



HAL
open science

Impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité des médecins dans les Centre Hospitalo-Universitaires Algériens

Djida Vanmarsenille Bounazef

► To cite this version:

Djida Vanmarsenille Bounazef. Impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité des médecins dans les Centre Hospitalo-Universitaires Algériens. Économie et finance quantitative [q-fin]. HEC Alger, 2017. Français. NNT: . tel-02553442

HAL Id: tel-02553442

<https://hal.science/tel-02553442>

Submitted on 24 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

École des Hautes Études Commerciales



Thèse soutenue le 20 Avril 2017

En vue de l'obtention du diplôme de Doctorat en Sciences Commerciales

Sur le thème :

***Impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante
sur la culture de responsabilité des médecins dans les
Centre Hospitalo-Universitaires Algériens***

Thèse présentée et soutenue par :

BOUNAZEF Djida

Thèse dirigée par :

Pr. CHABANI Smain, HEC Alger

Pr. VAN CAILLIE Didier, HEC Liège

Devant le jury :

Nom et Prénom	Ecole/Université	Qualité
Pr. BOUYOUCEF Djamilia	HEC Alger	Présidente du jury
Pr. CHABANI Smain	HEC Alger	Directeur de thèse
Pr. BENAMIROUCHE Rachid	ENSSEA	Examinateur
Dr. BOUCHA Nesrine	HEC Alger	Examinatrice
Dr. HADJ AISSA Sid Ahmed	Université de Blida 2	Examinateur
Dr. DAHAK Nadjia	Université d'Alger 3	Examinatrice

Année Universitaire 2016-2017

École des Hautes Études Commerciales



Thèse soutenue le 20 Avril 2017

En vue de l'obtention du diplôme de Doctorat en Sciences Commerciales

Sur le thème :

***Impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante
sur la culture de responsabilité des médecins dans les
Centre Hospitalo-Universitaires Algériens***

Thèse présentée et soutenue par :

BOUNAZEF Djida

Thèse dirigée par :

Pr. CHABANI Smain, HEC Alger

Pr. VAN CAILLIE Didier, HEC Liège

Devant le jury :

Nom et Prénom	Ecole/Université	Qualité
Pr. BOUYOUCEF Djamila	HEC Alger	Présidente du jury
Pr. CHABANI Smain	HEC Alger	Directeur de thèse
Pr. BENAMIROUCHE Rachid	ENSSEA	Examinateur
Dr. BOUCHA Nesrine	HEC Alger	Examinatrice
Dr. HADJ AISSA Sid Ahmed	Université de Blida 2	Examinateur
Dr. DAHAK Nadjia	Université d'Alger 3	Examinatrice

Année Universitaire 2016-2017

Résumé :

Cette recherche analyse l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité des médecins. Dans ce but, l'analyse prend en compte les valeurs et les pratiques organisationnelles dans l'hôpital. Elle analyse l'impact de l'identité sociale, de la normalisation des valeurs, du conformisme, des pratiques du post-new public management et de la qualité du climat interactionnel sur le niveau de sensibilisation et de renforcement des valeurs, des comportements et des actions à volet sociétal des médecins. Le modèle opératoire se réfère aux travaux de Tajfel/Turner, de Lewin et de Schein/Hofstede. Sa finalité est d'analyser la force de la culture hospitalière, l'existence des sous-cultures/contre-cultures, le poids de la hiérarchie informelle et la perception des pressions de pouvoir entre les médecins et l'équipe dirigeante. Les résultats déterminent la force des valeurs sociétales, le niveau d'appartenance, la perception de la culture de responsabilité et la force des facteurs de motivation à la responsabilisation partagée de 380 médecins dans 5 différents CHU algériens.

Mots-clés : Responsabilité partagée, groupes catégoriels, valeurs et actions sociétales, pressions de pouvoir, comportements non-conformistes.

Abstract:

This research analyses the impact of leaders' social influence on physicians' culture of accountability through the study of organisational values and practices in hospitals. It analyses the impact of social identity, values normalisation, conformism, practices of post-new public management and quality of interactional climate on the sensitization of social values, behaviours and actions. The research model refers to the works of Tajfel/Turner, Lewin and Schein/Hofstede. It analyses strength of hospital culture, existence of sub-cultures, importance of informal authority and power pressures' perception between leaders and physicians. Results highlight strength of social values, level of attachment, culture of accountability's perception and strength of motivation to shared accountability's factors of 380 physicians in 5 different University Hospitals.

Keywords: Shared accountability, categorical groups, social values and actions, power pressures, nonconformist behaviours.

Dédicaces

Le projet de la réalisation d'une thèse de doctorat n'est pas un simple projet de recherche. Celui-ci représente un projet de vie et un projet familial. Il inclut l'environnement du chercheur dans chaque étape, sacrifice et succès. La réalisation de cette thèse a pris 5 années. Elle m'a permis de me forger avant tout personnellement. La leçon que j'y retiens est la puissance de la volonté et de la détermination ; le reste n'est qu'apprentissage.

Je remercie Dieu qui me donne la force, la foi, la santé et la détermination de mener à bien mes projets. Je remercie mon père qui n'a su compter les sacrifices dans la finalité de voir ses filles réussir et atteindre ce qu'elles méritent dans la vie. Sa réussite professionnelle nous pousse à viser de plus en plus haut.

Je remercie mon père, mon mari, ma mère et ma sœur pour l'amour et le soutien qu'ils me témoignent. Cette thèse de doctorat n'aurait jamais vu le jour sans leurs soutiens et conseils. Je les remercie d'avoir fait de moi la femme et la chercheuse que je suis aujourd'hui.

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier les membres de jurys d'avoir examinés et appréciés cette thèse de doctorat.

Je remercie mon directeur de thèse le Pr. Smain Chabani pour sa patience, sa confiance et son soutien sur les plans administratifs et scientifiques pour mes recherches de magister et de doctorat.

Je remercie mon co-directeur de thèse le Pr. Didier Van Caillie (directeur du Centre de l'Etude de la Performance des Entreprises, HEC Liège, Université de Liège) pour ses orientations. Ses conseils et directives sur le développement du savoir-être et du savoir-faire d'un bon chercheur me poussent à poursuivre ardemment l'excellence en recherche.

Je remercie l'ensemble des corps enseignants et administratifs de HEC Alger et de HEC Liège qui n'ont ménagé aucun effort durant l'ensemble de mon cursus en terme de formation et du suivi rigoureux. Je dédie par ailleurs ce travail aux enseignants des deux écoles qui ont cru en mes capacités et qui m'ont poussé à m'investir dans une carrière de recherche.

Je remercie mes collaborateurs au niveau du ministère de la santé et au niveau des CHU qui ont apporté une aide précieuse dans la réalisation de ma recherche opératoire.

Liste des tableaux

<u>Numéro des tableaux</u>	<u>Page</u>
<i>Chapitre 1</i>	
Tab. 1.1.- Missions des Centres hospitaliers Universitaires.....	24
<i>Chapitre 2</i>	
Tab. 2.1.- Styles de distance hiérarchique de Hofstede.....	151
Tab. 2.2.- Tendence collectiviste et individualiste de Hofstede.....	151
Tab. 2.3.- Orientation managériale féminine et masculine de Hofstede.....	152
Tab. 2.4.- Niveau de contrôle de l'incertitude.....	153
Tab. 2.5.- Orientation à long terme et à court terme de Hofstede.....	153
<i>Chapitre 3</i>	
Tab. 3.1.- Evolution du corps médical dans les CHU algériens (2011-2013).....	197
Tab. 3.2.- Evolution du autres corps hospitaliers dans les CHU algériens.....	198
Tab. 3.3.- Investissement direct en ressources humaines dans les CHU algériens	198
Tab.3.4.- Investissement indirect en ressources humaines dans les CHU algériens	199
Tab. 3.5.- Fonctionnalité des équipements médicaux dans les CHU algériens....	201
Tab. 3.6.- Fonctionnalité du parc automobile dans les CHU algériens.....	202
Tab. 3.7.- Activités d'hospitalisation dans les CHU algériens (2011-2013).....	203
Tab. 3.8.- Activités des urgences dans les CHU algériens.....	204
Tab. 3.9.- Activités de maternité dans les CHU algériens.....	204
Tab. 3.10.- Activités de consultation dans les CHU algériens.....	205
Tab. 3.11.- Activités de radiologie et d'exploration fonctionnelle dans les CHU algériens.....	205
Tab. 3.12.- Activités de laboratoire dans les CHU algériens.....	206
Tab. 3.13.- Activités de bloc opératoire dans les CHU algériens.....	206
Tab. 3.14.- Activités de stomatologie dans les CHU algériens (2011-2013).....	207
Tab. 3.15.- Activités d'hémodialyse dans les CHU algériens.....	207
Tab. 3.16. Niveau de collaboration des acteurs des CHU dans la réalisation de la recherche.....	216
Tab. 3.17. Modes d'administration des questionnaires dans les CHU algériens...	217
Tab. 3.18. Taux de participation et de réponses aux questionnaires par les médecins	219
Tab. 3.19. Présentation des groupes catégoriels des médecins participant à l'étude.....	223
Tab 3.20. Présentation des 4 personnalités catégorielles des médecins participants à l'étude.....	223
<i>Chapitre 4</i>	
Tab. 4.1. – Satisfaction des politiques de recrutement et de promotion par les médecins.....	230
Tab. 4.2. – Accès à la formation continue pour les médecins.....	232
Tab. 4.3. – Raison du non-bénéfice des formations continues par les médecins...	233
Tab. 4.4. – Raison du non-bénéfice des primes salariales par les médecins.....	234

Liste des tableaux

Tab. 4.5. – Qualité des échanges intergroupe pour les médecins.....	236
Tab. 4.6. – Qualité de la collaboration entre l'équipe dirigeante et les médecins....	237
Tab. 4.7. – Conflits entre l'équipe dirigeante et les médecins.....	239
Tab. 4.8. – Qualité de la coopération entre l'équipe dirigeante et les médecins....	240
Tab. 4.9. – Appartenance et satisfaction syndicale par les médecins	241
Tab. 4.10. – Raisons de satisfaction ou d'insatisfaction des résultats des groupes syndicaux	242
Tab. 4.11. – Taux et conséquences des participations aux grèves.....	243
Tab. 4.12. – Raisons du suivi des mouvements grévistes pour les 3 dernières années	243
Tab. 4.13. – Mobilités des médecins dans les CHU.....	245
Tab. 4.14. – Raisons des mobilités des médecins dans les CHU algériens.....	245
Tab. 4.15. – Heures d'absence journalière volontaire.....	246
Tab. 4.16. – Raisons d'absences volontaires journalières des médecins.....	247
Tab. 4.17. – Perception en % de l'organisation journalière de temps de travail des médecins	249
Tab. 4.18. – Répartition en % des raisons du départ des médecins dans les services.....	250
Tab. 4.19. – Médecins envisageant la démission avant la retraite dans les CHU...	251
Tab. 4.20. – Raisons des départs des médecins dans les CHU algériens.....	251
Tab. 4.21. – Matrice d'Eisenhower des éléments réduisant l'intention des départs volontaires.....	253
Tab. 4.22. – Eléments à maintenir afin de réduire les départs volontaires des médecins.....	255
Tab. 4.23. – Eléments à éviter afin de réduire les départs volontaires des médecins.....	256
Tab. 4.24. – Eléments à introduire afin de réduire les départs volontaires des médecins.....	256
Tab. 4.25. – Comparaison de la force des relations pour chaque sexe du modèle1..	260
Tab. 4.26. - Comparaison de la force des relations pour chaque grade du modèle1.	263
Tab. 4.27. - Comparaison de la force des relations pour chaque tranche d'âge du modèle 1	271
Tab. 4.28. - Comparaison de la force des relations pour chaque personnalité du modèle 1.....	277
Tab. 4.29 - Comparaison de la force des relations pour chaque appartenance du modèle 2.....	286

Chapitre 5

Tab. 5.1. – Perception des valeurs culturelles organisationnelles par les médecins.....	300
Tab. 5.2. – Impact de la culture nationale sur la sensibilisation des médecins à la culture de responsabilité dans les CHU.....	310
Tab. 5.3. – Niveau d'adhésion des médecins aux valeurs de l'équipe dirigeante dans les CHU.....	312
Tab. 5.4. – Perception des valeurs culturelles organisationnelles des responsables hiérarchiques.....	313
Tab. 5.5. – Satisfaction des pratiques managériales des chefs de services par les médecins (Notation de 00 à 10).....	315
Tab. 5.6. – Satisfaction des délais et de la qualité de la diffusion de l'information par les médecins (notation de 00 à 10).....	316
Tab. 5.7. –Moyens d'échange et de communication des médecins avec leurs supérieurs hiérarchiques (de 0% à 100%).....	316

Tab. 5.8. – Perception de la sensibilisation de la direction dans le développement d’une culture de responsabilité par les médecins.....	317
Tab. 5.9. – Identification des besoins et sources de motivation des médecins par la matrice SONCAS (Classement de 00 à 06).....	319
Tab 5.10. – Identification des sources de motivation à la responsabilisation des médecins.....	325
Tab. 5.11. – Mesure de la dispersion des valeurs des facteurs source de démotivation.....	328
Tab. 5.12. – Principes d’engagement des médecins dans leurs responsabilités (%)	331
Tab. 5.13. – Niveau d’implication des médecins envers leurs CHU respectifs (%)	333
Tab. 5.14. – Comportements et actions des médecins dans leurs CHU respectifs (%).....	335
Tab. 5.15. – Perception des habitudes, traditions et coutumes internes.....	336
Tab. 5.16.- Perception des améliorations internes induites par le renforcement de la responsabilisation partagée.....	338
Tab. 5.17.- Perception du renforcement de la culture de responsabilité par les médecins.....	339
Tab. 5.18.- Perception positive de la contribution de la culture de responsabilité dans la création de la valeur ajoutée hospitalière.....	340
Tab. 5.19. – Comparaison de la force des relations pour chaque sexe pour le modèle 2	344
Tab. 5.20. - Comparaison de la force des relations pour chaque grade pour le modèle 2.....	346
Tab. 5.21. - Comparaison de la force des relations pour chaque tranche d’âge pour le modèle 2.....	354
Tab. 5.22. - Comparaison de la force des relations pour chaque personnalité pour le modèle 2.....	362
Tab. 5.23. - Comparaison de la force des relations pour chaque appartenance pour le modèle 2.....	367
Tab. 5.24. - Comparaison entre l’échantillon des généralistes et les généralistes du CHU de Tlemcen pour le modèle 2.....	368
Tab. 5.25. - Comparaison entre l’échantillon des spécialistes et les spécialistes du CHU de Tizi Ouzou pour le modèle 2.....	371
Tab. 5.26. - Comparaison entre l’échantillon des généralistes et les généralistes du CHU de Béjaïa pour le modèle 2	373

Chapitre 6

Tab.6.1. - Présentation de statistiques descriptives des variables actives de l’ACP.	379
Tab. 6.2. - Coordonnées factorielles des variables basées sur les corrélations.....	392
Tab. 6.3.- Identification de l’homogénéité des valeurs organisationnelles des groupes catégoriels des médecins dans les CHU.....	411
Tab. 6.4. - Données statistiques du modèle des plans d’expériences.....	416
Tab.6.5.- Analyse du poids des facteurs sur la perception positive de la culture de responsabilité.....	420
Tab. 6.6.-Variation de Y en fonction de x_3 avec des valeurs maximales de x_1 et x_2	428
Tab. 6.7. - Analyse verticale des valeurs prédites de Y pour $x_3=21,27\%$	429
Tab. 6.8. - Analyse verticale des valeurs prédites de Y pour $x_3=53,35\%$	429
Tab. 6.9. - Analyse verticale des valeurs prédites de Y pour $x_3=85\%$	430
Tab.6.10. - Analyse horizontale des valeurs prédites de Y pour $x_3=21,27\%$	431
Tab. 6.11. - Analyse horizontale des valeurs prédites de Y pour $x_3=53,35\%$	431
Tab. 6.12. - Analyse horizontale des valeurs prédites de Y pour $x_3=85\%$	432

Liste des figures

<u>Numéro des figures</u>	<u>Page</u>
Chapitre 1	
Fig. 1.1.- Diagramme d'influence entre la responsabilité partagée, la culture et le management.....	75
Chapitre 2	
Fig. 2.1.- Affinité, affectivité et rejet dans le groupe.....	141
Fig. 2.2.- Niveaux de la culture organisationnelle de Shein	146
Fig. 2.3.- Modèle de l'Oignon de Hosftede.....	149
Fig. 2.4.- Illustration de la première hypothèse de recherche.....	161
Fig. 2.5.- Illustration de la deuxième hypothèse de recherche.....	165
Fig. 2.6.- Illustration de la troisième hypothèse de recherche.....	166
Fig. 2.7.- Illustration de la quatrième hypothèse de recherche.....	168
Fig. 2.8.- Illustration de la cinquième hypothèse de recherche	170
Fig. 2.9.- Modèle opératoire de la recherche	172
Chapitre 3	
Fig. 3.1.- Relation entre la culture organisationnelle, le système de gestion et les facteurs de motivation en Algérie.....	184
Fig. 3.2.- Relation d'interdépendance des facteurs définissant l'environnement hospitalier dans les CHU	195
Fig. 3.3.- Diagramme d'influence de la relation causale de la performance sociétale	209
Chapitre 4	
Fig. 4.1. - Dendrogramme et illustration de la dissimilarité entre les variables du modèle 1.....	258
Chapitre 5	
Fig. 5.1. - Sources de motivation et de démotivation du corps médicale selon la matrice SONCAS.....	321
Fig. 5.2. – Sources de motivation et de démotivation des médecins selon la matrice des couleurs.....	324
Fig. 5.3. – Comparaison de la sensibilisation aux facteurs source de motivation et de démotivation.....	329
Fig. 5.4. - Dendrogramme et illustration de la dissimilarité entre les variables du modèle 2.....	342
Chapitre 6	
Fig. 6.1.- Choix des facteurs retenus avec le critère du coude.....	390
Fig. 6.2.- Projection des médecins sur le premier et le deuxième plan factoriel....	406
Fig. 6.3.- Projection des médecins sur le troisième et le quatrième plan factoriel..	408
Fig. 6.4.- Projection des médecins sur le cinquième plan factoriel.....	410

Liste des figures

Fig. 6.5.-Facteurs estimatifs du modèle des plans d'expériences.....	418
Fig. 6.6.- Représentation graphique du modèle et des points statistiques.....	418
Fig. 6.7.-Variation de Y en fonction d'un facteur avec des valeurs minimales pour les deux autres.....	422
Fig. 6.8.- Variation de Y en fonction d'un facteur avec des valeurs médianes pour les deux autres.....	424
Fig. 6.9.-Variation de la réponse Y en fonction d'un facteur avec des valeurs maximales pour les deux autres.....	425
Fig. 6.10.- Contours et surfaces de réponses pour 3 valeurs de l'harmonie au travail.....	427
Fig. 6. 11. – Validation du modèle opératoire.....	474

Liste des abréviations

- ACP : Analyse en composantes principales.
- C.O : Crédit ouvert.
- C.V : Coefficient de variation.
- CAH : Classification ascendante hiérarchique.
- CDD : Contrat à durée déterminée.
- CDI : Contrat à durée indéterminée.
- CHU : Centres hospitalo-universitaires.
- DA : Dinar Algérien.
- E-T : Ecart-type.
- F : Féminin.
- Fact. : Facteur.
- Fréq. : Fréquence.
- M : Masculin.
- M.F : Matériel fonctionnel.
- M.P : Matériel en panne.
- Max : Maximum.
- Médecins Y : Médecins de la génération Y.
- Min : Minimum.
- MMS : Méthode du système souple.
- Moy % : Moyenne en pourcentage.
- Post-NPM: Post-New Public Management.
- r : corrélation.
- RH : Ressources humaines.
- RSE : Responsabilité sociétale des entreprises.
- SBA : Sidi Bel Abbès.
- SONCAS : Sécurité, orgueil, nouveauté, confort, argent, sympathie.
- SST: Sécurité et santé au travail.
- T.C : Taux consommé.
- v : Variable.
- Val & Prat : Valeurs et pratiques.
- Y : Réponse du modèle.

