapter continuellement leur palette de compétences. Ils jouent un rôle clé dans la diffusion et la synthèse de l'information, la médiation entre la stratégie et l'opérationnel, ainsi que la promotion des innovations auprès des équipes (Birken et al., 2012). Leur fonction implique également la gestion du changement, la communication interpersonnelle, la résolution de conflits et la coordination d'équipes pluridisciplinaires, compétences devenues incontournables dans un environnement de soins en mutation rapide (Boutcher et al., 2022).

La complexité croissante des besoins des patients, conjuguée à la multiplicité des parties prenantes (patients, familles, équipes soignantes et institutions) impose aux middle managers de concilier des exigences parfois contradictoires, qu'elles soient économiques, réglementaires ou éthiques (Birken et al., 2012 ; Hartviksen et al., 2019). Cette gestion simultanée de multiples contraintes organisationnelles et relationnelles expose ces professionnels à une pression psychologique accrue, augmentant ainsi le risque de stress chronique et d'épuisement professionnel (Boutcher et al., 2022).

En définitive, les middle managers occupent une position stratégique dans la mise en œuvre des politiques et innovations en santé. Toutefois, leur rôle est souvent fragilisé par des ressources insuffisantes et une charge de travail croissante, ce qui souligne la nécessité d'un

soutien organisationnel renforcé pour préserver leur efficacité et leur bien-être (Boutcher et al., 2022 ; Hartviksen et al., 2019).

3.2.3 Contraintes économiques

Le financement du secteur de la santé en Belgique a représenté 10,8 % du PIB en 2022, soit un niveau supérieur à la moyenne de l'OCDE (9,2 %) et proche de celui observé avant la pandémie (SPF Sécurité sociale, 2024; OCDE, 2024). En valeur absolue, les dépenses de santé par habitant s'élevaient à 4 168 € en 2021, ce qui place la Belgique au-dessus de la moyenne européenne, mais en dessous de la France et de l'Allemagne.

Malgré cet investissement, la Belgique fait face à des tensions structurelles persistantes, notamment en ce qui concerne la disponibilité du personnel soignant. En 2021, le pays comptait en moyenne 11,1 infirmiers pour 1 000 habitants, un ratio qui masque d'importantes disparités régionales et sectorielles (OCDE, 2023). Si l'OMS recommande un minimum de 8 infirmiers pour 1 000 habitants, les standards européens pour les services hospitaliers aigus vont jusqu'à un infirmier pour 4 à 6 patients (KCE, 2019) ; or, en Belgique, ce ratio peut atteindre 1 pour 8 voire 1 pour 12 dans certains établissements (KCE, 2019).

La pénurie de personnel est structurelle : une majorité d'établissements signalent des difficultés majeures de recrutement et une charge de travail excessive pour les infirmiers, phénomène aggravé par la pandémie de Covid-19, qui a entraîné une hausse de l'absentéisme et du risque d'épuisement professionnel. En 2022, 44 % des infirmiers belges déclaraient être en situation de burn-out modéré à sévère (SPF Santé Publique, 2023).

Sur le plan macroéconomique, la crise sanitaire a révélé la vulnérabilité du secteur : la Belgique a connu une chute de 6,4 % de son PIB en 2020, tandis que les coûts indirects liés à la désorganisation du système de soins et à la perte de bien-être social restent difficiles à quantifier (Perspectives économiques de l'OCDE, Volume 2021 Numéro 1 2021)

Ces contraintes économiques renforcent la pression sur les établissements pour optimiser leurs ressources, souvent au détriment des conditions de travail et de la qualité du soin (Full press release WHO Report.pdf, 2022). Dans ce contexte, la privatisation partielle de certains segments du secteur de la santé s'est accélérée, notamment à travers la délégation de services à des opérateurs privés ou l'introduction de logiques concurrentielles dans la gestion des établissements publics (Exworthy et al., 2003). Si ces évolutions sont parfois justifiées par la recherche d'efficience et de maîtrise des coûts, plusieurs études soulignent qu'elles peuvent accroître les inégalités d'accès, fragiliser la continuité des soins et accentuer la pression sur les professionnels, en particulier sur le management intermédiaire (Wel, Dahl et Bergsli, 2016).

La réduction progressive du nombre de lits hospitaliers, amorcée depuis le début des années 2000 dans le cadre des politiques visant à rationaliser l'offre de soins et à privilégier les prises en charge ambulatoires, a profondément modifié l'organisation hospitalière (Belgique en bonne santé, 2024 ; KCE, 2023). Si, en 2022, la Belgique disposait encore d'une densité de lits supérieure à la moyenne européenne, cette capacité limitée a mis en lumière les tensions structurelles du système lors des pics de la pandémie (OCDE, 2024).

Dans ce contexte de ressources physiques restreintes, les middle managers se retrouvent confrontés à une complexité accrue dans la gestion opérationnelle. Ils doivent optimiser l'utilisation des lits disponibles, coordonner les admissions et sorties dans un environnement où la pression sur la capacité est constante, tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins. Cette situation exacerbe leur charge de travail, amplifie les exigences en matière de planification et de communication interdisciplinaire, et accroît leur exposition au stress lié à la gestion de situations d'urgence et de conflits potentiels entre équipes et directions (Boutcher et al., 2022 ; Hartviksen et al., 2019).

Ainsi, la conjonction des contraintes économiques, de la réduction des capacités hospitalières et de la pénurie de personnel impose aux middle managers un rôle stratégique mais aussi particulièrement exigeant, où la maîtrise des ressources et la gestion humaine deviennent des leviers essentiels pour assurer la continuité et la qualité des soins. À ces défis structurels s'ajoutent aujourd'hui des transformations sociétales profondes qui reconfigurent le cadre d'action et les exigences auxquelles doivent répondre les cadres intermédiaires.

3.3 Les nouveaux défis liés aux transformations sociétales

Parmi les nombreuses transformations sociétales qui traversent ou structurent notre époque, certaines ont un impact particulièrement marqué sur le secteur public du Care en Belgique et, plus spécifiquement, sur le rôle et le quotidien des middle managers. Nous avons choisi de nous concentrer sur trois dynamiques majeures, qui cristallisent les enjeux actuels :

- l'introduction du New Public Management (NPM),
- la progression de la privatisation partielle de l'offre de soins,
- et la mutation profonde des attentes sociales à l'égard des institutions de santé.

Ces transformations, en bouleversant les modes de gestion, les logiques organisationnelles et les rapports entre usagers et institutions, redéfinissent le périmètre d'action, les responsabilités et les compétences attendues des middle managers. Les sections suivantes analyseront successivement l'impact du NPM sur les structures de santé, les effets de la privatisation partielle de l'offre de soins, et l'évolution des attentes sociales envers le système de santé.

3.3.1 L'impact du New Public Management sur les structures de santé

L'introduction du New Public Management (NPM) a profondément transformé les organisations publiques, et notamment les structures de santé, en s'inspirant des méthodes de gestion issues du secteur privé (McGivern et al., 2015). L'application du NPM dans les hôpitaux et autres établissements sanitaires s'est traduite par une redéfinition des modes de gouvernance, une culture accrue de la performance, et une recomposition des relations internes entre professionnels.

Une des premières conséquences de cette évolution est la rationalisation des processus et une volonté de « faire plus avec moins ». Les structures de santé ont ainsi été poussées à adopter des indicateurs quantitatifs pour mesurer l'efficacité, mais aussi à mettre en place une logique de contractualisation, souvent sous la forme de contrats d'objectifs et de moyens (KCE, 2024). Cette évolution s'est accompagnée d'un développement massif de l'audit, du reporting, et de la gestion par la qualité.

Par ailleurs, le NPM a induit une décentralisation de certaines responsabilités, tout en renforçant la centralisation du contrôle autour de la performance. Les établissements se retrouvent dans une dynamique paradoxale où l'autonomie locale s'accompagne d'exigences accrues en termes de reporting et d'alignement sur des objectifs stratégiques nationaux (McGivern et al., 2015). Cette tension structurelle se manifeste par une redéfinition des circuits de décision et une modification du rôle de chacun des acteurs.

La rationalisation des ressources humaines constitue un autre impact majeur. L'essor des formes de gestion individualisées des carrières et de l'évaluation du travail s'est généralisé, transformant les modes d'engagement professionnel et parfois heurtant les logiques traditionnelles liées au soin et à la vocation (KCE, 2024; McGivern et al., 2019).