Introduction générale.....	1
1. Présentation du cadre conceptuel de la recherche	
<i>1.1. Canevas de la recherche.....</i>	<i>11</i>
1.1.1. Intérêts et motivations intellectuelles de la recherche.....	11
1.1.2. Dimensions de la recherche	20
1.1.3. Cadre conceptuel de recherche.....	29
<i>1.2. Etat de l'art de l'influence sociale de l'équipe dirigeante.....</i>	<i>35</i>
1.2.1. Fondements de l'influence sociale.....	35
1.2.2. L'influence sociale comme variable expliquant le rapport du soi aux autres.....	46
1.2.3. Impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur le management	50
<i>1.3. Etat de l'art de la culture de responsabilité</i>	<i>61</i>
1.3.1. Evolution de la notion de la culture organisationnelle.....	61
1.3.2. Intégration des principes de la responsabilité sociétale dans la culture organisationnelle...	69
1.3.3. Facteurs renforçant la culture de responsabilité des employés.....	80
2. Modélisation propre à l'objet de la problématique de recherche	
<i>2.1. Impact de l'influence par les valeurs sur la culture de responsabilité dans l'hôpital.....</i>	<i>92</i>
2.1.1. Effet de l'implication de l'équipe dirigeante dans la sensibilisation à la culture de responsabilité	92
2.1.2. Conformisme des valeurs des médecins aux valeurs de la culture de responsabilité de l'équipe dirigeante.....	100
2.1.3. Poids des pressions de pouvoir engendrés par les dimensions culturelles hospitalières sur la force des valeurs de responsabilité	106
<i>2.2. Rôle du post-new public management dans la régulation des influences affectant la responsabilisation des médecins</i>	<i>116</i>
2.2.1. Le post-new public management entre responsabilisation et désengagement sociétal dans l'hôpital.....	116
2.2.2. Relation d'interdépendance entre la confiance mutuelle et la responsabilisation dans l'hôpital.	120
2.2.3. Rôle des pratiques du post-new public management dans la régulation des jeux de pouvoir entre l'équipe dirigeante et les médecins.....	128
<i>2.3. Modélisation du cadre opératoire.....</i>	<i>135</i>
2.3.1. Théories centrales de la recherche.....	136
2.3.2. Finalité des questions de recherche.....	154
2.3.3. Modélisation du cadre opératoire à partir des hypothèses de recherche.....	161

3. Méthodologie de recherche

<i>3.1. Présentation du contexte hospitalier algérien.....</i>	178
3.1.1. Présentation des dimensions culturelles dominantes en Algérie.....	178
3.1.2. Facteurs impactant la création de valeur des médecins dans les CHU algériens.....	186
3.1.3. Performance sociétale des CHU algériens.....	196
<i>3.2. Délimitations de la recherche opératoire.....</i>	211
3.2.1. Ajustement entre le cadre conceptuel et la pertinence des données opératoires.....	211
3.2.2. Freins et obstacles rencontrés.....	215
3.2.3. Administration du questionnaire.....	216
<i>3.3. Présentation du questionnaire.....</i>	219
3.3.1. Formulation des modalités de réponse du questionnaire	219
3.3.2. Organisation du questionnaire.....	220
3.3.3. Analyse des données	224

4. Analyse de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins

<i>4.1. Phénomènes interactionnels régissant la relation équipe dirigeante-médecins dans les CHU algériens</i>	230
4.1.1. Pressions de pouvoir exercées par l'équipe dirigeante sur les médecins.....	230
4.1.2. Climat interactionnel entre l'équipe dirigeante et les médecins.....	235
4.1.3. Comportements non-conformistes des médecins.....	241
<i>4.2. Impact de l'influence négative de l'équipe dirigeante sur la stabilité au travail des médecins.</i>	244
4.2.1. Mobilités interservices et géographique.....	244
4.2.2. Phénomène de l'absentéisme.....	246
4.2.3. Démission et départ.....	423
<i>4.3. Analyse de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins dans les CHU algériens par la classification ascendante hiérarchique</i>	257
4.3.1. Classification en fonction du sexe et du grade.....	257
4.3.2. Classification en fonction de la génération et de la personnalité.....	270
4.3.3. Classification des variables en fonction des spécificités propres aux CHU	285

5. Analyse de la force de la culture de responsabilité les médecins

<i>5.1. Perception des orientations de la culture de responsabilité par les médecins des CHU algériens.....</i>	299
5.1.1. Perception et adhésion aux valeurs culturelles organisationnelles	299
5.1.2. Perception et satisfaction des pratiques organisationnelles des responsables hiérarchiques découlant des valeurs organisationnelles.....	312
5.1.3. Perception de l'implication de la direction dans le renforcement d'une culture de responsabilité des médecins.....	317

5.2. <i>Sensibilité des médecins à la culture de responsabilité</i>	318
5.2.1. Identification de la personnalité des médecins.....	319
5.2.2. Identification des sources de motivation et de démotivation des médecins.....	325
5.2.3. Force des valeurs de responsabilité des médecins.....	330
5.3. <i>Analyse de la force de la culture de responsabilité des médecins par la classification ascendante hiérarchique</i>	341
5.3.1. Classification en fonction du sexe et du grade.....	341
5.3.2. Classification en fonction de la génération et de la personnalité.....	353
5.3.3. Classification des variables en fonction des spécificités propres aux CHU	366
6. Analyse de la relation entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la culture de responsabilité des médecins	
6.1. <i>Analyse de la relation entre l'influence sociale et la force de la culture de responsabilité par l'analyse des composantes principales</i>	378
6.1.1. Présentation des résultats descriptifs de l'ACP.....	378
6.1.2. Interprétation des plans factoriels des variables	390
6.1.3. Interprétation des plans factoriels des individus	405
6.2. <i>Analyse de la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité par la méthode des plans d'expériences</i>	414
6.2.1. Présentation du modèle des plans d'expérience	415
6.2.2. Détermination des facteurs renforçant la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité.....	419
6.2.3. Influence des variables endogènes sur la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité des médecins	421
6.3. <i>Discussion des résultats</i>	432
6.3.1. Recension des principaux résultats de la recherche.....	432
6.3.2. Réponse à la problématique de recherche.....	441
6.3.3. Recommandations et limites	479
Conclusion générale.....	489

Introduction Générale

Introduction Générale

La prise en compte de la responsabilité sociétale dans les pratiques managériales de l'organisation permet une rationalisation des processus internes. Elle régule en premier lieu le système interactionnel social et permet par-là de développer des valeurs responsables visant à sensibiliser et à impliquer l'ensemble des acteurs dans une responsabilisation partagée. Les valeurs, les normes et les conduites qui se basent sur les principes de la responsabilité sociétale responsabilisent l'ensemble des parties dans l'identification des risques et incertitudes internes. Elles développent une conscience morale sur le volet organisationnel, social et environnemental. Par conséquent, les organisations investissent dans la recherche de l'optimisation de la performance sociétale. Cela permet de garantir une pérennité de l'organisation à travers une amélioration interne basée sur la transparence, la transversalité et la confiance.

L'amélioration continue nécessite la définition de l'organisation comme un système ouvert. La réussite de la conduite des actions de changements intégrateurs dépend du niveau d'implication et d'engagement de l'ensemble des acteurs qui la composent. De ce fait, la force de la culture organisationnelle représente le pivot de l'amélioration continue d'une organisation. Celle-ci définit les postulats fondamentaux visibles et invisibles des acteurs internes. Elle détermine et est déterminée par l'ensemble des valeurs, des croyances, des normes et des symboles internes.

La force de la culture organisationnelle se mesure à travers la force des valeurs innées, des valeurs construites et des valeurs épousées dans l'organisation. Par conséquent, l'existence d'un bon système interactionnel converge positivement vers un consensus entre ces trois types de valeurs. Cette convergence réduit les sources de conflits et d'incompréhension entre l'ensemble des acteurs internes. Elle permet à travers cela d'unifier les intérêts individuels dans les intérêts intégrateurs de l'organisation.

L'existence d'une forte culture organisationnelle induit le développement de valeurs responsables. Elle induit par cette voie une perception positive des avantages de la responsabilisation partagée dans l'organisation et permet par le biais de la responsabilisation d'impliquer l'ensemble des acteurs dans le renforcement de valeurs et de normes sociétales. L'existence d'une forte culture organisationnelle engendre une culture de responsabilité. La finalité de celle-ci est de développer des valeurs, des croyances et des comportements visant à rationaliser la consommation des ressources. La culture de responsabilité crée un système

interactionnel qui régule les processus organisationnels. Ce système régule l'ensemble des interactions sociales et intervient dans les actions écologiques. La culture de responsabilité permet alors d'optimiser la performance organisationnelle, sociale et écologique.

Toutefois, la sensibilisation et le développement de la culture de responsabilité nécessite une participation active de l'ensemble des acteurs internes. Dans cette finalité, l'existence d'un bon climat interactionnel réduit les sources d'incertitudes, de peurs et de conflits. La culture de responsabilité favorise la responsabilisation partagée à travers une décentralisation du système de pouvoir. Elle favorise aussi une représentation sociale positive qui définit l'ensemble des acteurs comme un groupe partageant des valeurs et attentes similaires.

De ce fait, l'existence d'insatisfaction des acteurs internes reflète l'existence de sous-groupes catégoriels. Ces groupes représentent des acteurs partageant des idéologies consensuelles qui se distinguent des valeurs dominantes dans l'organisation. La multiplication des groupes restreints produit des pressions sociales et des jeux de pouvoir visant à affirmer les valeurs propres de chaque groupe. Cette multiplication explique aussi la création de contre cultures voire même de sous-cultures internes qui fragilisent la force de la culture organisationnelle.

L'insatisfaction des acteurs internes entraîne une baisse de motivation et d'implication. Dans la finalité de maximiser les intérêts personnels, des influences sociales naissent entre l'ensemble des acteurs. Ces influences représentent des pressions explicites et implicites qui sont engendrées soit par l'autorité formelle ou informelle. L'influence sociale est exercée par les groupes influents ayant un fort pouvoir formel ou informel. Ces groupes représentent alors l'équipe dirigeante (autorité formelle) ou des acteurs charismatiques (autorité informelle).

Toutefois, le style de management appliqué par l'équipe dirigeante détermine le poids de l'influence sociale exercée dans l'organisation. Par ailleurs, l'orientation des fondements du leadership appliqué définit la perception des pressions de pouvoir internes. Cela démontre que les pratiques managériales définissent le niveau de la généralisation de la responsabilité partagée. Ces pratiques déterminent aussi le niveau de sensibilisation des acteurs à l'intégration d'une culture de responsabilité dans l'organisation. Par conséquent, les pratiques managériales définissent la force de la culture organisationnelle et la force des valeurs responsables qui favorisent le renforcement de la culture de responsabilité.

Malgré l'existence des jeux de pouvoir, l'influence sociale la plus significative reflète le poids des pressions sociales et de pouvoir exercées par l'équipe dirigeante sur les employés. Cette influence a pour objectif d'inciter à un conformisme conscient ou inconscient dans la

finalité d'accroître le niveau d'adhésion aux valeurs dominantes. L'influence sociale peut avoir un impact positif et négatif sur la culture de responsabilité. Celle-ci renforce les valeurs et les attitudes visant à partager l'idéologie de la culture de responsabilité sur l'ensemble des niveaux hiérarchiques. Toutefois, ce renforcement dénote d'un système interactionnel favorable entre l'équipe dirigeante et les employés.

L'impact positif de l'influence sociale démontre l'application d'un management transversal basé sur la confiance mutuelle et sur la maîtrise des risques organisationnels. Il démontre aussi une bonne représentation sociale de l'ensemble des parties à travers une organisation par réseau. L'impact positif de l'influence sociale renforce la normalisation des valeurs à travers une intégration volontaire des employés. Cela montre alors que l'équipe dirigeante tient compte des besoins propres des employés en prenant en compte les spécificités de leur identité sociale.

Par contre, l'influence sociale de l'équipe dirigeante peut avoir un impact négatif sur la culture de responsabilité. En effet, l'existence d'une multitude de conflits opposant les attentes/intérêts entre l'équipe dirigeante et les employés multiplie des pressions de pouvoir. Celles-ci reflètent un manque de prise en compte des spécificités propres aux groupes catégoriels dans l'orientation des pratiques managériales. Elles reflètent aussi une obligation de conformisme par la soumission et par la pression aux orientations culturelles dominantes. Ce conformisme explicite est dû à des pressions de pouvoir exercées sous forme de barrières internes ou de sanctions. Il réduit par ailleurs la possibilité de construire de nouvelles normes dans le cas où celles-ci s'opposent à celles des groupes influents et de l'équipe dirigeante.

L'existence d'influence sociale négative de l'équipe dirigeante renforce la comparaison sociale entre les groupes catégoriels. Cette comparaison explique les comportements discriminatoires développés entre les groupes ou les acteurs ayant un niveau de pouvoir différent. Cela montre que la culture de responsabilité doit être acceptée et conduite par la majorité des acteurs. Son développement dépend toutefois du niveau d'implication de l'équipe dirigeante et des groupes influents. Donc, le niveau d'engagement de l'équipe dirigeante dans des actions de responsabilisation véhicule l'image d'une équipe dirigeante flexible qui valorise les besoins de ses employés. Par ailleurs, la qualité de la relation interpersonnelle entre les employés et l'équipe dirigeante renforce un sentiment de déviance ou de reconnaissance. Le premier entraîne des comportements non conformistes en réponse à l'insatisfaction du climat interactionnel. Le deuxième entraîne une peur d'exclusion liée au besoin d'appartenance et d'estime dans le groupe.

Le poids de l'influence sociale sur la sensibilisation à la culture de responsabilité dépend de la régulation entre la hiérarchie formelle et informelle. Par ailleurs, la prédominance d'un système interactionnel informel complexifie la qualité des collaborations en vue du manque de distinction entre la relation informelle et la relation professionnelle entre les parties. Cela fait naître un besoin perpétuel de maintenir l'harmonie du groupe. Cette harmonie diffère en fonction de la définition de chaque groupe catégoriel des conditions du bien-être au travail. La culture de responsabilité peut représenter soit, un facteur d'harmonie soit, un facteur bouleversant le cadre de référence interne. De ce fait, l'équipe dirigeante joue un rôle central dans la mise en place d'un leadership favorisant le renforcement des valeurs responsables dans le but de renforcer la culture de responsabilité des employés dans l'organisation.

Tout comme dans toute organisation, les centres hospitalo-universitaires algériens font face aux exigences d'amélioration continue. L'intégration de la culture de responsabilité renforce les dimensions organisationnelles qui découlent de la culture hospitalière. L'intégration des valeurs, des attitudes, des croyances et des normes sociétales modifie le système de compréhension et la programmation mentale de l'ensemble des corps hospitaliers. La culture de responsabilité dans les CHU algériens engage ces acteurs internes dans la mise en place d'un management transversal basé sur la confiance. Celle-ci permet d'améliorer la performance hospitalière à travers la prise de conscience de la responsabilisation des corps hospitaliers sur l'amélioration médicale, sociale, organisationnelle et environnementale.

Les centres hospitalo-universitaires comprennent une diversité des corps hospitaliers. Cette diversité de profils et de groupes catégoriels amplifient l'apparition des jeux de pouvoir à travers les différences de comparaison sociale entre le corps médical, paramédical et les autres corps hospitaliers. L'intégration de la culture de responsabilité dans les CHU nécessite alors la prise en compte du poids de l'influence sociale dans l'environnement hospitalier. Toutefois, les médecins représentent des acteurs stratégiques dans l'atteinte de la performance hospitalière.

Les interactions entre les médecins et l'équipe dirigeante influent fortement sur la qualité des prestations de soin dans les CHU. De ce fait, l'intégration de la culture de responsabilité doit avant tout impliquer les médecins dans les actions sociétales afin de renforcer une responsabilisation partagée. En effet, l'implication des médecins dans des démarches organisationnelles, sociales et environnementales renforce la cohésion du groupe. Par conséquent, la décentralisation du pouvoir à travers une organisation par réseau renforce la motivation des médecins dans un engagement à moyen et long terme dans les CHU.

L'implication de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité dans les CHU algériens aboutit soit, à un renforcement soit, à une fragilisation des valeurs responsables des médecins (lien entre le style managérial appliqué, le niveau d'engagement et d'adhésion aux valeurs, la perception de la responsabilisation). Les actions et les comportements adoptés par l'équipe dirigeante influent sur la perception de l'intégration de la culture de responsabilité. De ce fait, la mise en place de pratiques managériales réduisant le poids des pressions de pouvoir renforce une perception positive des avantages de l'intégration de la culture de responsabilité. Par contre, l'existence d'un style de leadership qui favorise la dégradation du système interactionnel engendre une perception négative de la culture de responsabilité. Cela démontre que le niveau d'acceptation, d'implication, de responsabilisation et de sensibilisation des médecins aux orientations de la culture de responsabilité dépend de la qualité de la relation interpersonnelle avec l'équipe dirigeante.

La prise en compte de l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante (direction et chefs de services médicaux) sur la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens s'inscrit dans les orientations du post-new public management. Les principes du Post-NPM incitent à l'intégration d'un leadership transversal dans les CHU. Il valorise l'adhésion progressive et volontaire des médecins aux dimensions de la culture hospitalière instaurée par l'équipe dirigeante. Par conséquent, la régulation du poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante renforce la confiance dans le leadership. Celle-ci renforce aussi une perception d'une confiance mutuelle qui régule le système de pouvoir de toutes les parties.

Cette recherche permet d'analyser l'impact du poids et de la perception de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur le renforcement de la sous-culture de responsabilité développée par les médecins. Son développement dépend de la force de leurs valeurs responsables ainsi que de la perception de la responsabilisation partagée dans les CHU. Donc, cette recherche vise à répondre à la problématique suivante : ***Quel est l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la force de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens ?***

Cette question principale de recherche développe d'autres questionnements. Ces questions secondaires permettent d'avoir une plus grande compréhension de la régulation de l'influence sociale et de la culture de responsabilité. Par conséquent, la recherche propose une analyse visant à répondre aux questions secondaires citées ci-après :

- Quel est le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante dans les CHU algériens ?

- Existe-t-il une différence entre le poids et la perception de l'influence sociale de l'équipe dirigeante par les médecins ?
- Quelle est la force de la culture organisationnelle hospitalière dans les CHU ?
- Quelle est la force des valeurs organisationnelles des médecins ?
- Quelles sont les composantes de l'influence sociale qui impactent sur la responsabilisation partagée ?
- Quel est le niveau de sensibilisation des médecins à la culture de responsabilité ?
- Quelles sont les conditions d'optimisation de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens ?

Dans la finalité de répondre aux questions de recherche, 5 hypothèses sont proposées. Chaque hypothèse se compose de sous hypothèses afin d'offrir une meilleure compréhension des résultats recherchés.

Par conséquent, la recherche vérifie la confirmation ou le rejet des idées formulées sous forme d'hypothèses citées ci-après :

H1 : La prise en compte de l'identité sociale des médecins dans les pratiques managériales renforce la responsabilisation partagée.

H1a : La prise en compte du genre (sexe) des médecins dans les pratiques managériales renforce la responsabilisation partagée ;

H1b : La prise en compte du grade des médecins dans les pratiques managériales renforce la responsabilisation partagée ;

H1c : La prise en compte de l'âge des médecins dans les pratiques managériales renforce la responsabilisation partagée ;

H1d : La prise en compte de la personnalité des médecins dans les pratiques managériales renforce la responsabilisation partagée ;

H1e : La prise en compte des spécificités culturelles des CHU dans les pratiques managériales renforce la responsabilisation partagée.

H2 : La normalisation des valeurs renforce la culture de responsabilité des médecins dans les CHU

H2a : La construction de nouvelles valeurs renforce la culture de responsabilité des médecins ;

H2b : La réduction de la comparaison sociale renforce la culture de responsabilité des médecins ;

H3 : Le conformisme aux valeurs partagées renforce la culture de responsabilité des médecins

H3a : Les pressions sociales renforcent la culture de responsabilité des médecins ;

H3b : La peur de l'exclusion renforce la culture de responsabilité des médecins.

H4 : Les pratiques du new-post public management renforce la culture de responsabilité des médecins

H4a : L'adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante renforce la culture de responsabilité des médecins ;

H4b : La confiance dans le leadership renforce la culture de responsabilité des médecins ;

H4c : La confiance réciproque renforce la culture de responsabilité des médecins ;

H4d : L'engagement de l'équipe dirigeante dans des actions sociétales renforce la culture de responsabilité des médecins.

H5 : La qualité du climat interactionnel détermine la force de la culture de responsabilité des médecins

H5a : La régulation entre la hiérarchie formelle et informelle renforce la culture de responsabilité des médecins ;

H5b : L'harmonie au travail renforce la culture de responsabilité des médecins ;

H5c : La réduction des comportements non conformistes renforce la culture de responsabilité des médecins ;

Afin de répondre aux questions de recherche et de vérifier les hypothèses qui en découlent, l'inter-subjectivisme est choisi comme cadre épistémologique. L'approche dominante de la recherche se réfère au fonctionnalisme, à l'interactionnisme et à la théorie des conflits afin d'analyser l'ensemble des interdépendances. Par ailleurs, la méthode de recherche choisie pour cette recherche est la méthode du système souple. Elle permet d'utiliser la démarche du système Leibnizien dans l'analyse des hypothèses de recherche.

Cette recherche comporte 6 chapitres. Le premier présente le cadre conceptuel de la recherche. Il présente le canevas de recherche ainsi que l'état de l'art de l'influence sociale de l'équipe dirigeante et de la culture de responsabilité. Suite à cela, le deuxième chapitre propose une modélisation propre à l'objet de la problématique de recherche. Le premier point de ce chapitre illustre l'impact de l'influence par les valeurs sur la culture de responsabilité dans l'hôpital. Le deuxième point illustre le rôle du post-new public management dans la régulation des influences affectant la responsabilisation des médecins. La présentation des deux premiers points ainsi que les éléments présentés dans le cadre conceptuel permettent de proposer un modèle opératoire. Ce modèle schématise les différentes variables de l'influence sociale de l'équipe dirigeante qui impactent sur la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens.

Pour une meilleure compréhension de la recherche opératoire, le troisième chapitre présente la méthodologie de recherche. Il présente en premier lieu le contexte hospitalier algérien. Ensuite, il définit les délimitations de la recherche opératoire. Dans ce sens, il présente le questionnaire ayant permis de récolter les données des analyses réalisées. Le quatrième analyse l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins. Il examine en premier lieu les phénomènes interactionnels régissant la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins. Cette analyse se focalise principalement sur l'identification des pressions de pouvoir. Le chapitre étudie ensuite l'impact de l'influence sociale négative sur la stabilité au travail des médecins. Il finalise le contenu à travers la réalisation d'une classification ascendante hiérarchique de l'ensemble des variables de l'influence sociale.

Le cinquième chapitre examine la force de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens. Il expose premièrement leur perception des orientations de la culture de responsabilité puis il s'oriente deuxièmement vers l'analyse de la sensibilité des médecins à la culture de responsabilité. Ce chapitre met au point aussi son analyse à travers la réalisation d'une classification ascendante hiérarchique des variables de la culture de responsabilité des médecins.

Le dernier chapitre décortique la relation entre les deux principales variables de la recherche. Il étudie premièrement la relation entre l'influence de l'équipe dirigeante et la force de la culture de responsabilité par l'analyse des composantes principales. Il étudie ensuite la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité des médecins par la méthode des plans d'expériences. Pour finir, cette partie discute les résultats de la recherche en proposant des recommandations et en répondant à la problématique de recherche.

Chapitre 1

*Présentation du cadre conceptuel de la
recherche*

Chapitre 1 : Présentation du cadre conceptuel de la recherche

Introduction du chapitre

Ce premier chapitre présente la problématique de la recherche effectuée. Il expose en premier point le canevas de la recherche qui mentionne les intérêts et motivations intellectuels de la recherche. Il dévoile ensuite les dimensions de recherche qui abordent les spécifications latérales, verticales et les spécificités en profondeur de la recherche.

Les spécifications verticales permettent de définir les formulations hautes et basses de la recherche. Les dimensions de la recherche permettent ensuite de citer les idées maitresses de l'étude pratique réalisée en se basant sur une enquête sur terrain. Cela permet en premier lieu de faire découvrir les centres hospitalo-universitaires qui représentent les organismes sanitaires de l'étude.

Cela accède ensuite à présenter les médecins étudiés dans la recherche à travers la définition de l'ensemble des grades pris en compte du corps médical hospitalier. Le dernier point des idées maitresses montre la délimitation et les objectifs de l'étude pratique réellement effectuée aux niveaux des centres hospitaliers.

Le chapitre présente ensuite le cadre conceptuel de la recherche. Il définit le cadre épistémologique choisi ainsi que les approches dominantes de la recherche. Il s'oriente ensuite vers la présentation de la démarche et de la méthode de recherche. Pour appuyer conceptuellement l'analyse opératoire ainsi que la formulation des questions de recherche et des hypothèses de recherche, une recension de la revue de la littérature est réalisée.

Cette revue de littérature mentionne les idées maitresses de l'influence sociale et de la culture de responsabilité. Cette recension de l'état de l'art a pour finalité de présenter la modélisation propre à la problématique. Elle a aussi pour objectif d'induire les théories centrales de la recherche.

1.1. Canevas de la recherche

La présentation des intérêts et motivations de la recherche en premier lieu est le but initial de ce premier point. Il aborde en deuxième position les dimensions de la recherche puis met au point le contenu par la présentation du cadre conceptuel.

1.1.1. Intérêts et motivations intellectuels de la recherche

Le but de ce point est de faire une présentation de la recherche à travers la présentation de plusieurs points importants. Le premier consiste à présenter l'intérêt de la recherche dans son contexte particulier. Le deuxième aborde les motivations intellectuelles de la recherche à travers la présentation de l'importance intellectuelle, de la pertinence et de la finalité de la recherche.

1.1.1.1. Intérêt de la recherche

Les centres hospitaliers universitaires représentent des organismes sanitaires stratégiques qui créent une valeur ajoutée pour la société en termes de performance en soins médicaux, de transfert de savoir et de production scientifique médicale. Comme dans toute organisation, le capital humain et plus particulièrement les médecins représentent une valeur stratégique qui détermine la performance des CHU. Le management des CHU est spécifique en vue des différences d'idéologies, d'objectifs/priorités, de valeurs et de comportements engendrés par les différents corps hospitaliers qui composent les CHU (corps médical, paramédical, administratif et technique). L'interaction entre les différents corps complexifie les échanges et réduit considérablement la qualité de communication et de compréhension.

La plus grande contrainte dans le fonctionnement des CHU réside dans le manque existant de compréhension mutuelle entre l'équipe dirigeante (l'administration des CHU qui se compose de la direction et des chefs de service) et les médecins. D'un côté, ne connaissant pas les limites administratives que subit l'équipe dirigeante dans son travail, les médecins considèrent les pratiques managériales appliquées comme procédurières, lentes et bureaucratiques¹. Ils estiment donc avoir le droit de gérer leurs obligations professionnelles en ne rendant aucun compte à l'administration.

¹ Touati, N., *Conclusion : la gestion de la qualité des services publics : apprendre à gérer les tensions*, La Revue de l'innovation : la revue de l'innovation dans le secteur public, Vol. 14, N.3, 2009, article 11, p. 7. Disponible sur : http://www.innovation.cc/francais/conclusion14_3nassera_ouati11.pdf , mis en ligne le : 17/12/2009, Mis à jour le : 26/01/2013, consulté le : 01/01/2014 à 11 :55.

D'un autre côté, l'équipe dirigeante ne prend pas en considération les réelles difficultés que les médecins subissent, elles sont donc représentées comme un frein dans leur développement professionnel en termes d'accès aux formations, promotions ainsi qu'en termes de l'entretien et de la disponibilité des équipements et des délais de leur maintenance.

L'existence d'un climat interactionnel hostile et de conflits interpersonnels entre les médecins et l'équipe dirigeante affecte négativement la performance hospitalière ; la non disposition de l'ensemble des conditions favorables au travail¹ n'existant pas. Ces barrières sociales internes créent des barrières organisationnelles, de sorte que les décisions et les actions de chaque acteur interne impacte sur le rendement de son équipe de travail. Cet effet s'extrapole sur le niveau d'adhésion aux valeurs institutionnelles formalisées par l'équipe dirigeante. Il s'extrapole aussi sur le niveau d'appartenance et de rattachement des médecins qui définit à son tour le niveau de stabilité dans les CHU.

Ces frontières internes créent un désintérêt envers le développement d'une forte culture organisationnelle et le renforcement des valeurs organisationnelles responsables. Ces sources d'insatisfaction et de démotivation sont la source de l'apparition de comportements de ''je-m'en-foutistes''. Ils sont aussi à la source de l'augmentation de coûts d'agence, qui à leur tour, agissent négativement le niveau d'implication et de responsabilisation des médecins dans les CHU². Le CHU représente donc une construction sociale qui est régie par une dynamique relationnelle et interactionnelle. Celle-ci représente un système par lequel les médecins interagissent entre eux ainsi qu'avec les autres corps hospitaliers.

Ces interactions représentent un jeu psychologique qui allie aussi bien le processus rationnel qu'émotionnel³. Ce processus régule entre le poids de la rationalité absolue, de la rationalité limitée et du subjectivisme. Il a à son tour un effet positif et négatif sur le renforcement de la culture de responsabilité des médecins. En se focalisant sur les médecins comme capital humain stratégique, l'impact de la construction sociale sur le renforcement de la culture de responsabilité dépend de :

- La culture des médecins et de leurs environnements ;
- Des pratiques managériales et valeurs de l'équipe dirigeante des CHU ;
- Des intérêts et besoins tant individuels que communs ;

¹ Meier, O., *Management interculturel : stratégie, organisation, performance*, Ed. Dunod, 5^{ème} Ed., 2013, 61-74.

² Raoul, Y., *Evaluation des politiques publiques et du changement organisationnel dans les services publics. Le cas de la mise en oeuvre du changement de l'Association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) : analyse contextualiste et longitudinale*, Thèse de doctorat en Management, Université de Rennes, Rennes, 2010, p.25.

³ Bryson, J., Hosken, C., *What does it mean to be a culturally competent I/O Psychologist in New Zealand ?*, *New Zealand Journal of Psychology*, Vol.34, N. 2, Juillet 2005, pages 69-76, pp. 71-72.

- Des rapports de forces, de pouvoirs et de confiance ;
- De l'influence des conflits sur le travail d'équipe ;
- Des perspectives futures à moyen et long terme des médecins et de l'équipe dirigeante¹.

Ces différentes variables permettent de comprendre le fonctionnement des CHU à travers l'étude de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins. Celle-ci explique la qualité et les règles qui régissent les rapports entre les deux parties. Elle développe aussi le poids des interactions sociales entre les médecins qui s'adosent sur des orientations des pratiques mises en place par l'équipe dirigeante. L'influence sociale de l'équipe dirigeante détermine le poids des pressions sociales, des pressions de pouvoir et des jeux psychologiques qui régissent le système social interactionnel dans les CHU. Ces variables permettent aussi d'exhiber la force de la culture hospitalière selon la perception des médecins.

Ces variables accèdent aussi à la détermination leur niveau de sensibilisation et d'engagement dans une culture de responsabilité visant à accroître la responsabilisation partagée dans les CHU. L'analyse de la culture de responsabilité prend en compte la force des valeurs des médecins, leur niveau d'adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante et leur niveau de sensibilisation à une implication dans des actions sociétales. Cette analyse se centralise principalement sur la perception de la culture organisationnelle et de la responsabilisation dans les CHU par les médecins. Elle prend en compte les dimensions de la culture nationale, les valeurs et les comportements des médecins.

1.1.1.2. Motivations intellectuelles de la recherche

Les motivations intellectuelles de la recherche comprennent trois points. Le premier consiste à présenter l'importance intellectuelle de la recherche. Le deuxième aborde la pertinence de la recherche et le troisième sa finalité.

1.1.1.2.1. Importance intellectuelle de la recherche

Les structures sanitaires dont les CHU possèdent des caractéristiques différentes du reste des établissements à cause des statuts particuliers des employés et de leur responsabilité vis-à-vis de l'intérêt général et de la santé publique². Ces paramètres leur confèrent un style de

¹ Naudin, M., *Les implications organisationnelles des missions de service public*, Thèse de doctorat en Management, Université Paris 2, Paris, 2010, p. 51.

² Martineau, R., Sauviat, I., *Le public au travers du prisme managérial : état des lieux d'un domaine des sciences de gestion*, Colloque sur le Public : Nouvelles figures, nouvelles frontières ?, 16eme Colloque International de la revue Politiques et Management Public, 14-15 Mars 2007, Florence, p. 2.

management approprié qui est bien plus sensible aux démarches volontaires sociales et sociétales de la part des médecins. Cette liberté d'action leur confère des spécificités propres au groupe professionnel restreint qu'ils représentent avec des besoins et obligations différents et plus stratégiques. Les recherches et écrits ayant pour but de comprendre la personnalité, le comportement, les interactions ; le développement de valeurs et de culture de responsabilité des médecins sont peu exploitées et approfondies¹.

Les travaux scientifiques traitant des dimensions culturelles organisationnelles s'orientent principalement autour de l'axe du management international et interculturel². Ils étudient donc les différentes interactions existantes entre des personnes appartenant à différentes cultures à travers l'étude des chocs des cultures. Ces travaux sont principalement réalisés dans le but d'étudier l'impact de la culture nationale sur les pratiques managériales³. Cela permet par ailleurs de confronter la culture organisationnelle imposée par les multinationales aux différentes valeurs, habitudes et pratiques locales qui définissent les pratiques d'affaires d'un pays.

Concernant les travaux de recherche traitant de l'influence sociale, ceux-ci s'orientent pour la plupart vers la dynamique de groupe. Ils ne se focalisent pas sur l'impact de l'influence de l'équipe dirigeante mais sur la régulation du système social interactionnel entre l'ensemble des groupes. Par ailleurs, les études prennent en compte le volet groupal. Cette recherche vise à prendre en compte le volet individuel (médecin-équipe dirigeante) et le volet groupal (groupe de médecins-équipe dirigeante).

Dans le cas des CHU algériens où les prestations de soins sont gratuites, la valeur ajoutée des médecins ne représente pas un rendement financier. Le statut de non profit délimite l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins. Les pressions exercées ne visent pas à engendrer des profits financiers plus importants afin d'assurer une croissance optimale. Les médecins ont bien plus une responsabilité de résultat et d'intérêt général vis-à-vis de la société.

Le statut de fonctionnaire des médecins concentre une compétition vers la promotion et non vers l'accroissement du profit personnel. Cette particularité agit lourdement sur la sécurité de l'emploi et agit sur le niveau de motivation et d'implication des médecins dans les démarches d'amélioration continue dans les CHU. Ce niveau dépend des valeurs innées et des valeurs

¹ Marais, M., *Les comportements de RSE des entreprises : approches par les valeurs managériales*, Journée de développement durable, Association Internationale du Management Stratégique AIMS, Lyon, 4 Juin 2008, p.12.

² Godelier, E., *La culture d'entreprise*, Ed. La découverte, Paris, 2006, p.31-41.

³ Barmayer, C., Mayrhofer, U., *Le management interculturel : facteur de réussite des fusions-acquisitions internationales ?*, Gérer et comprendre, N. 70, Décembre 2002, pages 24-33, p.27.

construites ou épousées des médecins. Il dépend alors de la volonté propre de chaque médecin ainsi que du poids de la pression de groupe à adopter un comportement renforçant bien plus une adhésion qu'une exclusion sociale.

L'importance intellectuelle de la recherche se résume en trois points. Le premier est l'étude de l'influence sociale de l'équipe dirigeante. Cela détermine en premier lieu la perception de l'autorité formelle par les médecins dans les CHU. Elle identifie ensuite le poids de l'autorité informelle constituée par la hiérarchie informelle basée sur les affinités interpersonnelles ou sur les auto-catégorisations sociales internes. Ce premier point permet de déterminer le poids de l'influence sociale subit par chaque groupe de médecin et d'identifier les différences de perception et de déstabilisation face à l'existence de pressions de pouvoir engendrées par l'équipe dirigeante ou par des groupes influents. Le deuxième est l'étude des dimensions culturelles organisationnelles au niveau d'organisations sanitaires. Ce point analyse les différences existantes entre les pratiques de la culture nationale avec les pratiques de la culture organisationnelle propres aux CHU qui sont régies par les principes d'un management hospitalier¹.

Les indicateurs utilisés habituellement dans l'étude des différences culturelles entre plusieurs pays sont adaptés dans cette recherche à l'étude du comportement de l'identité sociale des médecins et de leurs interactions avec leur environnement². Cette analyse détermine la perception de la force de la culture organisationnelle par les médecins. Celle-ci permet aussi d'identifier les facteurs renforçant et fragilisant la construction de valeurs responsables. Cette construction vise principalement à identifier le niveau de conscience des médecins et des groupes de médecins de leur rôle stratégique dans la prise en compte du volet sociétal dans les activités des CHU. Elle vise aussi à déterminer leur niveau de responsabilisation dans le devenir des CHU.

Le troisième point étudie par contre la relation causale entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la culture de responsabilité des médecins ; ce qui représente un axe de recherche intéressant. Le lien entre le poids de l'influence sociale et le renforcement de la culture de responsabilité en se focalisant sur la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins dans une structure hospitalière n'a pas été analysé précédemment. Cette recherche apporte donc

¹ Mateescu, V., *Le management interculturel en Roumanie: le cas des investissements directs étrangers des PME étrangères*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Paris-Est, Paris, 2008, p.45-48.

² Auer, M., Welte, H., *Equal opportunity actors : Identities, social positions and strategies*, Conference on New actors in industrial relations: A British Journal of Industrial Relations workshop, London school of economics, London, 22-23 September 2005, p. 2.

une plus-value et permet d'identifier les différentes interactions sociales et groupales qui justifient la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité.