Enfin, l'introduction du NPM a stimulé le développement de la logique de projet, la multiplication des dispositifs d'innovation organisationnelle (par exemple, les pôles d'activité⁶), ainsi qu'une plus grande ouverture à la concurrence et à l'externalisation de certains services (KCE, 2024).

En synthèse, le NPM n'a pas seulement introduit de nouveaux outils de gestion ; il a profondément reconfiguré la structure, la culture organisationnelle et la manière dont les établissements de santé articulent leurs missions, entre logiques sanitaires, exigences d'efficacité, et nouvelles formes de gouvernance (McGivern et al., 2015).

⁶ Dans le secteur hospitalier, un pôle d'activité désigne un regroupement de services ou d'unités autour d'objectifs médicaux, techniques ou organisationnels communs, avec une autonomie de gestion et un pilotage coordonné. L'objectif est de décloisonner l'organisation, favoriser la coopération interdisciplinaire, et améliorer l'efficacité (KCE, 2024).

3.3.2 La privatisation partielle de l'offre de soins

La privatisation ne se manifeste pas uniquement par le retrait de l'État, mais aussi par la montée en puissance des logiques de marché au sein même du secteur public. Plusieurs analyses institutionnelles récentes — notamment le rapport de synthèse du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE, 2024) — montrent la cohabitation croissante entre logiques publiques et privées dans la gouvernance des soins, notamment via les partenariats public-privé, la délégation de services à des opérateurs privés et l'arrivée de mécanismes de gestion issus du secteur marchand (KCE, 2024).

En Belgique, cette hybridation se traduit par une gestion différenciée des établissements selon leur statut. Le rapport “Private and public health care providers in Belgium: coexistence, differences and trends” du KCE (auteurs : Vandijck, Cleemput, Thomaes, Flamaing, & Devos, 2022) montre que les institutions à but lucratif gagnent en importance, notamment dans les soins de longue durée (Vandijck et al., 2022). Ce phénomène, décrit comme une privatisation progressive du financement et de la gestion des soins, soulève des enjeux d'équité concernant l'accès aux soins et les conditions de travail dans les structures plus soumises à la concurrence commerciale (KCE, 2022 ; Vandijck et al., 2022).

La majorité des hôpitaux sont privés mais non lucratifs ; toutefois, la présence d'acteurs commerciaux s'est accentuée dans les segments hospitaliers ou résidentiels à forte rentabilité, tels que les maisons de repos, les soins à domicile ou certains secteurs spécialisés selon le même rapport du KCE (2022). Cette hétérogénéité du secteur, où la frontière entre public et privé devient de plus en plus poreuse, impose une nécessaire vigilance des pouvoirs publics pour garantir l'accessibilité et la qualité des soins, tout en évitant que la logique marchande ne supprime l'intérêt général (KCE, 2024).

Plus largement, cette privatisation progressive soulève des enjeux majeurs d'équité et de cohésion sociale. Le rapport KCE (2024) et l'ouvrage collectif d'Exworthy et Halford (1999) soulignent que la pénétration des logiques commerciales dans le secteur de la santé peut conduire à une offre à plusieurs vitesses, où l'accès à certains soins ou à une meilleure qualité dépend du statut de l'établissement ou de la capacité financière des patients (KCE, 2024 ; Exworthy & Halford, 1999). Cette évolution accentue la pression sur les professionnels, notamment les cadres intermédiaires, qui doivent jongler entre exigences de rentabilité, contraintes budgétaires, mission d'équité et qualité du service.

Enfin, l'exemple belge montre que la privatisation ne signifie pas un passage total au privé, mais plutôt la mise en place d'un modèle mixte où les offres publique, privée non lucrative et lucrative coexistent, avec des conséquences directes sur la gouvernance, l'organisation du travail et la gestion quotidienne des établissements (KCE, 2024 ; WHO Europe, 2023).

3.3.3 L'évolution des attentes sociales envers le système de santé

Les attentes des citoyens vis-à-vis du système de santé évoluent profondément. Les usagers ne se limitent plus à une simple prise en charge biomédicale ; ils revendiquent une participation active dans la prise de décision liée à leurs soins, la reconnaissance de leur parole, ainsi qu'une qualité relationnelle renforcée dans les interactions avec les professionnels (Coulter, 2012 ; Haute Autorité de Santé, 2015 ; Pierron et Tabuteau, 2019). Cette transformation s'accompagne d'exigences accrues en matière de transparence du système, de personnalisation des services et d'intégration des déterminants sociaux environnementaux de la santé (Marmot, 2005 ; OMS Europe, 2021).

Par ailleurs, la demande sociale s'exprime aussi en faveur d'une territorialisation des politiques de santé, avec une meilleure coordination entre les différents échelons institutionnels et une intersectorialité renforcée (Service Public Fédéral Santé Publique, 2023 ; Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé [KCE], 2024). Cette dynamique vise à dépasser les logiques strictement curatives pour faire émerger des services de santé d'intérêt général intégrant prévention, accompagnement global et participation citoyenne (European Observatory on Health Systems and Policies, 2022 ; KCE, 2024).

Dans ce contexte, le rôle des managers intermédiaires est central. En position de relais entre la direction et les professionnels de terrain, ils sont appelés à traduire ces attentes nouvelles en pratiques concrètes. Ils doivent ainsi promouvoir la qualité relationnelle dans les soins, faciliter la participation des usagers et coordonner les actions interdisciplinaires sur le territoire (Lega, Prenestini et Spurgeon, 2013 ; Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques, 2021). Leur rôle dépasse désormais la simple administration pour intégrer des fonctions d'animation, de conduite du changement et de gestion des tensions propres à la complexité croissante du secteur du care (Exworthy et Halford, 1999 ; Lega et al., 2013).

La transition vers une santé plus territorialisée et inclusive exige des managers intermédiaires une posture d'adaptabilité et de leadership participatif, favorisant la coopération entre acteurs et la construction collective de solutions (Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques, 2021). Ces exigences vont de pair avec la nécessité de développer des compétences nouvelles en intelligence collective, gestion des réseaux et conduite de projets innovants, au cœur des dynamiques managériales actuelles dans le secteur du care (Lega et al., 2013).

En somme, l'évolution des attentes sociales vers plus d'implication, de transparence et d'équité reconfigure profondément le rôle des managers intermédiaires, qui deviennent des pivots de la transformation organisationnelle et territoriale des services de santé.

4 Les tensions et enjeux du middle manager dans le Care

Les chapitres précédents ont permis de cerner le contexte singulier du secteur du Care, en insistant d'abord sur ses missions, ses valeurs et l'ancrage éthique des pratiques de soin, puis en mettant au jour les multiples contraintes structurelles, sociétales et économiques qui pèsent sur les acteurs du secteur. Ces évolutions, accrues par l'introduction de nouvelles logiques managériales (NPM, privatisation, attentes sociales renouvelées), redessinent profondément les contours du management intermédiaire.

À la croisée de ces dynamiques, le middle manager en Care se retrouve à la fois garant des valeurs fondatrices du soin et relais des injonctions gestionnaires, devant composer quotidiennement avec des exigences en tension et une complexité organisationnelle croissante. Comprendre la place et le devenir de ce management intermédiaire suppose ainsi d'explorer comment il fait face à ce contexte de transformations multiples : quels arbitrages, quelles adaptations et quels impacts concrets sur le travail ?

Dans cette perspective, cette partie s'attachera à analyser successivement :

- la double contrainte qui s'exerce entre les exigences de la gouvernance institutionnelle et les réalités du terrain ;
- la construction d'une posture hybride chez le middle manager, pris entre expertise soignante et impératifs gestionnaires ;
- les conséquences de ces tensions sur la santé au travail, tant individuelle que collective ;
- et, enfin, l'impact sur le management et le climat organisationnel des équipes.

Ce cheminement permettra de mieux saisir la complexité du rôle du middle manager aujourd'hui, ainsi que les enjeux pour une organisation du soin à la fois efficiente et fidèle à ses valeurs éthiques.

4.1 La double contrainte : entre gouvernance et terrain

Les middle managers du secteur du Care occupent une position charnière, qui les expose de manière aiguë à la double contrainte structurelle : ils doivent répondre simultanément aux attentes stratégiques de la gouvernance (direction institutionnelle, politique de santé, objectifs budgétaires) et aux réalités concrètes du terrain (équipes, patients, aléas opérationnels), souvent selon des logiques et des temporalités divergentes (Boukouvalas, Papalexandris et Galanaki, 2019 ; Haberey-Knuessi, Heeb et Morgan De Paula, 2013).