Il est à noter que l'identification du poids et de la perception de l'influence sociale de l'équipe dirigeante a pour objectif final la détermination des limites organisationnelles afin de générer des régulations sociales internes. L'analyse de la culture de responsabilité des médecins permet d'analyser la force de la culture hospitalière ainsi que la force des valeurs organisationnelles qui y sont véhiculées. Cela permet d'identifier si celle-ci renforce des principes de responsabilisation partagée en se basant sur le renforcement d'une conscience collective sur les retombées sociétales.

L'analyse du lien entre les deux variables permet d'aboutir à une amélioration de la performance sociétale. Cela renforce la performance hospitalière, la performance sociale, la performance environnementale et la performance organisationnelle. Ceci explique donc l'impact des comportements, des principes d'éthiques morales et des performances individuelles/groupales sur l'image perçue et la renommée des services et des CHU¹. Il est donc nécessaire de prendre en compte le volet social et sociétal afin de créer en premier lieu une valeur ajoutée sociale. Celle-ci se représente par la capacité de chaque acteur à primer les intérêts communs et à collaborer efficacement afin de valoriser une culture de responsabilité partagée basée sur les principes de la performance sociétale².

La culture de responsabilité représente donc la mise en place d'un climat social interne favorable à la communication et à l'entente entre les différents niveaux hiérarchiques et principalement entre les médecins et l'équipe dirigeante. La culture de responsabilité valorise systématiquement une performance organisationnelle, sociale et sociétale de l'organisation. Avec l'importance accordée à la responsabilité sociale et sociétale dans les pratiques managériales³, les CHU doivent eux aussi appliqué un management hospitalier responsable⁴. Celui-ci valorise ses acteurs stratégiques et reste efficient à travers le respect de valeurs environnementales et sociétales⁵.

¹ Mahoney, L., Roberts, R-W., *Corporate social performance, financial performance and institutional ownership in Canadian firms*, Review of Accounting Forum, Vol. 31, N. 3, September 2007, pages 233-253, pp. 233-234.

² Ioannou, I., Serafeim, G., *What drives corporate social performance? International evidence from social, environmental and governance scores*, Working paper, Harvard Business School, N° 11-016, Aout 2010, p.8.

³ Germain, C., Trébucq, S., *La performance globale de l'entreprise et son pilotage: quelques réflexions*, Semaine sociale Lamy, N. 1186, 18 Octobre 2004, pages 35-41, p.37.

⁴ Gjolberg, M., *Measuring the immeasurable? Constructing an index of CSR practices and CSR performance in 20 countries*, Scandinavian Journal of Management, Vol. 25, 2009, pages 10- 22, pp.10-11.

⁵ Maas, K., *Corporate social performance: From output measurement to impact measurement*, Thèse de doctorat en Management, Erasmus Research Institute of Management ERIM, Université Erasmus de Rotterdam, Rotterdam, 2009, pp. 20-29.

La culture de responsabilité dans les CHU est donc favorisée par l'intégration des pratiques du post-new public management. Cette intégration prend en compte l'importance de la confiance dans le leadership. Elle intègre des principes de management par la sécurité qui réduisent les risques organisationnels. Elle renforce par ce volet la confiance mutuelle entre l'équipe dirigeante. Elle favorise aussi une responsabilité partagée à travers la mise en place d'un management transversal qui décentralise efficacement le pouvoir décisionnel.

La recherche s'oriente donc dans l'identification des besoins clés et des sources de motivations/démotivations à la responsabilisation des médecins. Elle identifie aussi la personnalité propre à chaque groupe de médecins appartenant à des tranches d'âge ou à des grades différents au sein d'une même structure. La prise en compte de l'appartenance catégorielle est analysée sur l'influence de l'équipe dirigeante et sur la force de la culture de responsabilité des médecins. Il s'agit en effet d'analyser un système social dynamique en interaction. Celui-ci est régi par des conduites, des principes et des comportements qui représentent une source de facilitation ou de blocage.

Le système social interactionnel a un effet sur les conditions de santé, de sécurité et d'épanouissement au travail. En effet, ces interactions sociales peuvent être des barrières internes imposées par un ou plusieurs acteurs. Ces acteurs peuvent représenter l'équipe dirigeante ou un groupe influent exerçant une forte pression informelle y compris sur l'équipe dirigeante. Ces barrières peuvent se représenter sous forme du manque de disponibilité du matériel médical ou de tout autre aspect interne dépendant du bon vouloir d'un ou de plusieurs acteurs. Ces actions limitent la bonne performance des médecins, elles représentent ou sont à l'origine de sources de conflits, d'existence de comportement de "je m'en-foutistes", de discrimination ou de démotivation¹.

1.1.1.2.2. Pertinence de la recherche

La recherche traite de l'effet du poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la sensibilisation et le renforcement d'une sous-culture de responsabilité des médecins. Celle-ci est déterminée non seulement par la force de la culture hospitalière mais aussi par la généralisation d'une culture de responsabilité dans les CHU qui est comprise, acceptée et partagée sur l'ensemble des niveaux dans les CHU. Nombreux travaux sont réalisés pour enrichissement de la revue de littérature de la culture organisationnelle. Celle-ci représente une

¹ Gharbi, S., Vincent, B., Descargues, R., *La prise en compte de la dimension sociétale de la performance : L'exemple du déploiement d'un ERP dans une entreprise du secteur de l'industrie pharmaceutique*, Colloque de comptabilité, contrôle, audit et institutions, Université de Tunis, Tunis, 2006, p. 4.

variable stratégique visant à promouvoir la performance des entreprises et le renforcement des valeurs construites de ses employés¹. La recherche se spécialise sur la relation de cause à effet existante entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens.

Il y a en effet très peu de recherches traitant des dimensions culturelles organisationnelles sur les entreprises algériennes. Par ailleurs, l'étude de la culture de responsabilité hospitalière représente une piste de recherche intéressante visant à prendre en compte des volets et aspects jamais étudiés en sciences de gestion et de commerce. Cette thèse analyse donc la perception des différentes dimensions culturelles organisationnelles au niveau des CHU en Algérie. Cela permet par ailleurs d'étudier la culture nationale, les réelles contraintes environnementales que subissent les CHU algériens et d'identifier aussi les orientations idéologiques des médecins². Cette étude enseigne les caractéristiques de la personnalité de groupe des médecins et identifie l'existence de sous-groupes ou de sous-cultures.

L'analyse des différentes dimensions permet aussi d'étudier les valeurs partagées par les médecins et les pratiques managériales appliquées au niveau des CHU. Elle étudie entre autre les relations d'interaction et la qualité de communication entre les médecins, les chefs de services et la direction des CHU. Cette analyse explique aussi les raisons du comportement positif et négatif des médecins à travers l'étude de la dynamique relationnelle. L'analyse se focalise sur l'étude de deux dimensions qui sont la dimension individuelle et la dimension groupale. Elle prend en compte les valeurs (dimension invisible, cachée, profonde et soumise à la subjectivité) et les pratiques (dimension visible, valeurs construites par le groupe, dominé par la perception et l'idéologie de groupe).

Les travaux de la thèse sont donc originaux et innovants en vue de la rareté des travaux ayant présentés cette relation de cause à effet sur des CHU algériens. L'étude des CHU algériens permet de déterminer leurs limites et lacunes. Cette détermination prend en compte les contraintes locales et les spécificités de l'identité sociale des médecins algériens³. Cela favorise entre autre la proposition de recommandations pertinentes, faisables et constructives qui seront

¹ Labelle, F., *La performance sociétale organisationnelle comme convention sociale entre l'entreprise et son milieu : Le cas d'Alcan au Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Thèse de doctorat en Management, Université du Québec, Montréal, 2005, p.67.

² Lewis, R-D., *When cultures collide: leading across cultures*, Ed. Nicholas Brealey International, 3^{ème} éd. Révisée, Porvoo, 2005, pp.27-30.

³ Teraji, S., *A model of corporate social performance : social satisfaction and moral conduct*, The Journal of Socio-Economics, Vol. 38, 2009, pages 926-934, p. 927.

par la suite proposées à la direction des Ressources Humaines au niveau du ministère de la santé algérien comme demandée par celle-ci.

L'aspect innovant et original de la recherche consiste aussi à l'utilisation d'indicateurs RH dans les différents modèles statistiques construits pour l'interprétation des résultats réels récoltés par une enquête au niveau de certains hôpitaux d'Algérie. Cela permet d'étudier les différentes interactions existantes et de mesurer leur impact en cas de modification de valeur.

La recherche permet donc de comprendre les réelles contraintes organisationnelles, sociales et environnementales qui limitent ou du moins affectent le renforcement de la culture de responsabilité des médecins. La valeur ajoutée de cette recherche de doctorat est la relation de causalité entre les dimensions culturelles et la création de valeur au niveau hospitalier. Ces recherches ont pour objectif aussi de souligner les composantes importantes agissant sur la force de la culture de responsabilité. Celles-ci offrent une définition plus complète et intègre des dimensions de la culture organisationnelle qui ne sont pas mentionnées dans les modèles référant de la culture organisationnelle¹.

1.1.1.2.3. Finalité de la recherche

Les résultats de la recherche apportent deux bénéfices considérables. Le premier consiste à servir de rapport pour les directeurs des CHU ; cela leur permet de prendre conscience des actions à mettre en place afin de sensibiliser à l'intégration d'une culture forte à travers une amélioration de la régulation du système social interactionnel. Le deuxième bénéfice est d'ordre scientifique. Les résultats proposent un nouveau domaine expérimental qui peut orienter de nouveaux chercheurs à améliorer les résultats de la recherche, ou à se spécialiser sur un aspect ou une variable en particulier qui sont traités dans cette thèse.

Cette recherche a donc pour finalité de solutionner premièrement les problèmes sociaux internes et deuxièmement les problèmes liés aux pratiques managériales appliquées². Elle vise aussi à émettre des recommandations afin d'optimiser la performance hospitalière des médecins. Cette optimisation est liée à l'épanouissement au travail au niveau de leurs CHU grâce à la prise en compte des spécificités des dimensions culturelles. Elle est aussi liée à l'importance de la prise en compte des principes de la responsabilité sociétale en vue d'apporter des améliorations considérables pour les médecins et pour les CHU. Finalement, les résultats

¹ Termini, N., *Le rôle des dimensions culturelles de Hofstede en regard du fonctionnement interne des équipes de travail pluriculturelles*, Thèse de doctorat en psychologie – recherche et intervention, Université de Montréal, 2011, pp. 57-59.

² Saulquin, J-Y., Schier, G., *Responsabilité sociale des entreprises et performance : complémentarité ou substituabilité ?*, *La Revue des Sciences de Gestion*, Vol. 1, N.223, Janvier-Février 2007, pages 57-65, p.58.

de cette recherche mettent en avant l'importance de la génération d'une culture de responsabilité sociétale au niveau des CHU¹. Ceci prône le rôle et la responsabilité tant des médecins que de l'équipe dirigeante des CHU dans les questions liées à l'influence sociale et à la culture organisationnelle dans le but d'optimiser l'intérêt général².

1.1.2. Dimensions de la recherche

Les dimensions de la recherche présentent les spécifications latérales, en profondeur et verticales. Cette troisième étape présente les niveaux de généralité de la formule haute et basse. Le dernier point étudié dans les dimensions de recherche est une présentation de l'observation réelle de ramassage de données sur terrain qui illustre les organisations choisies pour l'étude.

1.1.2.1. Spécifications latérales

L'angle avec lequel cette recherche est prise dépend de la revue des mérites respectifs des approches psychosociologiques et managériales. La recherche analyse le comportement et les interactions des acteurs internes à l'organisation afin d'identifier les exigences et besoins propres des médecins. L'approche psychosociologique des organisations se concentre sur l'identification des personnalités ainsi que sur la dynamique relationnelle qui résulte des différentes interactions sociales entre les médecins et l'équipe dirigeante. Elle se focalise sur l'importance de la culture, des valeurs et des comportements tant positifs que négatifs³.

Ces différents points déterminent la qualité du climat social interactionnel hospitalier et provoque par ailleurs des changements dans l'environnement interne. La deuxième approche est managériale car elle traite des différentes pratiques managériales appliquées au niveau des CHU ainsi que des améliorations organisationnelles à y intégrer. Il s'agit par ailleurs de l'étude du leadership des supérieurs hiérarchiques et de la performance des services qui en découle. Cette approche prend aussi en compte la qualité d'échange, de communication et de collaboration entre les médecins et l'équipe dirigeante⁴. Cet échange détermine par la suite

¹ Ernult, J., Ashta, A., *Développement durable, responsabilité sociétale de l'entreprise, théorie des parties prenantes : Evolution et perspectives*, *Revue des Cahiers du CEREN*, Vol.21, 2007, pages 4-31, p.12.

² Djaouahdou, R., Nabti, A., *La responsabilité sociale de l'entreprise entre théorie et concrétisation pratique : cas de l'Algérie*, *Colloque international francophone sur le développement durable : débats et controverses*, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, 15-16 Décembre 2011, p. 1.

³ Moya, M. & al., *Sexisme, masculinité-féminité et facteurs culturels*, *Revue internationale de psychologie sociale*, Vol. 18, N.1, 2005, pages 141-167, p. 144.

⁴ Gmelch, W-H., Buller, J-L., *Building academic leadership capacity: a guide to best practices*, Ed. John Wiley & Sons, San Francisco, 2015, pp. 165-167.

différents aspects qui représentent des sources optimisant comme freinant l'épanouissement et la disposition de l'ensemble des conditions favorables au travail des médecins¹.

1.1.2.2. Spécifications en profondeur

Les recherches antérieures réalisées par des spécialistes du domaine s'orientent vers des prospections traitant pour la plupart de la performance organisationnelle² ou des comparaisons entre les dimensions culturelles propres aux pays³. La notion de performance sociale ou sociétale reste encore peu exploitée. Il est à noter que l'analyse des dimensions culturelles représente une variable par laquelle des indicateurs RH sont calculés dans le cadre de la réalisation des bilans sociaux. La mesure de la force de la culture de responsabilité des médecins reste intangible et difficile à déterminer. Par conséquent, les mesures de la perception et de la force de la culture de responsabilité des médecins sont mesurées qu'à travers la proposition d'indicateurs qui sont à l'appréciation du chercheur qui les propose. Ces indicateurs sont donc sujets à la critique et à l'amélioration.

Ces indicateurs représentent une construction progressive des pré-enquêtes réalisées auprès de médecins afin de faire sortir les indicateurs qui sont le plus en lien avec la délimitation de cette recherche. L'angle à privilégier compte tenu des recherches précédentes est l'explication des différentes interactions de causes à effets et d'interdépendance entre les variables de l'influence sociale de l'équipe dirigeante et les variables de la force de la culture de responsabilité des médecins. Les variables choisies sont des variables endogènes et exogènes qui donc impactent et sont impactées par d'autres variables. Les différentes relations d'interdépendance créent un système complexe où chaque variable peut engendrer d'une manière directe ou indirecte des changements internes.

1.1.2.3. Spécifications verticales

Les différents niveaux de généralités pris en compte dans cette recherche sont les formulations haute et basse, qui sont détaillés dans la page qui suit.

¹ Rollinson, D., *Organisational behavior and analysis: an integrated approach*, Ed. Financial Times/ Prentice Hall, 4^{ème} éd., Gosport, 2008, pp. 66-104.

² Makni, R., Francoeur, C., Bellavance, F., *Causability between corporate social performance and financial performance : Evidence from Canadian firms*, Journal of Business Ethics, Vol. 89, 2009, pages 409-422, p. 409-4010.

³ Lanier, J-A., *Value-creation in middle market private equity*, Ed. Gower Publishing, Dorchester, 2015, pp.60-61.

1.1.2.3.1. Formulation haute

L'analyse de l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité est une recherche applicable sur toute organisation privée ou publique étant à but lucratif ou non lucratif. Elle permet de traiter aussi bien de petites entreprises que des multinationales dans le but de faire un état comparatif. La largesse du domaine de cette recherche permet de diversifier les études et d'établir des actions comparatives entre elles d'un secteur à un autre.

1.1.2.3.2. Formulation basse

Le contexte spatio-temporel de cette recherche s'oriente sur une analyse des centres hospitaliers universitaires dans un contexte actuel. La recherche se fait sur la situation actuelle et sur la réalité hospitalière des CHU face aux nouvelles exigences des médecins. Ces acteurs stratégiques voient simultanément une interdépendance positive et négative entre la culture de responsabilité et la disposition de l'ensemble des bonnes conditions de travail¹. L'étude des dimensions culturelles organisationnelles qui permet d'identifier l'identité même des médecins et des CHU prend en compte les spécificités temporelles et environnementales.

Afin de mieux comprendre les besoins clés des médecins et d'identifier leurs motivations et sources de démotivations et de blocage ; il est nécessaire de prendre en compte les composantes de leurs environnements internes et externes. Par composantes, il y a lieu d'analyser la disponibilité des ressources financières dont la présentation des budgets attribués et la rationalisation des consommations. Cela permet aussi d'analyser la disponibilité des ressources humaines en termes de disponibilité des compétences centrales et annexes. Cela concerne les médecins, paramédicaux et les autres corps hospitaliers qui contribuent directement et indirectement à la performance des médecins.

1.1.2.4. Idées maitresses de l'étude opératoire de la recherche

L'étude statistique de la recherche permet de faire ressortir les différentes interactions et relations causales et d'interdépendance existantes entre les variables à étudier. Elle analyse l'interaction entre les variables explicatives du poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante et aussi la même interaction entre les variables permettant d'apprécier la force de la culture de responsabilité des médecins. L'analyse s'oriente ensuite vers un regroupement des

¹ Balla, S-J., Lodge, M., Page, E-C., *The Oxford Handbook of Classics in Public Policy and Administration*, Ed. OUP Oxford, Oxford, 2015, p. 25.

variables en vue de réfléchir sur la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité. Il est nécessaire de rappeler que cette analyse est réalisée dans un environnement hospitalier ayant pour but d'offrir des prestations de soins, et qui par ailleurs est régi par les principes du management hospitalier¹. Sachant que chaque corps hospitalier a un fort impact sur la performance d'un CHU, cette recherche se focalise sur les acteurs stratégiques qui sont les médecins.

La recherche se délimite donc volontairement à la relation exclusive entre les médecins et l'équipe dirigeante. Elle se délimite aussi au management hospitalier qui représente une sous-branche du management public. L'analyse du management public insiste sur les principes managériaux qui régissent les institutions publiques à caractère non-lucratif. Il n'existe donc pas de pressions exercées par des actionnaires visant à imposer des valeurs de profitabilité. L'actionnaire des CHU est l'état. Ces CHU sont donc régis par les consignes du ministère de la santé. Par ailleurs, leur budget de fonctionnement dépend des budgets alloués en fonction des besoins propres à chaque organisme et à chaque ministère.

Par ailleurs, les données récoltées ne concernent que les perceptions et idéologies propres des médecins. Quelques résultats illustrent la qualité des rapports entre les médecins et les autres corps hospitaliers. Ces résultats représentent juste des indicateurs afin de faire valoir l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la dynamique des groupes. Malgré la diversité des types d'établissements de santé, la recherche traite uniquement le cas des centres hospitaliers universitaires en vue de l'importance des activités et du rôle stratégique qu'ils ont vis-à-vis de la société.

En effet l'étude des CHU permet d'étudier différents grades de médecins généralistes jusqu'aux médecins de grade professeur. Ce qui est intéressant dans l'étude des CHU est l'importance accordée à la recherche médicale et à la transmission du savoir en plus aux activités purement médicales. Les points qui suivent définissent la notion même du CHU et du médecin afin de mieux cerner et de comprendre les points sur lesquels le travail effectué se focalise.

¹ Dafoe, G., *La santé publique dans l'intérêt public*, *Healthcare Management Forum Review*, Vol. 16, N.3, Autumn 2003, pages 38–39, p.38.

1.1.2.4.1. Présentation d'un Centre Hospitalier Universitaire

Selon l'article 2 du décret exécutif N°97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires apparu dans le journal officiel de la république algérienne N°81 du 10 Chaâbane 1418 correspondant au 10 Décembre 1997 :

Art.2 - Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par le décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement et de la recherche scientifique. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur¹.

Tab. 1.1.- Missions des centres hospitalo-universitaires

Santé	-Activités de diagnostic, soins, hospitalisations, urgences et de prévention ; -Elaboration de normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogiques des structures de santé ; -Protection et promotion de la prévention, d'hygiène et de lutte contre les nuisances sociales.
Formation	-Assurer la formation graduée et post-graduée en sciences médicales ; -Participation à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.
Recherche	-Effectuer des travaux de recherche dans les sciences de santé ; -Promotion des activités de soins, formation et recherche à travers l'organisation de manifestations techniques et scientifiques.

Source : Construit par nos soin à partir de : Décret exécutif N°97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires : Art. 4., Op cit., pp. 22-23.

Tant dit que l'article 2 définit les organismes ayant pour finalité de créer et de superviser les activités des CHU, l'article 3 du même décret définit ses activités :

Art. 3. – Le centre hospitalo-universitaire est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche².

L'article 4 du même décret³ détaille les différentes missions et taches prévues en matière de santé, de formation et de recherche. Cela est résumé dans le tableau 1.1 après lecture du dit décret, le CHU représente donc une organisation stratégique. Ses rôles de prestations médicales, de transmission du savoir et de recherche tant scientifique que médicale prônent l'importance des activités effectuées au niveau des CHU.

¹ Décret exécutif N°97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires. Journal officiel de la république algérienne N°81 du 10 Chaâbane 1418 correspondant au 10 Décembre 1997, Alger, p. 22.

²Ibid.

³Décret exécutif N°97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires. Journal officiel de la république algérienne N°81 du 10 Chaâbane 1418 correspondant au 10 Décembre 1997, Alger, pp. 22-23.

En effet, le CHU représente l'organisation la plus complexe et diversifiée des organismes sanitaires. L'amélioration de la performance des CHU est donc primordiale. Il est nécessaire d'identifier toute variable affectant positivement ou négativement sur le renforcement de la culture de responsabilité des médecins en vue de proposer des solutions et recommandations visant l'intérêt général. Cela permet aussi une meilleure satisfaction des parties prenantes internes et externes des CHU.

1.1.2.4.2. Présentation des médecins étudiés dans la recherche doctorale

Le CHU est composé de plusieurs corps qui sont le corps médical, paramédical, administratif et le corps de support. L'examen effectué de la recherche se spécialise dans l'analyse et l'étude des médecins exerçant les activités médicales et qui sont diplômés au minimum d'un doctorat en médecine générale. L'étude est réalisée sur les médecins généralistes, les médecins résidents, les médecins spécialistes, et les médecins hospitalo-universitaires qui comprennent les grades de Maitres assistants, Maitres de conférences et de Professeurs. La recherche ne comprend pas le corps des chirurgiens-dentistes et le corps des pharmaciens de la santé publique de tous grades confondus.

1.1.2.4.2.1. Médecins Généralistes

Le décret exécutif N° 09-393 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009, portant sur le statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique stipule que les médecins généralistes de santé publique représentent des praticiens titulaires d'un doctorat en médecine ou d'un diplôme équivalent. Leur rôle comporte plusieurs activités qui sont le diagnostic et les soins, la protection maternelle et infantile, la protection sanitaire en milieu scolaire, universitaire, de travail et pénitentiaire, le contrôle sanitaire aux frontières, la prévention générale et épidémiologique, l'éducation sanitaire, la réadaptation et la rééducation, l'exploration fonctionnelle et analyse biologique et finalement la participation à la formation des personnels de santé.

Les médecins généralistes se composent de trois grades qui sont le médecin généraliste de santé publique, le médecin généraliste principal de santé publique et le médecin généraliste en chef de santé publique. En plus des tâches citées plus haut, les médecins généralistes principaux sont chargés du développement des programmes nationaux de santé, de la participation à l'élaboration des projets de service et d'établissement et de l'expertise médicale. Par contre les médecins généralistes en chef se chargent outre l'ensemble des autres tâches du

suivi et de l'évaluation des programmes nationaux de santé publique et de la participation à la conception et au développement des activités sanitaires¹.

1.1.2.4.2.2. Médecins Résidents

Le décret exécutif N°11-236 du Aouel Chaâbane 1432 correspondant au 3 juillet 2011 portant statut du résident en sciences médicales stipule que les médecins résidents représentent des praticiens en formation post-graduée en sciences médicales inscrits au cycle d'études médicales spéciales. Ils sont astreints à plein temps à participer à différentes activités sous la responsabilité et la direction de leurs chefs de services et des corps enseignants respectifs. Leurs tâches consistent à se charger des soins, du diagnostic, de la prévention et de garde d'urgence et de service. Ils se cherchent aussi de la production scientifique et de la recherche médicale à travers la participation aux séminaires et conférences et finalement de la transmission du savoir à travers l'enseignement de travaux dirigés aux étudiants en médecine ou à travers la formation du personnel paramédical².

1.1.2.4.2.3. Médecins Spécialistes

Le décret exécutif n° 09-394 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique présentent les médecins spécialistes comme des praticiens titulaires du diplôme d'études médicales spécialisées DEMS ou d'un titre reconnu équivalent. Ils se composent de trois grades qui sont le grade de praticien spécialiste assistant, le grade de praticien spécialiste principal et le praticien spécialiste en chef. Les médecins spécialistes assurent les activités de diagnostic, traitement, contrôle, recherche médicale, prévention, réadaptation et exploration fonctionnelle, recherche en laboratoire, expertises médicales, participation à la formation du personnel de santé, management et finalement de l'évaluation et de l'encadrement des projets de services, d'établissements et de programmes de santé. Ces différentes activités et prestations de soins sont faites suivant leurs spécialités respectives³.

¹ Décret exécutif N° 09-393 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009 portant sur le statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique : Art. 21- 25, Journal officiel de la république algérienne N°70 du 12 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 29 Novembre 2009, Alger, p. 10.

² Décret exécutif N°11-236 du Aouel Chaâbane 1432 correspondant au 3 juillet 2011 portant statut du résident en sciences médicales : Art. 2-9, Journal officiel de la république algérienne N°38 du 4 Chaâbane 1432 correspondant au 6 juillet 2011, Alger, p. 12.

³ Décret exécutif N° 09-394 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique : Art. 18-20, Journal

1.1.2.4.2.4. Médecins Hospitalo-universitaires

Le décret exécutif N° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire stipule que les hospitalo-universitaires assurent des formations en sciences médicales au niveau des établissements hospitalo-universitaires. L'article 5 dudit décret traite le point suivant :

Art. 5. Les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires, dans l'enseignement, la recherche et les activités de santé accomplissent une mission de service public d'enseignement supérieur et de santé.

A ce titre, ils sont tenus :

- de dispenser un enseignement de qualité et actualisé lié aux évolutions de la science et des connaissances, de la technologie et des méthodes pédagogiques et didactiques en conformité avec les normes éthiques et professionnelles et de mener des activités de recherche-formation pour développer leurs aptitudes et leurs capacités à exercer la fonction d'enseignant chercheur hospitalo-universitaire ;
- d'assurer des activités de santé de qualité et de contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique nationale de santé ;
- de participer à l'élaboration du savoir et à sa diffusion et d'assurer la transmission des connaissances au titre de la formation initiale et continue¹.

Les hospitalo-universitaires sont gérés par le ministère de l'enseignement supérieur concernant leurs activités d'enseignement et par le ministère de la santé pour les activités de santé. Le corps des hospitalo-universitaires se compose de trois grades qui sont les maîtres assistants, les maîtres de conférences et les professeurs. Ces différents grades sont présentés ci-après :

1.1.2.4.2.4.1. Maîtres Assistants

Les médecins maîtres assistants hospitalo-universitaires représentent des praticiens recrutés par voie de concours parmi les titulaires du diplôme D.E.M.S. Ils sont chargés de dispenser des cours et de s'occuper des tâches pédagogiques d'un enseignant-chercheur. Ils assurent donc de la transmission du savoir des pratiques aux étudiants au lit du malade et en laboratoire à travers la contribution à l'élévation du niveau des connaissances en sciences médicales.

Dans le domaine de la santé, les maîtres assistants sont chargés d'assurer les soins optionnels et de haut niveau liés à leurs compétences et à leur spécialité au niveau des établissements hospitalo-universitaires. Ils contribuent par ailleurs à la hiérarchisation des

officiel de la république algérienne N°70 du 12 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 29 Novembre 2009, Alger, pp. 16-17.

¹ Décret exécutif N° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire : Art. 5, Journal officiel de la république algérienne N°23 du 28 Rabie Ethani 1429 correspondant au 4 Mai 2008, Alger, p. 8.

soins et à la mise en œuvre des programmes d'actions sanitaires. Les maitres assistants préparent une thèse de doctorat en sciences médicales dans le but de passer au grade de maitre de conférences. Une grande importance est donc accordée aux travaux et rencontres scientifiques¹.

1.1.2.4.2.4.2. Médecins Maitres de Conférences

Les maitres de conférences hospitalo-universitaires se composent de deux grades qui sont le grade de maitre de conférences B et le maitre de conférences A. Les maitres de conférences sont titulaires d'un diplôme de doctorat en sciences médicales et sont en charge d'assurer des activités d'enseignement, taches pédagogiques et de prestations de santé. Les maitres de conférences B sont promus au grade des maitres de conférences A par voie de concours sur des épreuves et des travaux scientifiques et pédagogiques, ils se chargent de l'encadrement des maitres assistants dans la préparation de leurs cours².

1.1.2.4.2.4.3. Médecins Professeurs

Les médecins hospitalo-universitaires de grade professeurs représentent des maitres de conférences A justifiant de 3 années d'exercice dans ce grade et qui sont promus par voie de concours sur titres et sur des travaux pédagogiques et scientifiques réalisés. Ils se chargent eux aussi des mêmes taches pédagogiques et prestations de santé que les autres hospitalo-universitaires. Les professeurs sont chargés aussi des activités de conception et d'expertise pédagogiques en matière d'élaboration et de l'évaluation des programmes d'enseignement ainsi que de la mise en place de nouvelles formations. Le grade de professeur hospitalo-universitaire émérite par contre représente les professeurs nommés par la commission nationale de l'éméritat en sciences médicales justifiant de 15 années d'exercice en qualité de professeur dont 5 années en qualité de chefs de service ou de départements.

Les professeurs émérites³ sont nommés selon le nombre d'encadrement des thèses de doctorat en sciences médicales, le nombre d'articles publiés au niveau des revues scientifiques, le nombre de communications présentées lors de conférences scientifiques et finalement le nombre de publication d'ouvrages, de manuels et de photocopiés à caractère scientifique. Ils sont

¹ Décret exécutif N° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire : Art. 8-35, *Op cit*, pp. 8-11.

² Décret exécutif N° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire : Art. 8-35, *Op cit*, pp. 11-12.

³ Grade non attribué officiellement. Il représente bien plus une renommée distinguant les professeurs des professeurs émérites.

en charge d'assurer des conférences et séminaires au niveau de la post-graduation en sciences médicales, de déterminer des axes de recherche prioritaires dans leur domaine de spécialité et finalement d'assurer des missions de conseil, d'expertise et de coordination et d'étude scientifique¹.

1.1.2.4.3. Délimitation et objectifs de la recherche opératoire

L'étude traite des CHU algériens. Sachant que les CHU sont impactés par les spécificités de leur environnement local, ces CHU sont analysés dans leur contexte. Cela veut dire que l'état comparatif ayant pour but de faire ressortir des recommandations doit avant tout être adapté selon la situation propre des CHU choisis. Le renforcement de la culture de responsabilité des médecins dépend du niveau de prise en compte du contexte environnemental. Cela montre qu'il est nécessaire d'appliquer un style managérial qui est en accord avec les valeurs innées et épousées des médecins. Il n'est donc pas possible de copier ou d'extrapoler des pratiques d'un CHU vers un autre.

Chaque CHU doit prendre en compte les spécificités de ces propres acteurs afin d'analyser la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité. Il s'agit en effet de tout un système ou chaque variable impacte d'autres. Aucun modèle managérial n'est parfait mais il donne toutefois de bon résultat s'il est en accord avec les spécificités des médecins et de l'équipe dirigeante. L'étude des CHU algériens fait ressortir les limites sociales et managériales impactant négativement la perception positive de la culture de responsabilité des médecins. L'élément comparatif entre les groupes catégoriels des médecins s'applique dans le cas de similarités constatées au niveau des CHU algériens. Cela permet de rechercher les causes communes des différences et similitudes observables.

1.1.3. Cadre conceptuel de la recherche

Ce point a pour but de présenter le cadre conceptuel de la recherche. Le premier point est le cadre épistémologique afin de comprendre les orientations philosophiques que la recherche suit. Le deuxième point de la section traite des principales approches de la recherche. Le troisième point quant à lui présente la méthode de recherche choisie pour administrer la recherche doctorale. Une fois que la méthode est présentée, le point suivant présente la démarche de recherche.

¹ Décret exécutif N° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire : Art. 49-63, *Op cit*, pp. 12-13.

1.1.3.1. Cadre épistémologique de la recherche

Partant d'un paradigme épistémologique du constructivisme, le cadre ontologique de la recherche est relativiste. Il démontre en effet une réalité construite localement ou les vérités et versions sont construites par les médecins. Les résultats et interprétations dépendent de la réalité perçue par les médecins participant à l'étude. Le cadre épistémologique de la recherche qui en découle est donc le l'inter-subjectivisme. L'inter-subjectivisme en sciences sociales est développé par Friedrich A. Hayek, il étudie les faits et comportements sociaux¹.

Lors de recherche subjectiviste, les acteurs participant à la recherche sont subjectifs dans leurs réponses² et la réalité est construite par l'expérience commune partagée³. Celles-ci dépendent de beaucoup de paramètres comme de l'humeur de la personne, de ses croyances, des idées perçues, des valeurs, des cultures et de ses principes. Elles sont donc données dans un cadre bien spécifique et constituent des opinions et des actions humaines en interaction qui peuvent changer suivant le temps et l'espace⁴. Le subjectivisme s'inscrit dans une optique réaliste qui prend en compte les phénomènes mentaux à travers l'étude du système des sensations et de conceptualisation qui définissent le comportement humain⁵. La recherche étudie l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité des médecins, elle dépend donc des processus sociaux et culturels des médecins impliqués dans l'étude.

Les résultats de la recherche sont valides dans le contexte temporel de la réalisation de la recherche et dans les environnements déterminés et choisis pour la recherche. Elle dépend alors des expériences subjectives des médecins qui sont sous l'influence sociale et culturelle⁶. La nature de la connaissance est donc de type reconstruite car elle dépend des idées construites et subjectives des médecins participant à l'étude. Elle est d'orientation statistique pratique, cela montre que la priorité est donnée à l'aspect recensement, dénombrement et énumération de la recherche. L'aspect théorique ou conceptuel ne joue que le rôle d'outil permettant de

¹ Bitbol, M., *Une science de la conscience équitable : L'actualité de la neurophénoménologie de Francisco Varela*, *Intellectica*, Vol. 1, N. 43, 2006, pages 135-157, pp. 136-137.

² Bourdieu, P., Chamboredon, J-C., Passeron, J-C. *Le métier de sociologie*, Ed. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales and Walter de Gruyter GmbH, 5^{ème} Ed., Berlin, 2006, pp. 18-19.

³ Jo-Hatch, M., Cunliffe, A-L., *Théories des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples*, Ed. De Boeck, 2^{ème} éd., Bruxelles, 2009, p.71.

⁴ Nadeau, R., *L'antiphysicalisme de Hayek : Essai d'élucidation*, *Revue de Philosophie Economique*, Vol. 1, N. 3, 2011, pages 62-112, pp. 70-72.

⁵ Quiquerez, G., *La tension entre subjectivisme et libéralisme dans l'ontologie sociale hayékienne*, *Journal des Cahiers d'économie politique*, N. 36, 2000, pages 99-115, pp. 100-103.

⁶ Jo Hatch, M. *Théories des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples*, Ed. De Boeck, Bruxelles, 2000, pp.60-64.

sélectionner les indicateurs, variables, ratios et dimensions ayant pour finalité de servir la recherche opératoire. Le critère de validité de la recherche se fait par la congruence entre les connaissances pratiques et théoriques. Comme l'aspect théorique est considéré comme un outil ou un modèle, l'adéquation satisfaisante entre les concepts et les résultats doit être établie¹.

1.1.3.2. Approches dominantes de la recherche

Cette recherche s'inspire de trois principales approches en sociologie qui sont utilisées pour expliquer la vie sociale au sein d'une organisation. Il s'agit du fonctionnalisme, de l'interactionnisme et de la théorie des conflits. En effet, cette dernière permet de décrire les besoins des médecins à maximiser leurs avantages, leurs accomplissements et à satisfaire leurs besoins personnels. Cette lutte existante entre les intérêts personnels et communs est à l'origine de l'existence de groupes et de sous-groupes au sein des CHU qui partagent des idéologies et objectifs différents. Ces comportements opportunistes créent des changements sociaux au sein des CHU². Ils peuvent avoir un fort impact sur les pratiques managériales et sur le développement des valeurs organisationnelles. Cet impact concerne aussi la qualité du climat social et enfin le niveau d'implication des médecins à leur responsabilisation sociétale.

L'approche interactionniste étudie quant à elle les différentes interactions sociales existantes dans le CHU. Cela permet d'étudier les interactions des médecins en intra groupes et inter groupes. Cette étude concerne aussi les interactions entre les médecins et l'équipe dirigeante au sein des CHU. Selon cette approche, il est primordial de prendre en compte la dimension des relations sociales afin de mieux comprendre les comportements sociaux des médecins. En effet, le comportement des médecins se construit à travers la force des relations interpersonnelles. Il se construit aussi en fonction des spécificités de leur environnement en plus de leurs caractéristiques innées.

L'approche fonctionnaliste en sciences sociales permet d'étudier le CHU comme un système. Elle permet d'identifier le mode de fonctionnement en analysant les différentes interactions, pratiques et règles de conduites afin de faire ressortir les dysfonctionnements dans les situations analysées. Elle permet ensuite à travers cela de proposer des solutions et des recommandations dans le but d'améliorer le fonctionnement des CHU. Cela englobe dans le

¹ Guenoun, M., *Management de la performance publique locale : Étude de l'utilisation des outils de gestion dans deux organisations intercommunales*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Paul Cézanne – Aix Marseille III, Marseille, 2009, pp. 257- 281.

² *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et du Sport, Ed. ENSP, Ed. 2, Paris, 2007, p. 23.

cadre de cette recherche le renforcement de la responsabilisation partagée afin d'optimiser la performance hospitalière dans les CHU étudiés.