Ce positionnement conduit à des tensions récurrentes : d'un côté, la pression pour la rationalisation, l'efficacité et l'atteinte d'indicateurs institutionnels ; de l'autre, la nécessité d'assurer une prise en charge humaine, sécurisée et personnalisée dans des contextes de ressources limitées (Conseil Supérieur de la Santé, 2023 ; Service Public Fédéral Santé

Publique, 2025). Les managers intermédiaires se retrouvent ainsi à devoir arbitrer en permanence entre la conformité aux exigences normatives et la flexibilité indispensable à la gestion de situations individuelles et d'imprévus.

La littérature distingue particulièrement le rôle de médiateur et de régulateur : le middle manager doit traduire, adapter et parfois négocier les attentes institutionnelles pour leur donner sens et faisabilité sur le terrain (Exworthy et Halford, 1999). Cette médiation est d'autant plus cruciale que des études démontrent qu'une communication managériale défailante et une délégation insuffisante accroissent les risques de surcharge, de démotivation et d'erreur dans les équipes (Haberey-Knuessi et al., 2013 ; Haute Autorité de Santé, 2015).

Pour surmonter ces tensions, les recherches insistent sur la nécessité d'un management participatif et d'une organisation du travail efficiente : délégation accrue, valorisation des compétences de terrain et partage de la décision sont associés à une meilleure adaptation des équipes, à la qualité des soins et au bien-être psychologique des professionnels (Clain, 2021 ; Saveuse et Gillet, 2022).

La persistance de ces contraintes paradoxales impose ainsi au manager intermédiaire une capacité d'arbitrage, d'adaptation et de créativité constante : c'est précisément ce rôle de "pont" entre gouvernance et terrain, à la fois garant de la vision stratégique et traducteur des réalités de la pratique, qui constitue la spécificité, mais aussi la fragilité du middle management dans le Care.

4.2 Stratégie de positionnement et construction d'une posture hybride

Plusieurs travaux mettent en lumière la complexité du rôle des middle managers, souvent perçus comme de simples relais d'exécution des politiques institutionnelles et parfois stigmatisés pour leur position intermédiaire (Henderikx, Stoffers et De Leede, 2023).

L'alignement sur la gouvernance se traduit généralement par une communication hiérarchique descendante, où le middle manager adopte la vision, le langage et les priorités de la direction, devenant ainsi un vecteur de la stratégie organisationnelle (Husser, 2017). Selon Frimousse et Peretti (2020), la mise en place de pratiques de gouvernance robustes et d'un leadership responsable contribue à renforcer la légitimité du middle manager et à sécuriser la trajectoire de l'établissement de soins sur le long terme.

Cependant, la littérature souligne qu'un alignement excessif peut générer une distance avec les équipes de terrain, voire une perte de confiance ou un sentiment de trahison, éléments susceptibles de fragiliser la cohésion de groupe (Meynckens-Fourez, 2010).

Husser et Goujon-Belghit (2024) décrivent cette situation comme celle d'un cadre intermédiaire perçu à la fois comme exécutant zélé et comme « chien de garde », parfois déconnecté des réalités vécues par le personnel soignant. Ce positionnement peut entraîner un isolement du middle manager, alors même qu'il joue un rôle clé dans la mise en œuvre des politiques et l'optimisation des ressources au bénéfice de l'expérience patient (Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2017).

À l'inverse, certains middle managers choisissent de s'ériger en défenseurs des équipes de terrain. Cette posture les conduit à endosser des fonctions proches de celles des ressources humaines, agissant comme médiateurs, facilitateurs et agents du changement (Hôpital Universitaire de Bruxelles, 2024). Dans un contexte de transformation organisationnelle et de pression démographique croissante, ce positionnement implique l'acquisition de nouvelles compétences et l'élargissement des responsabilités, notamment en matière d'accompagnement des professionnels et de développement des compétences (Hôpital Universitaire de Bruxelles, 2024).

Ces différentes stratégies illustrent la nécessité, pour le middle manager, de construire une posture hybride, capable de concilier les attentes de la direction et les besoins du terrain, tout en préservant la cohésion et la motivation des équipes (Frimousse et Peretti, 2020). Cette posture hybride apparaît aujourd'hui comme un levier essentiel pour la réussite des transformations dans le secteur du Care.

Toutefois, les tensions inhérentes à ces positionnements multiples et parfois contradictoires ne sont pas sans impact sur le vécu professionnel des middle managers. La nécessité constante d'arbitrer entre des exigences organisationnelles et des attentes humaines, tout en naviguant entre des logiques parfois opposées, peut engendrer un stress important, une usure progressive et une remise en question du sens même de leur engagement professionnel. Ces dimensions psychosociales méritent une attention particulière, car elles influencent non seulement la santé mentale des managers intermédiaires, mais également leur capacité à exercer un leadership efficace au sein des établissements de soins.

4.3 Conséquences sur le vécu professionnel : stress, usure, perte de sens

Les middle managers du secteur du Care sont exposés à des tensions de rôles persistantes, liées à leur position charnière entre direction et équipes de terrain, et à la multiplicité des attentes parfois contradictoires qui en découlent (Érudit, 2021).

Il est également important de souligner que, par la nature même de leur métier, les managers du secteur du Care sont déjà confrontés à une charge émotionnelle significative. L'interaction quotidienne avec des situations de vulnérabilité, de souffrance ou de fin de vie, tout en devant

afficher une posture empathique et rassurante, fait de l'« emotional labor⁷ » un aspect central et inévitable de leur rôle (Sciotto et al., 2025). Cette exigence émotionnelle intrinsèque constitue un facteur de stress indépendant, sur lequel viennent ensuite se greffer les tensions de rôle induites par la position managériale et les contraintes organisationnelles. La combinaison de ces exigences amplifie ainsi le risque de fatigue compassionnelle, d'épuisement psychique et de troubles psychosociaux chez les managers du Care.

Cette exposition constante à des injonctions paradoxales engendre un niveau de stress professionnel élevé, une fatigue accrue et, à terme, un risque d'usure psychologique.

Plusieurs études soulignent que la gestion simultanée de conflits de rôle, la surcharge d'informations et la pression à l'efficacité contribuent à la détérioration du bien-être des managers intermédiaires (Codo et Soparnot, 2013 ; Érudit, 2021). Le stress ressenti est d'autant plus marqué que le soutien social, notamment de la part de la hiérarchie, est insuffisant ou perçu comme inadéquat (Codo et Soparnot, 2013 ; Érudit, 2021). Ce manque de reconnaissance et de soutien peut accentuer le sentiment d'isolement et la difficulté à mobiliser des ressources d'ajustement efficaces.

Les conséquences de ces tensions se traduisent fréquemment par des troubles psychosociaux : troubles du sommeil, irritabilité, fatigue importante, perte de concentration, voire dépersonnalisation et perte du sentiment (CFE-CGC, 2023 ; Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2017). La littérature met également en avant le risque de perte de sens au travail, particulièrement lorsque les valeurs portées par la direction semblent en décalage avec celles du terrain ou lorsque les objectifs organisationnels prennent le pas sur la dimension humaine du Care (Haute Autorité de Santé, 2015 ; Érudit, 2021).

L'usure professionnelle, ou burnout, est identifiée comme une issue possible à l'accumulation de ces facteurs de stress, d'autant plus que les dispositifs de prévention et de soutien restent souvent insuffisants dans les établissements de soins (Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2017). Par ailleurs, la transformation continue du secteur, la pression des réformes et la nécessité d'adaptation permanente contribuent à renforcer ce sentiment d'instabilité et de vulnérabilité professionnelle (Érudit, 2021 ; Projectique, 2023).

Face à ces risques, la littérature recommande la mise en place de dispositifs de soutien, de reconnaissance et de développement des compétences, ainsi qu'une attention particulière à la

⁷ L'« emotional labor » désigne le travail émotionnel que doivent fournir les professionnels, qui consiste à gérer et parfois à masquer leurs propres émotions afin de répondre aux attentes émotionnelles de leur rôle ou de leur organisation (Hochschild, 1983).

qualité du climat social et à la prévention des risques psychosociaux (Codo et Soparnot, 2013 ; Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2017).

4.4 Impacts sur le management et le climat de travail

La position charnière des middle managers dans le secteur du Care public les place au cœur des dynamiques internes et de la qualité du climat de travail. Les tensions de rôle, la pression constante et la complexité croissante de leurs missions ne se répercutent pas uniquement sur leur vécu individuel : elles influencent aussi la performance managériale et l'ambiance globale au sein des établissements.

Plusieurs études montrent que le stress professionnel et l'usure des managers intermédiaires peuvent affaiblir la cohésion des équipes, générer une démotivation collective et accroître le turnover, autant de facteurs qui détériorent le climat organisationnel (Korlén et al., 2017 ; Hartviksen et al., 2019). Lorsque le soutien hiérarchique et la reconnaissance institutionnelle font défaut, les middle managers peinent à jouer leur rôle de relais, ce qui peut entraîner une circulation défaillante de l'information, une perte de confiance et un sentiment d'isolement partagé par l'ensemble du personnel (Korlén et al., 2017 ; Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2017).

L'accumulation de ces tensions impacte également la capacité des établissements à mener des projets de transformation ou d'innovation. Un climat organisationnel fragilisé se traduit souvent par une résistance accrue au changement, une moindre adhésion aux objectifs institutionnels et une difficulté à mobiliser les équipes autour de la qualité des soins (Hartviksen et al., 2019). À l'inverse, la littérature met en avant que la valorisation du rôle des middle managers, le développement de dispositifs de soutien et la promotion d'un management participatif contribuent à restaurer un climat de confiance, à renforcer l'engagement des équipes et à améliorer la qualité des services rendus aux usagers (Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2017).

Enfin, la surcharge administrative et l'excès d'informations, fréquemment dénoncés par les managers de terrain, peuvent accroître la charge psychosociale et détourner l'attention des missions essentielles de coordination et d'accompagnement des équipes (Hartviksen et al., 2019). L'amélioration du climat de travail passe donc par une clarification des rôles, une meilleure reconnaissance institutionnelle et un investissement dans la formation et le bien-être des managers intermédiaires.

Les tensions structurelles et les défis psychosociaux auxquels sont confrontés les middle managers dans le secteur du Care illustrent la complexité de leur rôle, tiraillé entre exigences organisationnelles et réalités humaines. Cette situation souligne l'importance d'examiner de manière plus ciblée les compétences mobilisées par ces acteurs, ainsi que leur reconnaissance et valorisation dans le contexte professionnel belge.

Pour répondre à cette interrogation, la suite de cette étude adopte une approche croisée. Elle confronte les compétences clés identifiées dans la littérature scientifique aux attentes concrètes du marché du travail et aux contenus des formations destinées aux middle managers. Cette démarche vise à identifier les convergences et divergences, afin de proposer des pistes d'action adaptées pour améliorer l'accompagnement et la performance de ces acteurs essentiels du Care public.

5 Diagnostic croisé : compétences attendues, marché du travail et formations des middle managers du Care en Belgique

Avant d'élaborer des recommandations, il est donc nécessaire d'analyser l'adéquation entre ces différentes dimensions : savoirs théoriques, exigences du marché et offres formatives. Ce diagnostic croisé permet ainsi de faire émerger les leviers d'évolution professionnelle les plus pertinents, en phase avec les réalités du terrain et les dynamiques actuelles du secteur.

5.1 Les Compétences clés des middle managers du Care : regards croisés littérature–marché du travail

Comme développé précédemment dans l'analyse dédiée aux compétences attendues des middle managers du Care, la littérature scientifique identifie un socle commun centré sur des compétences transversales : leadership participatif, conduite du changement, communication interdisciplinaire, gestion des conflits et posture éthique. Ces dimensions, devenues incontournables face à la complexité croissante des organisations de soins, dépassent largement la seule technicité du métier (Haute Autorité de Santé, 2015 ; Lega, Prenestini et Spurgeon, 2013 ; Marmot, 2005 ; Tronto, 2013).

L'analyse des offres d'emploi récentes du secteur en Belgique (2024-2025), relevées sur les principales plateformes spécialisées (Réseau Santé Wallon, JobCareers.be, StepStone.be, Indeed, LinkedIn), confirme cette orientation. Les annonces mettent en avant :

- la gestion et la mobilisation d'équipes pluridisciplinaires,
- la conduite du changement et l'accompagnement des transitions organisationnelles,
- l'excellence relationnelle, la médiation et la gestion de conflits,
- la capacité d'innovation et la culture du projet,
- l'aptitude à fédérer autour des missions et des valeurs institutionnelles,
- la maîtrise des outils numériques collaboratifs.

Des qualités comme la résilience, l'autonomie, l'esprit d'initiative et l'engagement éthique — parfois exprimées à travers des formulations telles que « adhésion aux valeurs humaines » ou « climat de bienveillance » — sont également recherchées (JobCareers.be, 2024 ; LinkedIn, 2024-2025 ; Indeed, 2024 ; StepStone.be, 2024). Cette convergence entre les

attentes du marché et les constats scientifiques confirment une évolution profonde et partagée du profil attendu dans le secteur du Care.

5.2 Les contenus des cursus de formation en Belgique

Les cursus destinés aux middle managers du secteur du Care, proposés par les universités, les hautes écoles et divers organismes spécialisés, visent aujourd'hui à intégrer pleinement les compétences identifiées comme essentielles par la recherche et recherchées sur le marché de l'emploi.

Qu'ils prennent la forme de certificats, de masters spécialisés ou de formations continues, ces programmes incluent généralement des modules sur le management participatif et le leadership d'équipe, la gestion du changement et la conduite de projet, la communication, la gestion des conflits et la négociation, l'éthique du Care, la diversité culturelle et le respect de la personne, ainsi que sur le pilotage de l'innovation et l'utilisation d'outils numériques (Haute École Namur-Liège-Luxembourg, 2024 ; UCLouvain, 2024).

On note cependant une hétérogénéité dans l'approfondissement de certaines thématiques : l'innovation digitale, l'interculturalité ou la gestion de la diversité peuvent être plus ou moins développées selon l'établissement ou la formation continue visée (Haute Autorité de Santé, 2015 ; Lega, Prenestini, & Spurgeon, 2013).

Cette structuration des formations recoupe intégralement les compétences transversales mises en avant par de nombreux travaux scientifiques, où le management participatif, la conduite du changement, la gestion interdisciplinaire, la résolution de conflits et une posture éthique sont systématiquement considérés comme déterminants de la qualité managériale dans le secteur du Care (Haute Autorité de Santé, 2015 ; Lega et al., 2013). Enfin, cette convergence entre l'offre de formation, les attentes du marché de l'emploi et la littérature scientifique atteste d'un processus d'alignement progressif des compétences professionnelles, dans un secteur en pleine transformation (Marmot, 2005 ; Tronto, 2013).

5.3 Convergences et écarts des compétences du middle manager dans le secteur du Care : littérature, emploi et formation

Afin d'objectiver les convergences et les écarts entre les compétences valorisées dans la littérature, celles attendues dans les offres d'emploi, et celles développées par les filières officielles de formation, la synthèse suivante compare ces trois dimensions majeures. Pour garantir la légitimité de la comparaison, seuls les cursus reconnus par la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été retenus. Il s'agit notamment du master universitaire en gestion des établissements et services de santé, organisé par l'Université catholique de Louvain (UCLouvain) et l'Université libre de Bruxelles (ULB), ainsi que de la spécialisation cadre de

santé, proposée par le Centre de formation pour les Secteurs Infirmier et de santé (CPSI) à Bruxelles et par l’Institut provincial de Formation sociale (IPFS) à Namur. Ont également été pris en compte les masters en sciences infirmières proposés par la Haute École Namur-Liège-Luxembourg (Hénallux), l’UCLouvain et l’Université de Namur (UNamur).

La présentation sous forme de tableau vise à offrir une vision claire et synthétique des convergences et divergences entre ces trois sources de compétences. Ce format facilite la lecture comparative, met en lumière les domaines de recoupement et permet d’identifier rapidement les écarts potentiels ou les axes d’amélioration dans la formation et les attentes du secteur (Haute Autorité de Santé, 2015). Une telle démarche comparative est couramment recommandée pour articuler la réflexion scientifique à la réalité professionnelle et pédagogique (Lega, Prenestini et Spurgeon, 2013).