Le fonctionnalisme systémique proposé par Talcott Parsons insiste sur l'importance de l'identification des modèles culturels sociaux qui sont intériorisés dans la personnalité des médecins (culture et identité personnelle) et dans l'identité propre des CHU (culture organisationnelle, valeurs de l'équipe dirigeante, etc.). L'existence de règles définissant le fonctionnement du CHU comme un système d'action et un système social qui est dû à une acceptation consensuelle de ces pratiques qui priment les intérêts communs. Par cela, tout comportement qui s'écarte du consensus et des règles structurelles prédéfinis s'explique par la non-adhésion de certains médecins ou sous-groupes aux valeurs et pratiques organisationnelles du CHU. Cette non-adhésion reflète une opposition et un écartement par rapport au modèle social, idéologique et éthique des CHU.

1.1.3.3. Présentation de la méthode de recherche et de la démarche de recherche

La méthode retenue dans le cadre de cette recherche est la méthode du système souple MSS qui se découle de l'approche systémique. Cette méthode permet de voir l'organisation du CHU comme un système social d'activités humaines qui se focalise sur l'impact du management du changement, du dynamisme du groupe et du management des conflits sur le renforcement de la culture de responsabilité des médecins¹. La MSS est développée par Peter B. Checkland afin d'analyser des situations complexes. Elle est conçue comme un système en soi qui a pour objectif de faire ressortir un processus d'apprentissage et d'amélioration continue de la situation.

Cette méthode recouvre les systèmes d'activités humaines et prend en compte l'effet des différentes interactions comportementales et d'interdépendance sur le système social². Elle permet d'étudier les éléments et les variables qui agissent, régissent et interagissent avec les autres pour finalement impacter le niveau de responsabilisation des médecins. En effet, le CHU représente un système dynamique qui s'auto-organise et évolue en fonction des structures, codes de conduites et de pratiques internes tout en s'ajustant aux changements sociaux internes. Le CHU est régi alors par des rétroactions ou chaque petite variable influe positivement ou négativement sur les autres et sur le système global.

¹ Lemire, L., Martel, G., *L'approche systémique de la gestion des ressources humaines : Le contrat psychologique des relations d'emploi dans les administrations publiques du XXI^{ème} Siècle*, Ed. Presses de l'Université du Québec, Québec, 2007, pp.58-59.

² *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2009, pp. 42-45.

La complexité des interactions sociales qui impactent l'influence sociale et la culture de responsabilité complexifie la mise en place de solutions et recommandations. En effet, cette régulation peut être considérée comme un changement de repère et de désorientation interne. De ce fait, la résistance au changement imposé par les médecins et l'équipe dirigeante des CHU freine la mise en place de pratiques managériales souples et responsables. Cette résistance freine aussi toute démarche visant à faire naître tout changement positif à court ou à long terme.

Il est donc nécessaire en premier lieu de développer la culture organisationnelle interne tout en conduisant un changement idéologique et culturel dans le temps afin de développer des valeurs et pratiques acceptées par tous. La MSS permet donc de mettre en place une stratégie d'aide au changement et à l'amélioration de l'ensemble du système¹. La MSS suit un cycle de 7 étapes qui organise les connaissances pratiques et les intègre dans des modèles théoriques suivant une pensée systémique afin d'atteindre une congruence entre les connaissances pratiques et théoriques.

La première étape du cycle du MMS consiste à définir la situation qui est considérée comme un problème ; la deuxième analyse et énonce avec exactitude la situation problématique dans le but de lui trouver des solutions. Ces deux premières étapes regroupent des informations pratiques tirées par des observations ou recherche antérieures de l'état des lieux des CHU. La troisième et quatrième étapes par contre sont régies par une pensée systémique et conceptuelle de la réalité hospitalière. La troisième étape consiste par ailleurs à définir les différents systèmes pertinents d'activités humaines². Cela est fait à travers l'identification des variables qui aident à l'analyse des différents comportements, identités, pratiques, valeurs et dynamiques relationnelles.

Les différentes variables ou dimensions définissent le système social interne des CHU. Elles expliquent les interactions entre les médecins et l'équipe dirigeante d'un côté, l'effet de ses interactions sociales sur le renforcement de la culture de responsabilité d'un autre côté. Une fois que les variables de l'étude sont définies, la quatrième étape crée alors un modèle conceptuel ayant pour visée d'être proposé comme un modèle théorique et d'être utilisé comme ligne conductrice de l'étude statistique que de la recherche. Ce modèle conceptuel s'inspire des

¹ Walliser, B., *Systèmes et modèles : introduction à l'analyse de systèmes*, Ed. Seuil, Paris, 1977, p 9.

² Ngono, M., *Cadre de référence*, pages 42- 115, In *Intégration des technologies de l'information et de la communication dans l'enseignement secondaire au Cameroun: Point de vue des enseignantes et enseignants des collèges et lycées de la ville de Yaoundé*, Thèse de doctorat en technologie éducative, Université Laval, Québec, 2012, pp. 99- 109.

différentes théories de la culture organisationnelle et des dimensions culturelles tout en proposant une approche différente et innovante des modèles existants¹.

Les trois dernières étapes de la MSS s'orientent entièrement vers la recherche statistique de dénombrement et recensement. La cinquième étape met en relation la problématique et le modèle conceptuel créé afin d'analyser les différentes variables qualitativement et quantitativement parlant. Ce modèle permet de vérifier en confirmant ou en infirmant les hypothèses². Il aide aussi à répondre aux questions de recherches secondaires et à la question principale de recherche.

Grace à cette cinquième étape, les sources de démotivations et les limites organisationnelles et sociales sont identifiées. Cela permet entre autre de mieux comprendre le comportement des médecins et leurs personnalité afin d'identifier les dimensions stratégiques, les risques organisationnels et les éléments à améliorer. Après avoir fait une constatation et avoir déterminé les limites du système social, la sixième étape permet de faire valoir les changements souhaitables et réalisables³. Cette étape identifie les besoins clés et sources de motivation et d'épanouissement professionnel des médecins. Elle permet de réduire l'effet négatif du système social sur la perception de la culture de responsabilité des médecins. Cette réduction est due à la diminution des barrières sociales internes. Cela permet à son tour de favoriser l'existence de bonnes conditions de travail et un bon climat social interactionnel.

La septième et la dernière étape de la MSS sont là pour émettre les bonnes recommandations en prenant en compte les spécificités de l'environnement et les fondements identitaires des médecins et des CHU⁴. Il s'agit en fait de mettre en place des actions ayant pour but de promouvoir la responsabilisation partagée à travers le renforcement de la culture de responsabilité des médecins. La sensibilisation à la responsabilisation partagée est par ailleurs engendrée à travers l'amélioration des différentes dimensions culturelles qui composent les deux niveaux de la culture organisationnelle (valeurs et pratiques).

En se référant à la méthode de recherche, la démarche de la recherche suit les principes du système Leibnizien qui suit le raisonnement : théorie-hypothèse-observation-généralisation selon la roue de la science. En effet, des concepts théoriques et conceptuels découlent les

¹ Checkland, P-B., *Techniques in soft systems practice part 2: Building conceptual models*, Journal of applied systems analysis, Vol. 6, 1976, pages 41-49, pp. 43-46.

² Checkland, P-B., *Systems thinking, system practice*, Ed. John Wiley, Chichester, 1989, pp. 21-23.

³ Jackson, M-C., *Systems thinking: Creative holism for managers*, Ed. John Wiley, Chichester, 2003, pp.185-190.

⁴ Filion, L-J., *Méthodologie de modélisation systémique : Applications à des acteurs entrepreneuriaux - La cognition entrepreneuriale – Méthodes de recherche*. Revue internationale de psychosociologie et de comportement organisationnel, N° 44, Printemps 2012, pages 31-70, pp. 42-48.

hypothèses de recherche qui ont pour objectif primordial de répondre à la question principale de recherche. Ces hypothèses sont élaborées à partir de théories prédéfinies et connues d'avance afin de démontrer des relations causales et d'interdépendance entre des variables dans un cas bien spécifique¹.

L'étape suivante consiste à observer les variables étudiées afin de vérifier les hypothèses pour, à la fin arriver à une généralisation des résultats et constats. La démarche hypothético-déductive du système Leibnizien permet d'appliquer un raisonnement déductif allant du général vers le particulier². Sachant que la recherche portant sur l'effet de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité peut être réalisée sur différentes organisations ; le raisonnement déductif permet d'appliquer cette étude sur le cas des CHU. La démarche citée permet aussi de se spécialiser uniquement sur le corps des médecins hospitaliers.

1.2. Etat de l'art de l'influence sociale de l'équipe dirigeante

La recension de la revue de la littérature présente les idées maitresses de l'influence sociale de l'équipe dirigeante. Ce point présente les fondements de l'influence sociale. Il la définit comme variable explicative du rapport de soi aux autres. Ce point traite finalement de l'impact de l'influence sociale sur le management.

1.2.1. Fondements de l'influence sociale

L'influence sociale découle des fondements de la psychologie sociale. Ces études sont multiples en sociologie. Elles permettent d'analyser les phénomènes sociaux interactionnels et relationnels dans la vie sociale d'une organisation. L'influence sociale découle des travaux de Mac Dougall et de Ross aux Etats-Unis ainsi que de Marx et de Durkeim en Europe. Elle permet de prendre connaissance de l'individu et de ses relations avec les autres³. Ces interactions sont régulées par un processus rationnelle et irrationnelle. Les travaux de La Rochefoucauld et de La Bruyère démontrent que les comportements des individus et des groupes sont des résultats de l'interaction de l'individu au groupe et du groupe à l'individu.

¹ Aktouf, O., *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*, Ed. Les Presses de l'Université du Québec, Québec, 1987, pp. 18-20.

² Giordano, Y., Jolibert, A., *Spécifier l'objet de la recherche*, In Gavard-Perret, M-L. & al., *Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Ed. Pearson Education, 2^{ème} Ed., Paris, 2012, pages 47-86, pp. 61-63.

³ Luo, P., Chen, K., Wu, C., *Measuring social influence for firm-level financial performance*, *Electronic Commerce Research and Applications*, Vol. 20, November-December 2016, pages 15-29, pp.15-16.

L'influence sociale découle de l'interaction entre plusieurs parties. Elle régule les échanges entre individus ou entre groupes. Elle reflète la qualité de communication interpersonnelle à travers l'explication des processus d'expression, de soumission et de régulation sociale. L'influence sociale naît d'une divergence d'intérêt. Cette divergence est expliquée par une non-adhésion aux règles d'autorité, à l'insatisfaction des prises de décision et par l'émergence de conflits interpersonnels. L'influence sociale a pour finalité d'émerger une pression visant à exercer un jeu des efforts entre les différents acteurs. Elle résulte soit, d'une influence positive et intégratrice qui engendre des accords, soit, d'une influence négative qui engendre des refus ou des échecs¹.

L'influence sociale a pour finalité de réguler les différences qui émergent de fondements culturels différents entre les acteurs. Elle s'applique d'une manière consciente et inconsciente par des groupes ou acteurs influents ou minoritaires. Ces acteurs emploient une influence sur autrui à travers une autorité formelle ou informelle. L'influence sociale est exercée dans les organisations pour engendrer un conformisme aux stratégies établies. Elle joue aussi un rôle central dans l'atteinte des objectifs des différentes parties. Ce rôle reflète soit, une adhésion, soit une contre-adhésion. L'influence sociale explique les jeux de pouvoir, de force et de confiance entre les différentes parties. Le poids de cette influence varie en fonction de la pression exercée et de l'urgence de l'atteinte des objectifs assignés par les acteurs qui l'exercent².

Le poids de l'influence sociale varie en fonction des concessions réalisées par l'ensemble des parties concernées. Il varie aussi en fonction des rapports interpersonnels antérieurs entre les parties. Ces rapports antérieurs justifient alors les perspectives futures ainsi que la forme de l'influence (explicite ou implicite). L'influence sociale représente un curseur de pouvoir qui engendre des jeux de pouvoir. Elle diffère en fonction du poids des acteurs. En effet, l'influence sociale exercée sur un groupe influent est plus souple que celle exercée sur un groupe minoritaire. Elle diffère aussi en fonction du choix des acteurs.

Une adhésion optimale des employés aux directives de leur équipe dirigeante réduit donc les pressions à leur encontre. Toutefois, ces pressions s'accroissent avec le renforcement de comportements non conformant³. L'influence sociale est implicite dans le sens où celle-ci laisse libre choix aux autres acteurs d'adhérer ou non à une idéologie similaire. Toutefois, elle

¹ Forsyth, D-R., *Group Dynamics*, Ed. Wadsworth Cengage Learning, 6th ed., Boston, 2013, pp. 51-60.

² Buchanan, D., Huczynski, A., *Organizational Behaviour*, Ed. Pearson, 9th revised Ed., London, 2016, pp. 50-71.

³ Seufert, M., & al., *Assessment of subjective influence and trust with an online network game*, *Computers in Human Behavior*, Vol. 64, November 2016, pages 233-246, pp. 233-235.

est explicite dans le sens où les acteurs subissent une contrepartie liée à leur manque de coopération ou de concession.

L'influence sociale exerce un jeu de pouvoir informationnel. Par ailleurs, l'accès aux informations ainsi que l'asymétrie informationnelle découlent du renforcement de comportements opportunistes ou des divergences des perceptions des situations. Le jeu de pouvoir informationnel est reflété par le niveau de décentralisation du pouvoir décisionnel dans l'organisation. Elle explique donc une sélectivité dans la transmission informationnelle primant ainsi le consensus majoritaire. L'influence sociale engendre une influence de pouvoir. Celle-ci consiste à la capacité d'un acteur ou d'un groupe à peser indirectement en bien ou en mal sur les intérêts de l'autre afin de favoriser l'atteinte des siens.

L'influence sociale exerce un jeu de pouvoir sur le temps. Elle joue alors sur des propositions de coalitions limitées dans le temps ainsi que sur le niveau d'incertitude qui découlent du manque de conformité aux normes de conduites du groupe qui l'engendre. Dans ce sens, l'influence sociale représente un cursus de pouvoir à travers l'établissement de sanction. Tout manque d'adhésion ou toute contre-valeur engendrée dans un groupe social entraînent des sanctions. Celles-ci peuvent être organisationnelles ou sociales. Elles représentent soit, des barrières organisationnelles soit, une exclusion ou un manque de confiance accordée aux acteurs confrontants.

L'influence sociale est exercée sur trois cas. Elle est exercée dans l'objectif d'apporter des ajustements interactionnels à travers la consultation. Elle s'emploie dans ce cas-ci sous forme de la volonté de s'informer, de comprendre autrui, d'apporter une disponibilité et une tolérance dans le groupe¹. Elle est exercée deuxièmement sur l'engagement interactionnel à travers la confrontation. Elle s'emploie dans ce deuxième cas sous forme d'affirmation, de réfutation, d'argumentation et de pressions de pouvoir. L'influence sociale est exercée dans le troisième cas pour apporter des arrangements à travers une concrétisation organisationnelle. Elle régule donc la force des relations interpersonnelles. Elle permet de rechercher des points d'accords visant à faciliter le rapprochement des solutions adaptés aux différents acteurs concernés.

¹ Zeng, Y., & al., *Maximizing influence under influence loss constraint in social networks*, Expert Systems with Applications, Vol. 55, 15 August 2016, pages 255-267, pp. 255-258.

1.2.1.1. Impact de l'identité sociale sur l'influence sociale de l'équipe dirigeante

L'identité sociale représente une interaction particulière entre un acteur et le groupe ou bien entre un groupe et l'équipe dirigeante. L'identité sociale prend en compte les caractéristiques individuelles à travers la construction de soi à partir d'une construction sociale. Elle prend aussi en compte les caractéristiques collectives à travers le niveau d'intégration et d'appartenance des acteurs aux groupes en fonction d'une classification catégorielle sociale. Suivant une perspective psychanalytique, Erikson 1972 démontre que l'individu définit son soi à travers l'affirmation et la reconnaissance dans le groupe. Laing, en 1971 se focalise par contre sur le développement de l'identité complémentaire. Celle-ci représente une construction des relations interpersonnelles qui répond et complète l'identité primaire des individus.

La perspective sociologique allie l'identité à une intériorisation de valeurs innées qui reflètent une idéologie dominante de l'environnement de l'individu. Marx se spécialise dans l'étude du lien entre les rapports sociaux, la contrainte sociale, les conduites d'opposition et le niveau d'adoption des valeurs individuelles. Par contre, l'approche développée par Berger et Luckman en 1966 associe la réalité objective, l'identification personnelle et la conduite sociale aux valeurs admises par une construction du reflet des attentes du groupe.

La perspective psychosociale allie par contre l'identité à la personnalité et à l'appartenance au groupe. En effet, selon Miller et Allport, la conscience de soi et des autres définit le regard porté sur les normes du groupe, sur la construction de soi et sur les interactions sociales. Ces fondements théoriques démontrent que la présentation de soi est liée à l'image positive que le groupe renvoie vers l'individu. L'écart entre l'identité voulue et l'identité ressentie explique les tensions, réactions et comportements de compensation sociale¹. Elle détermine par ailleurs le poids des pressions exercées par les groupes influents sur les groupes minoritaires.

L'identité sociale a un impact significatif sur le poids de l'influence sociale. Cet impact varie en fonction de l'appartenance sociale. Cette appartenance reflète les repères des acteurs dans le système social interactionnel². De ce fait, la perception et le poids de l'influence sociale varie en fonction de la personnalité de base des individus (croyances, valeurs, origines) selon

¹ Forsyth, D-R., *Group Dynamics*, Ed. Wadsworth Cengage Learning, 5th ed., Boston, 2009, pp. 62-85.

² Fontaine-Gavino, K., Zambeaux, A., *Bilan social et tableaux de bord : des outils de pilotage au service des ressources humaines*, Ed. CIG petite couronne, 9^{ème} Ed, collection les diagnostics de l'emploi territorial, Villiers-sur-Marne, 2005, p. 12.

Kardiner¹. Elle varie en fonction des catégories sociales qui classe les acteurs en fonction de la classe, du niveau social, du groupe ethnique, etc.

Elle varie aussi en fonction de l'appartenance sexuelle selon Block et Hann. Cela montre que la perception et le poids de l'influence sociale diffère en fonction des différences d'affirmation, d'âge, de confiance, de satisfaction personnelle, de compétence, du statut social et du pouvoir attribué et acquis. L'identité sociale détermine le niveau d'implication sociale. Celle-ci représente une construction continue qui régule le niveau d'engagement des acteurs dans l'atteinte des objectifs communs en fonction du poids des pressions qui découlent dans le système social.

L'influence sociale est en lien avec l'identification sociale. Elle représente un processus inconscient de la structuration des principes de la personnalité des acteurs ou des groupes en fonction des principes d'autrui. L'identification explique les affinités et les conflits qui se développent entre l'équipe dirigeante et les employés. Elle représente un ensemble de références identitaires qui justifient les catégorisations sociales et l'auto-catégorisation.

Hyman et Denzin développe dans cette voie l'importance du groupe de référence dans la formation de la comparaison sociale et de l'influence normative. L'influence sociale reflète alors un système de négociation par lequel l'équipe dirigeante impose des exigences professionnelles, morales et sociales. Le mécanisme d'évaluation et d'improvisation explique le mécanisme dynamique entre les deux parties. La non-adhésion aux exigences de l'équipe dirigeante entraîne un système de régulation par le pouvoir. Celui-ci explique des pressions et des contre-pressions représentées sous forme de jeux psychologiques.