Tableau 4 : Convergence des compétences clés pour le management intermédiaire du Care — comparaison entre littérature scientifique, offres d’emploi 2024-2025 et cursus de formation en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Compétences clés	Littérature scientifique : attendu	Offres d’emploi (2024-2025)	Cursus officiels (exemples)
Leadership participatif	Indispensable (Haute Autorité de Santé, 2015 ; Lega, Prenestini, & Spurgeon, 2013)	« Mobilisation d’équipes », « leadership participatif »	Modules de management & leadership, ULB (2024), CPSI (2024)
Conduite du changement, innovation	Essentiel (Marmot, 2005)	« Accompagnement du changement », « Innovation organisationnelle »	Gestion du changement, conduite de projet, ULB (2024)

Compétences clés	Littérature scientifique : attendu	Offres d'emploi (2024-2025)	Cursus officiels (exemples)
Communication inter disciplinaire, gestion des conflits	Fondamental (Tronto, 2013)	« Communication », « gestion des tensions », « médiation »	Communication professionnelle, gestion des conflits, CPSI (2024)
Posture éthique, inclusive, respect	Central (Tronto, 2013 ; Haute Autorité de Santé, 2015)	« Respect de la singularité », « adhésion aux valeurs humaines »	Éthique du Care et déontologie, UCLouvain (2024), ULB (2024)
Gestion de la diversité, interculturalité	Parfois développée	Parfois présente selon le milieu	Modules variables selon l'établissement, ULB (2024)
Maîtrise des outils numériques collaboratifs	En progression récente	« Maîtrise des outils numériques collaboratifs »	Management de l'information, ULB (2024), CPSI (2024)
Résilience, autonomie, initiative	Soft skills complémentaires	« Résilience », « autonomie », « initiative »	Développement personnel et professionnel, ULB (2024)

Les programmes universitaires, comme le master en gestion des établissements et services de soins de l'ULB, incluent ainsi des unités de cours sur le management stratégique, la gestion du changement, les ressources humaines, la communication professionnelle, la gestion des conflits et l'intégration des outils numériques appliqués aux soins (ULB, 2024a, 2024b). La spécialisation Cadre de santé, elle, insiste sur l'organisation des équipes, la

coordination, les enjeux éthiques, la communication et l'encadrement pratique (CPSI, 2024 ; IPFS, 2024). Ces formations sont toutes reconnues par la Fédération Wallonie-Bruxelles et répondent à un cadre légal spécifique⁸.

Cette synthèse atteste que les cursus officiels intègrent largement les compétences identifiées dans la littérature et recherchées sur le marché du travail, assurant ainsi leur pertinence et leur actualité pour l'exercice du management intermédiaire du Care en Belgique.

Toutefois, certaines compétences, notamment celles liées à la gestion de la diversité, à l'innovation numérique ou à l'approfondissement éthique, peuvent encore gagner en visibilité et en intensité dans les cursus. De plus, la présence parfois implicite des valeurs du Care dans les offres d'emploi invite les organismes de formation et les employeurs à expliciter davantage ces dimensions pour renforcer la cohérence et l'attractivité des parcours (Haute Autorité de Santé, 2015 ; UCLouvain, 2024).

6 Pistes d'action et leviers d'amélioration

6.1 Aligner les compétences développées avec les besoins du terrain et du marché

L'analyse croisée des référentiels académiques, des offres d'emploi actuelles et des curricula de formation fait émerger la nécessité d'un alignement dynamique des compétences des middle managers du Care avec les exigences réelles du secteur. La littérature souligne l'importance accrue du leadership participatif, de la gestion du changement, de l'intelligence émotionnelle, de la communication interdisciplinaire et de la posture réflexive en tant que socles de la professionnalisation managériale dans le Care (Haute Autorité de Santé, 2015 ; Lega et al., 2013 ; Zhang et al., 2023).

Sur le marché du travail belge, ces compétences figurent systématiquement dans les offres d'emploi publiées sur des plateformes spécialisées, lesquelles insistent aussi sur la maîtrise des outils numériques, le développement de l'innovation organisationnelle et la capacité à fédérer autour de projets communs (Indeed, 2024 ; JobCareers.be, 2024 ; LinkedIn, 2024-2025).

Cette convergence n'exclut pas certains décalages, notamment dans la prise en compte de la diversité culturelle et des enjeux éthiques, qui peuvent parfois être sous-représentés dans les curricula ou implicites dans les annonces (Brault, Denis, Sullivan et D'Amour, 2021 ; Haute École Namur-Liège-Luxembourg, 2024 ; UCLouvain, 2024).

⁸ Arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée au 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction de cadre dans les établissements de soins.

Il s'avère donc indispensable de renforcer l'intégration des « soft skills » et de l'éthique du Care dans tous les modules de formation, en veillant à l'actualisation régulière des contenus. Cela nécessite, d'une part, le développement de partenariats institutionnels entre établissements de formation, fédérations professionnelles et employeurs, afin d'assurer une veille continue sur les besoins du secteur et, d'autre part, la création de dispositifs de formation agiles, capables de s'adapter aux mutations rapides du terrain (Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé [KCE], 2024 ; Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques, 2021).

6.2 Adapter et professionnaliser l'accompagnement des middle managers

La montée en complexité du secteur du Care exige l'institutionnalisation de dispositifs de mentorat, de supervision, de codéveloppement professionnel et de pairs coaching pour les middle managers à toutes les étapes de leur parcours. Ces modes d'accompagnement, abondamment recommandés dans la littérature, ont montré leur efficacité en matière d'intégration, de montée en compétences et de prévention de l'isolement professionnel (Allen et al., 2022 ; Gervais et Coulet, 2020 ; Payette et Champagne, 2010). Les programmes de mentorat permettent de transmettre la culture organisationnelle, de soutenir la réflexivité et de renforcer l'agilité décisionnelle, tandis que la supervision favorise la gestion des tensions et l'identification des risques psychosociaux (Toupin et Denis, 2016).

Par ailleurs, la reconnaissance institutionnelle – incluant la participation active aux décisions stratégiques, la valorisation des réussites individuelles et collectives, ou encore la mise en place de passerelles de carrière claires⁹ – apparaît comme un levier essentiel d'engagement. Plusieurs études récentes montrent que la reconnaissance, formelle ou informelle, constitue un facteur déterminant de fidélisation et de bien-être au travail (Mol, 2008 ; Saba et al., 2023 ; Tronto, 2013).

6.3 Promouvoir une organisation agile, éthique et participative

L'évolution des modèles de gouvernance et la complexification des besoins du secteur appellent de nouvelles approches organisationnelles fondées sur l'autonomie des équipes et l'agilité décisionnelle (Edmondson, 2018 ; Pichault et Schoenaers, 2012). La mise en œuvre de structures décentralisées, la délégation renforcée du pouvoir décisionnel et le recours

⁹ Le plan de carrière ne sera pas développé ici : dans le secteur public, les parcours professionnels sont en grande partie définis par les statuts, qui régissent de façon assez rigide les modalités d'avancement et de mobilité professionnelle, limitant ainsi les marges de manœuvre individuelles (voir Piron, 2025 ; VGV, 2021 ; Capital, 2021).

régulier à des espaces de feedback collectif favorisent l'innovation, l'engagement et la réactivité des équipes (Evaneo Formation, 2023 ; Management & Avenir, 2016).

L'utilisation d'outils collaboratifs numériques, couplée au développement de compétences en gestion de la transversalité, est désormais centrale pour fluidifier la circulation de l'information et soutenir la mutualisation des savoirs (Toupin et Denis, 2016 ; Zhang, Zhu, Jiang et Peng, 2023).

En outre, la généralisation d'un management participatif et l'affirmation des valeurs du Care (sollicitude, responsabilité partagée, attention à la diversité et à la vulnérabilité) doivent s'inscrire explicitement dans les politiques RH et dans les dispositifs d'accompagnement du changement. Ces valeurs, désormais reconnues comme des déterminants de la qualité des soins et du bien-être collectif, doivent être travaillées dans l'ensemble des cursus et outils d'évaluation professionnelle (Brault, Denis, Sullivan et D'Amour, 2021 ; Halloy, 2019 ; Tronto, 2013).

6.4 Outiller le middle manager pour anticiper et accompagner les mutations sociétales

Le repositionnement du middle manager dans le secteur du Care requiert aujourd'hui d'élargir encore son spectre de compétences afin d'anticiper les évolutions démographiques, l'innovation technologique et la reconfiguration des modes de gouvernance. Face au vieillissement de la population, à la multipathologie chronique et à la diversification croissante des situations de vulnérabilité, les middle managers doivent renforcer la gestion prévisionnelle, l'intégration de la diversité des profils et l'approche inclusive du management (Brault et al., 2021 ; De Ridder et al., 2019 ; Statbel, 2024).

L'essor accéléré des technologies (digital health, outils collaboratifs, IA organisationnelle) appelle une acculturation numérique généralisée parmi le management intermédiaire, tout comme la capacité à accompagner les équipes vers l'appropriation de ces changements sans compromettre la dimension humaine du Care (INAMI, 2023 ; KCE, 2024 ; Zhang, Zhu, Jiang et Peng, 2023). Les réformes de gouvernance orientent désormais les organisations vers davantage d'horizontalité, de transparence et de co-construction, ce qui requiert des compétences de facilitation, de communication stratégique et de pilotage de projets collectifs (De Ridder et al., 2019 ; Edmondson, 2018 ; EN3S, 2018).

Enfin, la résilience organisationnelle s'impose comme une priorité, dans un contexte caractérisé par l'incertitude, la pénurie de ressources et les crises récurrentes (sanitaires, sociales ou technologiques). Les middle managers, pivots de la structuration et du pilotage collectif, doivent être soutenus via des formations à la gestion de crise, à la régulation émotionnelle et à la conduite du changement, selon une logique d'apprentissage organisationnel continu (Brault et al., 2021 ; KCE, 2024 ; Zhang et al., 2023).

7 Conclusion

Ce mémoire a mis en lumière la place complexe, évolutive et stratégique du middle manager dans le secteur du Care en Belgique, à la croisée des dynamiques institutionnelles, des mutations sociétales et des attentes renouvelées du système de santé. À partir d'un diagnostic croisé associant référentiels académiques, analyse d'offres d'emploi récentes et étude des contenus de cursus de formation, il ressort que le rôle du middle manager dépasse largement la supervision opérationnelle : il s'impose désormais comme un acteur-clé de l'innovation organisationnelle, de la coordination interdisciplinaire, de la diffusion des valeurs du Care et de l'accompagnement des changements structurels (Haute Autorité de Santé, 2015 ; Lega, Prenestini et Spurgeon, 2013 ; Zhang, Zhu, Jiang et Peng, 2023).

L'articulation des données issues du terrain et de la littérature scientifique révèle une hybridation croissante des compétences mobilisées : leadership participatif, gestion des ressources humaines, intelligence émotionnelle, pilotage du changement, accompagnement de la digitalisation et ancrage éthique dans la sollicitude et l'inclusion (Brault, Denis, Sullivan et D'Amour, 2021 ; Tronto, 2013). Les analyses des offres d'emploi et des cursus officiels mettent en évidence une convergence notable entre attentes institutionnelles, pratiques de recrutement et dispositifs de formation, même si certains axes – notamment les soft skills, la diversité culturelle et l'éthique du Care – mériteraient d'être davantage consolidés ou explicités (Brault et al., 2021 ; JobCareers.be, 2024 ; UCLouvain, 2024).

Face à ces enjeux, les recommandations formulées soulignent qu'un repositionnement durable et efficace du middle manager suppose :

- un accompagnement structuré tout au long du parcours (mentorat, codéveloppement, reconnaissance professionnelle),
- une formation continue adaptative, centrée sur la transdisciplinarité et l'agilité organisationnelle,
- une responsabilisation accrue dans la prise de décision et la co-construction des innovations,
- et une intégration systémique de l'éthique du Care aux politiques RH et aux pratiques managériales (Gervais et Coulet, 2020 ; Zhang et al., 2023).

Le défi majeur à venir pour le secteur belge du Care réside dans la capacité à anticiper les mutations démographiques, accélérer l'appropriation des outils numériques, réorganiser selon des modèles participatifs, renforcer la résilience organisationnelle collective et promouvoir un environnement favorable à l'engagement durable des managers (KCE, 2024 ; INAMI, 2023). Loin d'être un simple maillon hiérarchique, le middle manager se révèle ainsi un passeur stratégique entre les valeurs du soin, les innovations structurelles et les impératifs d'efficacité,

au service d'une amélioration continue de la qualité des prises en charge et du bien-être collectif.

Si ce travail s'inscrit dans une perspective essentiellement descriptive et comparative, il ouvre des pistes pour de futures recherches : la réalisation d'enquêtes qualitatives auprès des managers et des équipes de terrain permettrait d'affiner le diagnostic, et une comparaison internationale élargirait l'analyse à d'autres contextes sanitaires. Plus globalement, il confirme que la reconnaissance et la professionnalisation des middle managers constituent des leviers décisifs pour garantir la vitalité, l'équité et la robustesse du système de santé belge à moyen et long terme.

8 Annexes

9 Bibliographie

- Allen, T. D., Eby, L. T., O'Brien, K. E., & Lentz, E. (2022). The state of mentoring research: A qualitative review of current research methods and future directions. *Career Development International*, 27(3), 221–242. <https://doi.org/10.1108/CDI-10-2021-0268>
- Archives de l'État en Belgique. (s.d.). Trois décennies de Santé publique : politique, science et inspection (1944–1975). <https://www.arch.be/index.php?l=fr&m=actualites&r=toutes-les-actualites&a=2022-06-17-trois-decennies-de-sante-publique-politique-science-et-inspection-1944-1975>
- Asana. (2025). Comprendre soft skills et hard skills : guide pratique et exemples. <https://asana.com/fr/resources/hard-skills-vs-soft-skills>
- Barrier, J., Pillon, J.-M., & Quéré, O. (2015). Les cadres intermédiaires de la fonction publique. Travail administratif et recompositions managériales de l'État. *Gouvernement et action publique*, 4(4), 9–32. <https://doi.org/10.3917/gap.154.0009>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7^e éd.). Oxford University Press.
- Belgique. (2006, 13 juillet). Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée au 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction de cadre dans les établissements de soins. *Moniteur belge*, 12 septembre 2006.
- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). (2016). Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital care payment system (KCE Reports 229). https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf
- Belgium.be. (2014). Sixth State Reform. https://www.belgium.be/en/about_belgium/country/history/belgium_from_1830/formation_federal_state/sixth_state_reform
- Birken, S. A., Lee, S.-Y. D., & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*, 7(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-28>

- Bourdages-Sylvain, M.-P. (2022). Les cadres intermédiaires dans les organisations de santé. <https://carrefourrh.org/ressources/science-rh/articles/2022/10/cadres-intermediaires-dans-organisations-sante>
- Boukouvalas, A., Papalexandris, A., & Galanaki, E. (2019). Middle managers' role perceptions and behaviors: A qualitative investigation in health care organizations. *Leadership in Health Services*, 32(2), 270–285. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2018-0062>
- Boutcher, F., Berta, W., Urquhart, R., & Gagliardi, A. R. (2022). The roles, activities and impacts of middle managers who function as knowledge brokers to improve care delivery and outcomes in healthcare organizations: A critical interpretive synthesis. *BMC Health Services Research*, 22(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07387-z>
- Brault, I., Denis, J.-L., Sullivan, T. J., & D'Amour, D. (2021). Understanding professional hierarchies and their impact on leadership practices in healthcare teams. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06263-z>
- Brugère, F. (2017). *La philosophie du care*. Paris : PUF.
- CEIC. (2019). Belgium BE: Hospital Beds: per 1000 People. <https://www.ceicdata.com/en/belgium/social-health-statistics/be-hospital-beds-per-1000-people>
- CFE-CGC. (2023). *Baromètre des risques psychosociaux 2023*. Paris : Confédération Française de l'Encadrement – Confédération Générale des Cadres. <https://www.cfecgc.org/barometre2023>
- Capital. (2021, 14 avril). La rigidité des statuts des fonctionnaires bloque la mobilité et les carrières.
- Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). (2024). *Formation continue et compétences des managers du secteur des soins en Belgique (KCE Reports 367B)*. Bruxelles : KCE.
- Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). (2024). *Performance of the Belgian health system: Report 2024 (KCE Reports 376C)*. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376C_HSPA2024__Report.pdf