1.2.1.2. Présentation des styles d'influences sociales

L'influence sociale se présente sous plusieurs formes. Elle se présente d'abord sous forme d'influence diffuse. Elle représente aussi une normalisation et un conformisme. L'influence sociale se présente aussi sous forme de soumissions, de résistances et du poids des groupes minoritaires.

¹ Hsu, C-L., Chuan-Chuan Lin, J., *Effect of perceived value and social influences on mobile app stickiness and in-app purchase intention*, Technological Forecasting and Social Change, Vol. 108, July 2016, pages 42-53, pp.42-45.

1.2.1.2.1. Influence diffuse

L'influence sociale montre l'importance du poids des systèmes à l'intégration et à l'uniformisation. Ces deux points expliquent la capacité des employés à incorporer et à accepter les orientations dominantes exigées par les valeurs de la culture organisationnelle. L'influence sociale s'appuie sur un processus d'influence diffuse. Elle explique à la base un ensemble de pressions invisibles et cachées entre l'équipe dirigeante et les employés. Selon Tarde, l'influence sociale représente une imitation ou une contagion sociale¹. Elle représente une transformation des comportements individuels en comportements communs. La contagion sociale représente alors une tendance à la propagation des comportements et orientations dominantes.

Les travaux de Kerchoff et de Back en 1968 concluent que l'existence de relations positives entre l'équipe dirigeante et les employés a tendance à renforcer un modelage des comportements les uns sur les autres. Ce modelage est dû à la recherche d'uniformité et de ressemblance. Par ailleurs, une forte implication entraîne dans le cas de l'existence de forte relation, une implication générale et volontaire de l'ensemble des parties. Par contre, l'existence de relations conflictuelles engendre le contraire. L'importance de l'imitation insiste à son tour sur l'importance du comportement adopté par l'ensemble des acteurs². En effet, un désengagement de certains acteurs ou groupes qui font partis de l'équipe dirigeante ou des employés entraîne une baisse de motivation du groupe.

Sur un autre plan, Festinger développe en 1954 l'importance de la comparaison sociale. Celle-ci justifie l'incertitude liée à la validité des opinions et des actions. La comparaison sociale démontre le besoin des acteurs à valider leurs opinions et valeurs à travers la recherche d'une validation sociale par leur groupe d'appartenance. De ce fait, le besoin d'affirmation de l'exactitude des idéologies propres aux individus ou aux sous-groupes expliquent les différentes pressions interactionnelles. La comparaison descendante permet de valoriser les opinions du groupe à travers la dévalorisation et la remise en doute des valeurs opposées des groupes inférieurs hiérarchiquement parlant dans l'organisation³. La comparaison ascendante justifie par contre le poids de la soumission aux groupes plus influents. Elle justifie aussi la perception

¹ Eksteen, C., Opperman Kemp, S., Eksteen, L., *Group dynamics: Icebreakers, team-building and leadership exercises*, Ed. Panza Publishers, Free State, 2016, pp. 55-63.

² Sanders, M., *Social influences on charitable giving in the workplace*, Journal of Behavioral and Experimental Economics, In press, available since 20/04/2016.

³ Fiske, S., T., & al., *Psychologie sociale*, Ed. De Boeck, Bruxelles, 2008, pp. 86-91.

de soi et du groupe par rapport à une comparaison aux groupes influents considérés comme des groupes de références.

1.2.1.2.2. Normalisation

La normalisation représente des pressions implicites visant à produire et à construire des normes. Elle a pour but de normaliser les comportements, les valeurs, les visions et les idéologies. Elle analyse les normes visibles à travers l'identification des règles et valeurs invisibles et formelles. Celles-ci reflètent des pressions sur les acteurs, sur les groupes et sur l'organisation. La normalisation vise à organiser une compréhension similaire de l'environnement par l'ensemble des parties. Cette compréhension tient en compte du soi, des autres et des interactions intra et inter groupes. La normalisation représente une forme de pression cognitive et psychosociale. Celles-ci se réfèrent aux valeurs dominantes ainsi qu'aux perceptions partagées et consensuelles par la majorité ou par des groupes influents dont l'équipe dirigeante. Le poids propre à chaque groupe ou partie détermine le niveau d'intégration de nouvelles normes et de nouveaux comportements qui sont conformes aux idéologies construites.

La normalisation s'exprime par le biais de règles de conduite explicites afin de renforcer des comportements interactionnels appropriés aux attentes communes. La finalité de cette normalisation est de créer des valeurs et normes implicites et explicites. Celles-ci engendrent à leur tour une forme d'uniformité. La normalisation a donc pour objectif d'exercer des pressions afin de construire de nouvelles valeurs et de réduire la comparaison sociale entre les parties. Cependant, la normalisation illustre une situation ambiguë à travers laquelle sont confrontées les valeurs individuelles aux positions de références communes. Cette ambiguïté est accrue par le manque d'adhésion au cadre de référence majoritairement consensuel. Cependant, l'idée maîtresse de la normalisation est avant tout d'identifier ces ambiguïtés afin de réduire l'écart entre les valeurs construites et les valeurs épousées.

La normalisation permet de consolider les positions idéologiques des acteurs par un système de réassurance permettant d'accepter et de consolider la réalité environnementale. Elle permet aussi de réduire les sources de conflit à travers une favorisation vers l'échange, le dialogue et vers la focalisation sur l'harmonie du groupe. Moscovici a par ailleurs réalisé des travaux permettant de mesurer le poids de la variété des opinions, idéologies et valeurs des acteurs dans la possibilité d'arriver à des accords à travers la construction de normes

consensuelles¹. Il montre la complexité de l'atteinte d'un accord partagé et accepté dans un environnement régulé par une multitude d'influences et de pressions exercées et subites par l'ensemble des parties. La normalisation représente alors un processus de négociation qui s'appuie sur le poids du pouvoir propre à chaque groupe.

1.2.1.2.3. Conformisme

L'influence sociale engendre une modification des comportements qui résulte des différentes pressions spécifiques exercées par l'équipe dirigeante, les groupes influents et les employés. Le conformisme est défini comme les modifications de croyances, normes, valeurs, et de comportements à travers lesquels les acteurs ou les groupes répondent aux pressions exercées par l'équipe dirigeante. Les employés cherchent à garantir l'atteinte d'accord avec l'équipe dirigeante. Ils se conforment donc aux normes et valeurs institutionnelles à travers l'adoption de comportements approuvés et soutenus par l'équipe dirigeante².

Les travaux d'Asch soulignent la compréhension des raisons poussant les employés à se conformer. Ses recherches démontrent que le conformisme est une caractéristique individuelle et groupale. Le niveau de conformisme des employés à l'équipe dirigeante provient des comportements et des croyances du groupe d'appartenance. Cela montre le poids des pressions implicites du groupe sur l'adoption des attitudes individuelles et des attitudes des sous-groupes dans l'organisation.

Les travaux de Worchel et de Cooper en 1976 expliquent le lien entre le niveau de conformisme et le niveau de valorisation des compétences. De ce fait, plus les acteurs possèdent une forte estime de leur rôle stratégique dans l'organisation et plus, ils développent des valeurs propres à leur perception des normes. La valorisation de soi et des compétences réduit alors le conformisme volontaire. L'acceptation systématique des normes et des valeurs est donc réduite à travers la prise en compte des principes et idéologies individuelles comme réalité validée.

C'est dans ce sens qu'Asch étudie en 1951 l'influence du poids des groupes influents sur la variation du niveau de conformité à l'équipe dirigeante. Par ailleurs, il existe une relation de dépendance entre le poids des groupes influents et le niveau de conformisme des employés. Les auteurs Latane et Wolf confirment ces résultats en 1981. En effet, la conformité est relative

¹ Fischer, G-N., *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Ed. Dunod, 5^{ème} éd., Paris, 2015, pp. 111-123.

² Toupillier, D., Yahiel, M., *La modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ed. CNG, Paris, 2011, pp.31-48.

au moment de l'adhésion au groupe. Cela montre que les acteurs peuvent avoir des valeurs diverses voire même opposées à celles du groupe. La pression de pouvoir engendrée par le groupe incite alors à un conformisme afin d'assurer son appartenance.

Les travaux de Blake, Helson et de Mouton en 1957, traitent le niveau de conformité des employés en fonction des tâches à accomplir ou actions à réaliser. Ils montrent dans leurs travaux que plus une activité est difficile, incertaine et ambiguë, plus le niveau de conformité s'accroît. Par contre, la simplicité et la compréhension des activités à réaliser réduit la conformité et engendre un plus grand sens de l'initiative. De ce fait, la conformité vise à maintenir une harmonie entre l'équipe dirigeante et les employés. La conformité aux comportements et les croyances désignées comme référence par l'équipe dirigeante résulte d'un besoin de la recherche de repère interne¹.

Ces résultats concluent alors que la confiance en soi est en lien avec le niveau de conformité à l'équipe dirigeante. En effet, plus les employés ont une forte estime et confiance en eux, et plus ils sont moins susceptibles au conformisme. Par ailleurs, une forte confiance en soi et en son équipe réduit la perception des influences et des pressions. Cela montre que le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins découle principalement du niveau d'affirmation sociale et professionnelle des employés. Une forte sensibilisation à ces pressions détermine le niveau d'assurance que ces employés développent au sein du système social interactionnel. Cela s'explique aussi à travers le lien entre le conformisme et la dépendance. La normalisation est appliquée lors de la reconnaissance de l'interdépendance entre les employés et l'équipe dirigeante. Par contre le conformisme résulte de la reconnaissance d'une dépendance des employés vers l'équipe dirigeante. Celle-ci explique la centralisation du pouvoir ainsi que les pressions de pouvoir en fonction de la force des groupes influents.

La normalisation se base sur la construction de nouvelles normes, celle-ci engendre des peurs de perte de repère. Par contre, le conformisme élabore un système de réponse qui assure la réduction des sources de stress, d'anxiété et de burnout dans l'organisation. Personnaz analyse dans ses travaux en 1976 le consensus dans la conformité. Il démontre que le conformisme représente l'acceptation des normes et valeurs majoritaires. Il conclut alors que la dépendance créée entre l'équipe dirigeante et les employés ne représente pas une influence significative. En effet, le conformisme engendre une acceptation momentanée de la situation.

¹ Marc, E., Picard, D., Fischer, G-N., *Relations et communications interpersonnelles*, Ed. Dunod, 3ème éd., Paris, 2015, pp. 80-126.

Il n'entraîne pas forcément une adhésion aux règles et valeurs établies par la majorité ou par une partie influente. Par ailleurs, la variation du poids de l'autorité formelle ou informelle entraîne une perte du niveau de conformisme des employés.

1.2.1.2.4. Soumission

Les recherches démontrent qu'il existe deux types de soumissions dans l'influence sociale. La première représente la soumission librement consentie. Elle indique une influence implicite qui vise à amener les employés à adopter un comportement conforme à la majorité. Cette conformité consentie représente une forme de manipulation sur les sentiments en abordant la reconnaissance vers le groupe. La soumission consentie se déploie à travers un processus où les employés s'orientent vers ce qui est attendu suite à une demande anodine (généralement informelle). Elle se déploie aussi à travers une demande implicite d'engagement des employés considérée comme une faveur déguisée.

Le deuxième type de soumission est la soumission à l'autorité. Elle se représente sous forme d'une soumission à l'autorité formelle et même informelle. Cette soumission reflète un comportement par lequel les employés répondent à des ordres formulés par un pouvoir formel ou informel puissant selon les travaux de Milgram entre 1965 et 1974. Ces travaux expliquent par ailleurs l'obéissance en fonction des conditions de socialisation, des facteurs de changements du poids des groupes influents et du niveau de résistance des employés¹. Il est important de comprendre la différence entre la soumission et la conformité. La première représente l'exécution d'un ordre à travers une influence formelle. La deuxième représente la pression du groupe ou de la majorité sur les employés. Elle justifie le poids des pressions sociales ainsi que la peur de l'exclusion du groupe dans le cas d'un manque de conformité.

1.2.1.2.5. Résistances à travers la déviance

Les résistances représentent une forme de rébellion visant à affirmer le non conformisme et la non soumission des employés aux directives et normes de l'équipe dirigeante. La résistance représente des situations à travers lesquelles les employés perçoivent une menace dans leur niveau d'indépendance ou de valorisation sociale et professionnelle par l'équipe dirigeante ou par des groupes influents. La réponse à cette menace se déploie à travers un

¹ Fischer, G-N., *Psychologie sociale de l'environnement*, Ed. Dunod, Paris, 2011, pp. 87-95.

comportement individualiste, opportuniste, de “je m’en-foutistes” et confrontant appelé réactance.

Les travaux de Wicklund et de Brehm en 1976 montrent que les employés peuvent engendrer un comportement visant à résister aux différentes pressions organisationnelles. En effet, les pressions exercées pour inciter les employés à adopter un comportement adéquat provoque l'inverse du résultat recherché. Cela renforce une motivation vers l'indépendance et vers le renforcement de valeurs distinctes qui représentent une réalité bien plus réaliste de l'environnement et des valeurs.

Sur un autre plan, Brehm et Mann montrent en 1975 que le comportement de non-conformité est lié à la diminution du sentiment de liberté et à l'augmentation du besoin de s'affirmer par les employés. Durkeim poursuit cette logique à travers la démonstration de l'anomie sociale. Il montre que la déviance découle d'une perte de l'impact de la puissance, de l'efficacité et de la justesse des règles et normes établies par l'équipe dirigeante.

Par ailleurs, le renforcement du poids de la hiérarchie informelle engendre une perte de représentabilité de l'efficacité et de l'affirmation homogène de l'autorité formelle¹. Le développement de comportements non conformistes renvoie donc à une augmentation d'incertitude et d'incompréhension interne vis-à-vis des intentions et des orientations de l'équipe dirigeante. Les comportements de résistance montrent alors que les employés adoptent des valeurs et des comportements en dehors des règles qui régissent le système social interactionnel dans l'organisation.

1.2.1.2.6. Influences des groupes minoritaires

L'influence des groupes minoritaires montre que ni le poids du pouvoir, ni même la taille du groupe n'expliquent entièrement le poids des pressions exercées par autrui. L'influence des groupes minoritaires montrent le poids des actes isolés ou des acteurs isolés sur les orientations et les perceptions du groupe ou des majorités. Les auteurs comme Moscovici, Lage et Naffrechoux expliquent que le poids de l'influence des minorités dépend du comportement et des actions qu'ils entreprennent. Ils montrent que cette influence peut être consciente et inconsciente selon les cas. Cette influence reflète principalement le code perceptif des acteurs qui la conduisent afin de lutter contre les pressions de pouvoir ainsi que les jeux psychologiques internes.

¹ Plane, J-M., *Management des organisations : Théories, concepts, performances*, Ed. Dunod, 4^{ème} éd., Malakoff, 2016, pp.75-100.

Les travaux de Nemeth et de Wachtler en 1973 indiquent par ailleurs le poids des valeurs soutenues par un groupe minoritaire. D'autre part, ces positions peuvent avoir un fort impact sur le comportement de la majorité à travers une modification du système de perception de la réalité organisationnelle. L'ensemble de ces travaux ont pour objectif de montrer la puissance des prises de positions des groupes minoritaires tout en résistant significativement aux différentes pressions formelles et informelles¹.

1.2.2. L'influence sociale comme variable expliquant le rapport du soi aux autres

L'influence sociale émerge des fondements du rapport du soi aux autres. Elle s'explique notamment à travers les fondements théoriques de Comte, Tarde, Durkheim et de Freud. Ces théories permettent de comprendre la construction du comportement des acteurs en société. Elles expliquent les processus d'imitation visant à adopter les comportements des acteurs définis comme modèle de référence. L'influence sociale émerge aussi du poids des comportements du groupe sur les orientations de l'individu. Ces orientations changent alors en fonction des échanges d'émotions et d'opinions.

L'influence sociale résulte des comportements, visions, idéologies du groupe. Ces points représentent un pouvoir de coercition qui incite explicitement ou implicitement à l'imposition d'un cadre de référence sur l'individu. Le rapport du soi aux autres détermine la vision de soi-même et des autres. Ces autres sont représentés comme des acteurs facilitateurs, indifférents ou confrontants. L'influence sociale prend en compte le poids de l'individuel et du collectif dans la compréhension des phénomènes sociaux qui régissent la relation entre l'équipe dirigeante et les employés. Elle associe le fonctionnement social à un système d'influences qui définit la qualité de la dynamique relationnelle entre les deux parties.

L'influence sociale représente des pressions visant à intégrer des normes. Elle représente aussi un contrôle social conscient et inconscient qui régit les différentes interactions et interdépendances entre les deux parties. L'influence sociale ne représente pas un système statique et universel qui explique les interactions de tout le groupe. Bien au contraire, elle représente le système social interactionnel propre aux acteurs qui composent l'équipe dirigeante et les employés. L'étude des interactions entre ces deux parties doit donc prendre en compte les types d'influences qui y sont exercées. Toutefois, la finalité de l'influence sociale de l'équipe

¹ Plane, J-M., *Théories des organisations*, Ed. Dunod, 4^{ème} éd., Paris, 2013, pp. 25-58.

dirigeante est de promouvoir un changement des comportements de sorte à maximiser les avantages qui en découlent.

L'étude de l'influence sociale de l'équipe dirigeante reflète l'étude des relations interactionnelles réelles et imaginaires dans un contexte social bien déterminé. Cela montre que le poids de l'influence sociale peut être justifiée ou perçu à tort. Cela varie en fonction des personnes et des spécificités groupales dont les employés font partis. Son poids varie aussi en fonction du niveau d'implication de l'équipe dirigeante et des employés. Un fort engagement des deux parties étend la relation à un échange interpersonnel régi par des règles formelles et informelles. De ce fait, l'influence sociale émerge d'une représentation sociale de soi, des autres et de l'équipe dirigeante selon Allport.

Les différences de perceptions du poids de l'influence sociale varient en fonction du processus de la vie sociale propre à l'organisation. Elles varient aussi en fonction des pensées et des vécus des acteurs qui la composent. L'influence sociale résulte des dynamiques de conduites qui traduisent le poids des valeurs de représentations propre aux choix rationnels et émotionnels des deux parties. Les théories behavioristes expliquent les pressions qui découlent de l'influence sociale de l'équipe dirigeante. Elles justifient le style comportemental des employés comme réaction à des stimuli organisationnels. Ces orientations expliquent les situations du comportement social entre les deux parties à travers la prise en compte du cursus du pouvoir et de l'interdépendance.

Les théories cognitives renforcent les préceptes des théories behavioristes. Elles se basent sur l'analyse de l'interprétation des perceptions sur les interactions sociales entre l'équipe dirigeante et les employés. Celles-ci expliquent par cette voie l'attitude des deux parties. La théorie du Champ de Lewin en 1951 se focalise sur la qualité de ces interactions. Cette théorie se repose sur le principe d'interdépendance entre le soi et la perception de son environnement. De ce fait, une perception d'une représentation positive des deux parties renforce l'adoption de comportements intégrateurs vis-à-vis de l'autre partie. Cela réduit à son tour le poids des pressions et contrepressions exercées.

L'approche phénoménologique accentue les résultats de Lewin à travers une focalisation sur la perception de l'influence sociale. Elle adopte une approche systémique visant à prendre en compte la perception de l'image environnementale construite par les acteurs. Elle prend aussi en compte l'image construite à travers les perceptions collectives. Les théories de l'interaction symbolique soulèvent par contre l'importance de la personnalité des acteurs qui

composent les parties sur le poids de l'influence sociale¹. La personnalité influe donc sur le niveau de perception, sur le niveau d'engagement/désengagement et sur l'orientation des comportements sociaux entre les employés et l'équipe dirigeante.