- Clain, A. (2021). L'impact du leadership participatif sur la réduction de l'incertitude émotionnelle chez les professionnels de santé. *Pratiques Psychologiques*, 27(2), 181–189. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1420253021000285>
- Codo, E., & Soparnot, R. (2013). Risques psychosociaux et management à l'hôpital : approches et solutions. Discussion paper. EU-OSHA. https://osha.europa.eu/sites/default/files/Psychosocial_risk_management_social_care_en.pdf
- Conseil national de l'Ordre des médecins. (2021). Rapport d'activité 2021. Paris : CNOM. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/j5p3xe/cnom_rapport_activite_2021.pdf
- Conseil Supérieur de la Santé. (2023). Collaboration et leadership dans les soins. Bruxelles.
- Cornett, M., Palermo, C., & Ash, S. (2023). Professional identity research in the health professions—a scoping review. *Advances in Health Sciences Education*, 28(2), 589–642. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10171-1>
- Coulter, A. (2012). Patient engagement—What works? *BMJ*, 344, e1938. <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1938>
- CPSI. (2024). Spécialisation cadre de santé. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.cpsi.be/formations/cadre-de-sante>
- De Keyser, V., & Hansez, I. (2020). Impact de la pandémie de COVID-19 sur les professionnels de santé en Belgique : résultats d'enquêtes. Université de Liège.
- De Ridder, M., Taskin, L., Ajzen, M., Antoine, M., & Jacquemin, C. (2019). Le métier de manager en transformation : une démarche prospective. *Management & Avenir*, 109(3), 37–60. <https://doi.org/10.3917/mav.109.0037>
- Diamant, S. (2025). Le rôle crucial du middle management dans la cohésion et la performance. <https://www.archetype-eu.com/le-role-crucial-du-middle-management-dans-la-cohesion-et-la-performance>
- École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (2018). Manager dans un environnement en mutation : outils et méthodes pour cadres publics. Saint-Étienne : EN3S.

- Edmondson, A. C. (2018). *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Engle, R. L., Lopez, E. R., Gormley, K. E., Chan, J. A., Charns, M. P., & VanDeusen Lukas, C. (2017). What roles do middle managers play in implementation of innovative practices? *Health Care Management Review*, 42(1), 14–27.
<https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000090>
- Érudit. (2021). Strategies used by middle managers to support employees carrying out emotionally demanding work: Which strategies and why those ones? *Relations industrielles / Industrial Relations*, 76(1). <https://www.erudit.org/en/journals/ri/2021-v76-n1-ri05863/1075577ar/>
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2022). Belgium: Health system review. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/belgium-health-system-review-2021>
- Evaneo Formation. (2023). Notre approche de la formation et de la délégation RH. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.evaneo-formation.com>
- Exworthy, M., & Halford, S. (Eds.). (1999). *Professionals and the new managerialism in the public sector*. Open University Press. <https://nla.gov.au/nla.cat-vn670894>
- Exworthy, M., Wilkinson, E. K., McColl, A., Moore, M., Roderick, P., Smith, H., & Gabbay, J. (2003). The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1493–1504. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00151-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00151-X)
- FPS Santé Publique – SPF Public Health. (2019). General Hospitals – Key Data in Healthcare.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/key_data_in_healthcare_gh_v04.pdf
- Frimousse, S., & Peretti, J.-M. (2020). Les changements organisationnels induits par la crise de la Covid-19. *Question(s) de management*, 29(3), 105–149.
<https://doi.org/10.3917/qdm.203.0105>
- Gervais, C., & Coulet, J. (2020). Mentorat et accompagnement professionnel : dispositifs, apports et perspectives. In J. Coulet, C. Gervais, & F. Mayen (Éds.), *Mentorat et accompagnement professionnel* (pp. 17–35). Paris : Éditions Octarès.

- Gerkens, S. (2024a). Évolution du financement des établissements hospitaliers en Belgique. Bruxelles : Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Haberey-Knuessi, V., Heeb, J.-L., & Morgan De Paula, E. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, (115), 8–18. <https://www.he-arc.ch/publications/lenjeu-communicationnel-dans-le-systeme-hospitalier/>
- Halloy, S. (2019). Vers un management éthique dans le secteur du Care : enjeux et perspectives [Mémoire de master, Université catholique de Louvain]. UCLouvain.
- Hartviksen, T. A., Hovland, O. J., & Aspfors, J. (2019). Healthcare middle managers' experiences of developing leadership capacity and capability in a public funded health service: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19, 754. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4535-6>
- Haute Autorité de Santé. (2015). Évaluation des compétences des professionnels en établissement de santé. Saint-Denis : HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/rapport_activite_2015.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2015). Le travail en équipe, une des clés de la sécurité du patient. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3113131/fr/le-travail-en-equipe-une-des-cles-de-la-securite-du-patient
- Haute Autorité de Santé. (2015). Place des usagers dans les démarches qualité et sécurité des soins. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2013240/fr/place-des-usagers-dans-les-demarches-qualite-et-securite-des-soins
- Haute École Namur-Liège-Luxembourg. (2024). Programmes en management du secteur santé et social. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.henallux.be/les-formations>
- Henderikx, M., Stoffers, J., & De Leede, J. (2023). Digital transformation and middle managers' leadership: Challenges and opportunities. *Frontiers in Psychology*, 14, 1147002. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1147002>
- Hesbeen, W. (2024). Vers un horizon éthiquement désirable. Bruxelles : De Boeck.
- Hickmann, E., Richter, S., & Schlieter, H. (2022). Bridging care and digital transformation: Leadership perspectives in health care. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10), e12345. [https://doi.org/\[compléter-doi\]](https://doi.org/[compléter-doi])

- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hôpital Universitaire de Bruxelles. (2024). *Rapport d'activité 2024*. Bruxelles : H.U.B.
- Husser, J. (2017). Nouveaux modes de coordinations hospitalières et encadrement intermédiaire. *Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit*, 5(1), 237–255.
- Husser, J., & Goujon-Belghit, A. (2024). Le rôle du middle manager dans l'adaptation aux changements organisationnels. *Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit*, 5(1), 237–255.
- Ibos, C., Damamme, A., Molinier, P., & Paperman, P. (2019). Le travail du care : un travail invisibilisé. In Ibos, C., Damamme, A., Molinier, P., & Paperman, P. (Eds.), *Vers une société du care : Une politique de l'attention* (pp. 105–120). Paris : Le Cavalier Bleu.
- IFIC. (s.d.). Éventail de fonctions : classification et descriptions des fonctions. Institut fédéral pour les fonctions et classifications. Repéré le 2 juillet 2025 sur <https://www.ific-sante.be/fr/ventail-fonctions/>
- INAMI. (2015). *La sixième réforme de l'État : ce qui a changé pour les soins de santé*. <https://www.inami.fgov.be>
- INAMI. (2023). *Plan d'action e-Santé 2022-2024*. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/esante>
- Indeed. (2024). Offres d'emploi « Care Manager » en Belgique. Repéré le 10 août 2025 sur <https://emplois.be.indeed.com/q-care-manager-emplois.html>
- IPFS. (2024). *Cadre de santé*. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.ipfs.be/formations/cadre-de-sante/>
- JobCareers.be. (2024). Offres d'emploi « Care Manager » Belgique. Repéré le 10 août 2025 sur [URL exacte de la page consultée]
- Korlén, S., Essén, A., Lindgren, P., Amer-Wählin, I., & von Thiele Schwarz, U. (2017). Managerial strategies to make incentives meaningful and motivational. *Health Care Management Review*, 42(3), 254–265.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000118>

- Lega, F., Prenestini, A., & Spurgeon, P. (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? *Value in Health*, 16(Suppl. 1), S46-S51. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.004>
- Lega, F., Prenestini, A., & Spurgeon, P. (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? *Health Policy*, 110(2–3), 183–194.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851013001549>
- LinkedIn. (2024–2025). Annonces d’emploi « Care Manager ». Repéré le 25 juillet 2025 sur <https://be.linkedin.com/jobs/care-manager-jobs>
- Management & Avenir. (2016). Numéros de la revue, analyses sur la gouvernance et l’innovation organisationnelle. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir.htm>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Martens, M., et al. (2021). Integration or Fragmentation of Health Care? Examining Policies and Politics in a Federal System. *International Journal of Health Policy and Management*, x(x), 1–14. <https://repository.uantwerpen.be/docstore/d:irua:6969>
- Metzger, J.-L. (2012). Les pratiques managériales dans le secteur public : entre logiques professionnelles et contraintes de gestion. Paris : La Documentation française.
- Mercuri, M. (2013). Middle managers’ role in health care systems: An integrative review. *Health Services Management Research*, 26(3), 112-120. [https://doi.org/\[compléter\]](https://doi.org/[compléter])
- Meynckens-Fourez, M. (2010). Au-delà des pièges qui paralysent les équipes, comment construire un espace de confiance ? *Thérapie Familiale*, 31(3), 195–214.
<https://doi.org/10.3917/tf.103.0195>
- Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques. (2021). Baromètre des compétences managériales du secteur sanitaire et social. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.fonction-publique.gouv.fr/barometre-competences-manag-care>

- Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques. (2021). Le management intermédiaire dans le secteur public. <https://www.vie-publique.fr/rapport/279266-le-management-intermediaire-dans-le-secteur-public>
- Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques. (2021). Réinventer son management et bâtir l'avenir avec confiance – Recueil de pratiques à partager à destination des managers intermédiaires (Décembre 2021). https://www.modernisation.gouv.fr/files/2022-04/Recueil_Pratiques_A_Partager_decembre_2021_0.pdf
- Mol, A. (2008). La logique du care. Enquête sur l'art de bien faire et de bien vivre. Paris : Éditions Les Empêcheurs de penser en rond/La Découverte.
- Molinier, P. (2013). Le travail du care. Paris : La Dispute.
- Olivaux, M., Arezki, D., & Keramidas, O. (2017). L'éthique du care, levier de la mobilisation collective des agents hospitaliers. Le cas du pôle gériatrie d'un centre hospitalier régional universitaire. RIMHE - Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, (25), 51–76.
- Organisation mondiale de la Santé – Bureau régional de l'Europe. (2021). Health equity policy tool: A framework to track policies for increasing health equity in the WHO European Region. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055314>
- Payette, A., & Champagne, C. (2010). Le groupe de codéveloppement professionnel : Animée des groupes de pratiques pour transformer l'action. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Payaud, M. (2003). Le middle management hospitalier : entre isolement et remise en question. Revue Hospitalière de France, 547, 45-49.
- Perspectives économiques de l'OCDE, Volume 2021 Numéro 1. (2021). https://www.oecd.org/fr/publications/perspectives-economiques-de-l-ocde/volume-2021/issue-1_631c1b44-fr.html
- Pierron, J.-P., & Tabuteau, D. (Eds.). (2019). Le patient en tant qu'acteur du système de santé. Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-patient-en-tant-qu-acteur-du-systeme-de-sante--9782130812511.htm>

- Pichault, F., & Schoenaers, F. (2012). Le middle management sous pression. La difficile intégration du référentiel managérial issu du NPM dans les organisations au service de l'intérêt général. *Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels*, 18(45), 121–150.
- Piron, D. (2025). Le statut de la fonction publique en Belgique : passé, présent... et futur ? Namur : Interrégionale wallonne de la Centrale générale des services publics (CGSP)
- Projectique. (2023). Les outils de gestion, vecteurs ou régulateurs des risques psychosociaux ? *Entreprise et Société*, 2(16), 115-130. <https://classiques-garnier.com/export/pdf/entreprise-societe-2024-2-n-16-varia-management-tools-as-vectors-or-regulators-of-psychosocial-risks.html?displaymode=full>
- Réseau Santé Wallon. (2024). Offres d'emploi santé. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.reseausantewallon.be/jobs/>
- Ridder, M. de, Taskin, L., Ajzen, M., Antoine, M., & Jacquemin, C. (2019). Le métier de manager en transformation : une démarche prospective. *Management & Avenir*, 109(3), 37–60. <https://doi.org/10.3917/mav.109.0037>
- Saveuse, C., & Gillet, N. (2022). Le leadership participatif et le bien-être des équipes soignantes : une étude empirique dans le secteur hospitalier. *Revue de Psychologie du Travail et des Organisations*, 28(1), 40–50. <https://www.cairn.info/revue-psychologie-du-travail-et-des-organisations-2022-1-page-40.htm>
- Sciotto, G., Busonera, A., Piras, A., Martines, F., & De Simone, S. (2025). Who takes care of the burden of emotions in palliative care workers? A study with the job demands-resources perspective. *BMC Palliative Care*, 24(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01303-6>
- Service Public Fédéral Santé Publique. (2024). Belgique en bonne santé : Rapport annuel sur l'état du système de soins. Bruxelles : SPF Santé Publique.
- Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. (2017). Rapport d'activités de la Direction générale Contrôle des lois sociales. Bruxelles : SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

- Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. (2017). Burnout et travail (CSS N° 9339). Bruxelles : SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9339_burn_out_a4_28092017.pdf
- Service Public Fédéral Santé Publique. (2023). Prise en charge intégrée et soins de santé territorialisés. <https://www.health.belgium.be/fr/prise-en-charge-integree-et-soins-de-sante-territorialises>
- Service Public Fédéral Santé Publique. (2025). Plan d'action interfédéral eSanté 2025–2027. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/esante/plan-d-action-interfederal-esante-2025-2027>
- Statbel. (2024). Structure of the Population, 2024. Repéré le 10 juillet 2025 sur <https://statbel.fgov.be/en/themes/population/structure-population>
- Statista. (2024). Number of hospital beds in Belgium 2000-2023.
<https://www.statista.com/statistics/557236/hospital-beds-in-belgium/>
- StepStone.be. (2024). Annonces « Customer Care Manager » en Belgique. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.stepstone.be/jobs/customer-care-manager/in-liège>
- Toupin, C., & Denis, J.-L. (2016). La supervision professionnelle en santé et services sociaux : Concepts et pratiques. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Tronto, J. C. (2009). Un monde vulnérable : Pour une politique du care (F. Jarrige & T. Papermann, Trad.). Paris : La Découverte. (Ouvrage original publié en 1993)
- Tronto, J. C. (2013). Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice. New York, NY: New York University Press.
- UCLouvain. (2024). Master en management (horaire décalé) – Programme 2024-2025. Repéré le 10 août 2025 sur <https://uclouvain.be/en-prog-2024-gehd2m1.pdf>
- ULB. (2024a). Master en sciences de la santé publique à finalité gestion des établissements et services de soins. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.ulb.be/fr/programme/m-sapug>

- ULB. (2024b). Master in Public Health with focus Management of healthcare institutions and services. Repéré le 10 août 2025 sur <https://www.ulb.be/en/programme/2024-m-sapug>
- Urquhart, R., Kendell, C., Folkes, A., Reiman, T., Grunfeld, E., & Porter, G. A. (2018). Making it happen: Middle managers' roles in innovation implementation in health care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(6), 414–423.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12324>
- VGv-Fonctionnaire. (2021). Fonctionnaire, job de rêve ? Union Wallonne des Fonctionnaires.
- Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Dossche, D., Van de Voorde, C., & Sermeus, W. (2019). Safe nurse staffing levels in acute hospitals (KCE Reports 325). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/safe-nurse-staffing-levels-in-acute-hospitals>
- Vandijck, D., Cleemput, I., Thomaes, R., Flamaing, J., & Devos, C. (2022). Private and public health care providers in Belgium: Coexistence, differences and trends (KCE Reports 359). Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-09/KCE_359C_Private%20and%20public%20healthcare%20providers%20in%20Belgium_Report.pdf
- Wang, Y., et al. (2024). Trauma-Informed Healthcare Leadership? Evidence and perspectives from middle managers. *BMC Health Services Research*, 24(1), 10946.
<https://doi.org/10.1186/s12913-024-10946-9>
- Wel, K., Dahl, R. A., & Bergsli, H. (2016). Privatisation in healthcare: Implications for equity and efficiency. Oslo : Nordic Institute for Studies in Innovation, Research and Education.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO Europe). (2023). Public–private partnerships for health care infrastructure and services.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365603/9789289058605-eng.pdf>
- Yang, H., Liu, M., Zhang, Y., Yang, H., & Wang, Y. (2025). How do emotional intelligence and professional identity affect humanistic care ability? A cross-sectional study among standardised training nurses in China. *BMJ Open*, 15(5), e091848.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091848>

Zhang, M., Zhu, H., Jiang, Y., & Peng, Z. (2023). Association of job characteristics and burnout of healthcare workers: A cross-sectional study. *International Journal of Public Health*, 68, 1605966. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605966>

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication

Place Montesquieu, 4 bte L2.05.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | www.uclouvain.be/espo