Elle reflète alors l'étude de la dynamique du système social interactionnel culturel. Cela montre que les valeurs en lien avec la personnalité des acteurs reflètent une construction de valeurs construites et épousées qui définissent les orientations culturelles. Celles-ci montrent le lien entre l'influence sociale et la culture organisationnelle. Ce lien se traduit par le poids interdépendant entre l'influence sociale et les normes, valeurs, traditions, comportements. Ce lien traduit l'importance des facteurs de régulation du système social renforçant une interaction symbolique.

1.2.2.1. Lien entre la qualité de la relation interpersonnelle et le poids de l'influence sociale

La relation interpersonnelle montre les liens sociaux complexes qui s'enserrent entre l'individu et son groupe ou son environnement. Elle définit la manière de se comporter et d'interagir avec autrui. La complexité des facteurs affectants indique que la qualité de la relation interpersonnelle entre les employés et l'équipe dirigeante détermine la qualité des collaborations qui en découle. La qualité de cette relation dépend de l'affiliation et de l'attraction. La première représente la capacité des deux parties à percevoir l'importance de l'interdépendance. La deuxième représente la dimension affective qui s'associe à l'expression des comportements positifs à l'égard de l'autre partie. Cela démontre que la relation interpersonnelle entre l'équipe dirigeante et les employés ne peut se baser strictement sur une dimension purement professionnelle. De ce fait, l'orientation des valeurs, du niveau de sympathie et du niveau d'accessibilité renforce ou freine la qualité de cette relation interpersonnelle.

La relation interpersonnelle entre l'équipe dirigeante et les employés est conventionnelle et non conventionnelle. Elle se manifeste à travers la qualité des interactions basées sur des aspects professionnels et psychosociaux. La force de la relation interpersonnelle entre les deux parties se base sur l'attachement et la socialisation. L'attachement représente le niveau de valorisation et de l'importance accordée pour l'autre partie. La socialisation représente un processus d'apprentissages des normes, attitudes, comportements et valeurs. Elle

¹ Bernoux, P., *La sociologie des organisations: Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, Ed. Points, 6^{ème} éd. revue et corrigée, Paris, 2014, pp. 43-60.

reflète une intégration sociale visant à intégrer des ajustements mutuels entre les deux parties afin de se focaliser sur l'atteinte des objectifs communs¹. La qualité de la relation interpersonnelle explique donc selon Schutz le besoin d'inclusion (recherche de communication et d'intégration dans le groupe), le besoin de contrôle (besoin de sécurité et d'affirmation du poids du pouvoir), et le besoin d'affection (appartenance et valorisation sociale et professionnelle).

Les travaux de Winch montrent que la qualité de la relation interpersonnelle entre les deux parties représente une relation des normes et une relation à la différence. Elle se base sur l'appartenance, la hiérarchisation des normes et le rôle de chaque partie dans le système interactionnel. Elle se base aussi sur les différences en fonction de l'appartenance catégorielle. Celle-ci définit les distances imposées entre les niveaux hiérarchiques d'un statut et d'un autre dans l'organisation. La qualité de la relation interpersonnelle entre les deux parties se base sur les facteurs de l'échange. Les travaux de Foa en 1974 découvrent que la similarité des attentes propres aux deux parties renforce la qualité des échanges. Celle-ci engendre une meilleure compréhension et adhésion entre l'équipe dirigeante et les employés.

Les travaux de Rubin, Brown, Hammer, Yukl, Pruitt, Lewis et de Cummings étalent l'importance de la régulation entre le niveau de coopération, le niveau des concessions et le niveau des résistances. Ces trois facteurs expliquent alors la force de la formulation de valeurs responsables au sein des organisations. Le niveau d'adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante découle aussi de la valeur de l'équité. En effet, l'existence d'échanges équitables et transparents favorisent l'atteinte des solutions adaptées à l'ensemble des parties. Cela montre que la qualité de la relation interpersonnelle influe objectivement et subjectivement sur la manière de présenter, d'agir et de percevoir la performance organisationnelle.

1.2.2.2. Lien entre la qualité de la représentation sociale et le poids de l'influence sociale

La représentation sociale entre l'équipe dirigeante et les employés détermine le poids de l'influence sociale. Celle-ci représente un processus cognitif par lequel la perception de l'autre partie est déterminée en fonction des systèmes de croyances établis. La qualité de la représentation sociale varie en fonction de l'expérience (séries de conclusions suite aux comportements interactionnels). Elle varie en fonction des motivations propres à chaque

¹ Crozier, M., *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Ed. Points, Paris, 2014, pp. 60-79.

groupe. Celle-ci s'emploie au niveau individuel que groupal. Elle conditionne les attentes par rapport à la perception de la réalité commune. La représentation sociale varie aussi en fonction du contexte social. Les spécificités environnementales déterminent l'orientation des conduites du groupe et de l'équipe dirigeante.

La qualité de la représentabilité sociale justifie le renforcement des préjugés et des stéréotypes sociaux dans l'organisation. Elle définit alors les pratiques organisationnelles liées à la reconnaissance des coutumes, symboles, mythes et héros internes. La qualité de la représentabilité sociale de l'équipe dirigeante par les employés reflète donc une dimension évaluative qui peut être positive comme négative¹. Celle-ci varie en fonction des caractéristiques et valeurs propres aux groupes catégoriels selon Lippmann. Le développement des stéréotypes vis-à-vis de l'équipe dirigeante démontre une vision cognitive collective des employés. Elle démontre aussi l'existence d'échanges non coopératifs entre les deux parties.

La qualité de la représentabilité sociale constitue un système de régulation sociale qui réduit les perceptions négatives de la connaissance de la réalité. Elle régule les interprétations à travers le renforcement de la cohabitation sociale entre l'équipe dirigeante et les employés. La représentabilité sociale définit donc les systèmes de communications, compréhension, maîtrise de l'environnement, création de valeurs/ normes partagées et d'interactions sociales. L'ensemble de ces points doivent donc être pris en compte afin de renforcer la relation entre les deux parties.

1.2.3. Impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur le management

Ce point illustre le poids des émotions, les facteurs psychologiques, le poids de la perception et les conflits interpersonnels sur l'influence sociale de l'équipe dirigeante.

1.2.3.1. Le poids des émotions sur l'influence sociale de l'équipe dirigeante

L'influence sociale régule entre le fonctionnement social et émotionnel, la perception du bien-être ou de l'harmonie au travail et la performance organisationnelle. Elle régule la perception de soi et des autres à travers la définition de la place des acteurs dans le groupe. Elle explique alors le poids des valeurs innées des acteurs, les valeurs construites et les valeurs épousées. Le besoin de réalisation de soi correspond aux réalisations et au niveau d'implication des acteurs dans des actions visant à s'investir dans l'atteinte des objectifs du groupe. Le besoin

¹ Friedberg, E., *Le pouvoir et la règle*, Ed. Seuil, Paris, 1997, pp. 56-74.

de cette réalisation explique les différentes pressions exercées sur soi et sur les autres en vue d'optimiser les intérêts du groupe¹. Ces influences engendrées par le besoin de réalisation influent sur la conscience de soi et des autres. Elle détermine le niveau de reconnaissance et de compréhension entre les acteurs. La reconnaissance liée à l'appartenance au groupe engendre un besoin d'implication visant à épouser les règles et normes de conduites de la majorité. Le groupe exerce alors des pressions sociales visant à générer un conformisme social.

L'influence sociale est conduite par une multitude d'affirmation de soi individuelle ou groupale sur les autres. Elle induit une affirmation de ses idéologies d'une manière verbale ou comportementale. Cette affirmation de ces valeurs et convictions montre le niveau d'adhésion de la majorité aux groupes influents ou à l'équipe dirigeante. Elle permet de définir la qualité de communication entre les deux parties en vue de déceler les différences dans les sentiments, les perceptions, les croyances et les réflexions. L'influence directe et sociale varie en fonction de l'interdépendance existante entre les acteurs ou entre les parties. En effet, la dominance d'une hiérarchie informelle fait valoir la domination du subjectivisme dans l'organisation. Cela montre une forme de dépendance émotionnelle visant à se conformer au groupe à travers une validation sociale des comportements, valeurs et pratiques.

L'influence sociale régule les relations interpersonnelles à travers les processus de confiance, d'empathie et de compassion. Par ce biais, l'influence sociale renforce la responsabilité sociale. De ce fait, les pressions sociales qui en découlent correspondent à une pression visant à promouvoir la contribution volontaire des acteurs à une cause bien donnée. Le niveau de responsabilisation des acteurs reflète alors une implication visant à offrir une contribution positive pour le groupe d'appartenance ou de référence. La responsabilisation représente alors une contribution visant à renforcer le bien-être des autres. Elle représente une implication responsable et consciente visant à se préoccuper du bon maintien du fonctionnement social et émotionnel du groupe². Cela montre que le poids des émotions est réellement significatif dans la détermination du poids de l'influence sociale existante entre deux parties.

L'influence sociale agit sur les prises de décisions dans l'organisation. Elle justifie alors le poids de l'irrationalité face à la résolution des problèmes ou limites organisationnelles. Par ailleurs, des pressions sont générées afin d'uniformiser une réalité consensuelle visant à

¹ Ferris, G-R., Munyon, T-P., Basil, K., *The performance evaluation context: Social, emotional, cognitive, political, and relationship components*, *Human Resource Management Review*, Vol. 18, N. 3, September 2008, Ed Elsevier, pages 146-163, pp.146-150.

² Dejoux, C., *Du management au leadership agile*, Ed. Dunod, 2ème éd., Paris, 2016, pp. 110-123.

rationaliser une même perception de groupe vis-à-vis d'une situation. L'influence sociale est donc régie par l'irrationalité des acteurs qui composent le groupe. Elle justifie le développement de comportements irréfléchis ou impulsifs face à la perception de jeux de pouvoir. Elle donne aussi une impulsion à une pression visant à exiger une soumission à l'autorité à travers le manque de distinction entre la relation professionnelle et personnelle entre les deux parties.

Finalement, l'influence sociale définit le niveau de flexibilité et de l'acceptabilité du changement entre les acteurs. Elle détermine aussi le niveau de tolérance et de stress qui sont engendrés par les échanges d'avis. Celle-ci définit en dernier point la force du groupe à travers la généralisation de l'optimisme ou du pessimisme comme valeur régulant les interactions entre les acteurs. De ce fait, l'influence sociale engendre un renforcement ou une fragilisation de :

- Liens formelles et informelles ;
- Niveau de soumission à l'autorité formelle et informelle ;
- Niveau de peur d'exclusion du groupe ;
- Niveau du bien-être social et professionnel (Harmonie au travail) ;
- Niveau de désapprobation
- Sentiments de remords liés à un non conformisme ;
- Perception de mépris vis-à-vis de l'équipe dirigeante ou des groupes influents ;
- Rébellion, déviance et agressivité verbale ou comportementale (grève, manifestations, etc.) ;
- Niveau d'optimisme, de la force d'appartenance et de la reconnaissance vis-à-vis du groupe.

1.2.3.2. Facteurs psychologiques de l'influence sociale

L'influence sociale représente un ensemble de facteurs psychologiques. Elle est régie par une face visible explicite et par une face invisible implicite. Le poids de l'influence sociale est déterminé en fonction des faits, des règles et normes formelles et des positions propres à chaque partie. L'influence formelle est rationnelle. Elle définit la relation entre une équipe dirigeante et les employés en fonction des droits et obligations propres à chaque partie. L'influence formelle emploie le respect de l'autorité formelle afin de réguler la qualité de communication et de collaboration entre les deux parties.

Par contre, l'influence informelle est irrationnelle. Elle est régie par un ensemble de malentendus, perceptions, émotions, intérêts, priorités, sentiments, croyances, valeurs, besoins et peurs. Cet ensemble est souvent invisible et a un impact significatif sur l'influence sociale de

l'équipe dirigeante sur les employés. En effet, la rationalité absolue est utopique, cette face cachée justifie alors les différents jeux de pouvoir qui affectent la dynamique relationnelle entre les deux parties. Il est par ailleurs important de distinguer l'attribut des deux types d'influences. Contrairement à l'influence formelle qui définit le poids des pressions interpersonnelles, l'influence informelle génère la perception du poids des pressions¹.

La théorie de l'utilité justifie aussi le poids de l'influence sociale. Elle associe le poids de pressions de pouvoir exercées par l'ensemble des acteurs en vue de maximiser inconsciemment et consciemment leur intérêt. Le comportement des employés change en fonction de la difficulté du problème de décision et de l'importance du risque à prendre. La recherche du consensus est donc promue dans le sens où cette adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante engendre bien plus d'avantages que de concessions. Par ailleurs, l'adhésion des employés aux orientations de l'équipe dirigeante dépend aussi de la satisfaction du besoin d'assurance et de sécurité. Il s'agit ici de la sécurisation de l'emploi, de l'estime et de la reconnaissance des employés. L'équipe dirigeante doit donc identifier et maîtriser les risques afin de réduire les sources de déviance représentant des contre-influences.

La théorie des jeux de Nash explique aussi l'influence sociale à travers le comportement des employés et de l'équipe dirigeante. La relation interactionnelle entre les deux parties est régulée par un processus d'entente, un processus d'affrontement et un processus de coalition. Le processus d'entente représente les valeurs partagées consensuelles entre l'équipe dirigeante et les employés. Ce processus détermine le niveau de conformité volontaire à l'autorité formelle. Elle reflète par ailleurs une satisfaction des pratiques organisationnelles internes. Le processus d'affrontement reflète les éléments opposants les deux parties. Ce processus englobe l'opposition des intérêts et des attentes. Il englobe aussi l'ensemble des satisfactions qui génèrent des contre-cultures internes. Ce processus explique les déviations internes ainsi que la multiplication des sous-groupes dans l'organisation.

Le processus de coalition représente les actions communes visant à regrouper les deux parties dans l'atteinte des objectifs communs. L'influence sociale est constatée dans le cas d'une coopération comme dans le cas d'une non-coopération entre les deux parties. La coopération entraîne une influence positive à travers une focalisation vers la construction de valeurs partagées. Celle-ci se base sur la communication, l'échange, l'empathie et l'engagement de l'équipe dirigeante et des employés. La non-coopération entraîne par contre des pressions de

¹ Plane, J-M., *Théories du leadership – Modèles classiques et contemporains*, Ed. Dunod, Paris, 2015, pp. 70-95.

pouvoir entre les deux parties. Elle renforce les comportements individualistes à travers une concurrence dans la maximalisation des intérêts personnels. Cette approche est aussi liée au dilemme du prisonnier. Celui-ci montre les avantages et les limites liées au niveau d'engagement des deux parties dans la recherche de la coalition¹. Cela montre que l'influence sociale est engendrée à double sens. Elle impacte donc et est impactée par l'ensemble des parties.

La théorie des jeux de l'ultimatum appuie sur le rôle des émotions dans l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les employés. Elle oppose donc la rationalité et l'émotivité. Cette théorie permet d'expliquer le poids du rationnel et de l'irrationnel sur la qualité de la relation interpersonnel entre les deux parties. En effet, la dominance de la rationalité engendre un libre choix d'adhésion et de satisfaction aux pratiques et normes des groupes influents. Ce libre choix génère une acceptation ou un rejet des idées des groupes influents. Par contre, la dominance de l'irrationalité renvoie à un subjectivisme de la part des deux parties. Cela entraîne une acceptation qui est produite par un conformisme basé sur une soumission à l'autorité.

Cette acceptation représente une tolérance. Toutefois, elle développe des perceptions d'injustice, de discrimination et d'harcèlement. La dominance de l'irrationalité entraîne aussi un refus de soumission. Cela est reflété par des comportements confrontant de la part des groupes minoritaires. La dominance de l'irrationalité de l'influence de l'équipe dirigeante renforce l'établissement de sanction. Ces sanctions imposées par les groupes influents se basent sur des principes subjectifs. Celles-ci réduisent l'impartialité et entraîne même une sélectivité comportementale entre les deux parties.

1.2.3.3. Poids de la perception sur l'influence sociale de l'équipe dirigeante

La perception de soi et des autres agit sur l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les employés. L'étude de l'effet de pygmalion justifie cette relation. En effet, cette étude démontre que le regard porté sur autrui détermine le niveau d'adhésion et de satisfaction des pratiques de l'équipe dirigeante. Ainsi, une perception positive de l'équipe dirigeante crée l'illusion de l'excellence. Cette illusion renforce une adhésion plus significative à des normes et règles communes. Aussi, la prise en compte de l'importance de l'interdépendance et de la valeur ajoutée apportée par une participation active des employés réduit le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante. Une perception positive des deux parties permet de réduire les

¹ Armand, A., *Confiance et leadership: Dans un environnement complexe*, Ed. ESF, Paris, 2016, pp. 70-83.

conflits à travers la valorisation du respect mutuel¹. Elle favorise aussi la création d'un cadre agréable à vivre basé sur l'écoute et les échanges d'avis et de conseil.

La perception positive mutuelle permet de renforcer les actions d'encouragement et de solidarité entre les deux parties. Cet encouragement est lié à la multiplication des signes de reconnaissance et de bienveillance à l'égard des intérêts communs du groupe. La perception positive se focalise sur l'identification des compétences clés. Elle favorise dans ce sens une amélioration du savoir-être et du savoir-être à travers le phénomène de la synergie. Elle permet de renforcer les rapports entre les deux parties à travers une focalisation sur les points en accords ou sur les forces. La perception positive réduit le poids d'une influence sociale négative à travers la régulation de l'environnement de travail. Cette régulation vise à l'adapter afin de favoriser l'accomplissement de l'ensemble des acteurs. La perception positive joue sur l'alliance, la complémentarité et l'interdépendance entre les deux parties. Elle intègre donc l'importance d'une contribution individuelle et groupale efficace dans les réalisations communes.

La théorie de la rationalité de Simon démontre aussi le poids de la perception sur l'influence sociale. En effet, la décision est imparfaite à cause de l'imperfection des connaissances et des informations. La perception de cette incertitude engendre alors des pressions entre les parties. Ces pressions sont liées aux difficultés d'anticipation de l'évolution des objectifs et attentes de l'ensemble des acteurs. Ceci est en lien avec l'incapacité de prévoir le champ des comportements. Ce point démontre principalement la différence entre les intentions voulues et les intentions perceptibles. L'influence sociale est donc exercée en vue du nombre limité d'alternatives et de solutions. De ce fait, les prises de décisions tendent vers le consensus.

Nonobstant, ce consensus donne naissance à des actions incertaines. Celles-ci sont fixées à travers des jeux de pouvoir visant à maximiser les avantages des groupes influents. La perception des actions et des avantages qui en découlent influe sur la hiérarchisation des objectifs. En effet, l'exécution des actions n'est jamais conforme aux prises de décisions prises. Cette différence est définie par la perception de ces réalisations en premier lieu. Elle est ensuite définie par les différentes influences exercées par les acteurs et qui détermine ensuite l'influence sociale de l'équipe dirigeante.

¹ Robbins, S., Judge, T., Tran, V., *Comportements organisationnels*, Ed. Pearson, 16^{ème} éd., Montreuil, 2014, pp. 81-89.

La perception de l'incertitude est traitée dans la théorie du modèle de la poubelle de March, Cohen et d'Olsen. En effet, la multiplication des interactions, des attentes et des priorités limite la hiérarchisation des objectifs. De ce fait, les différentes sources de pouvoir aboutissent à une incertitude dans les préférences. Celle-ci détermine des objectifs peu clairs, incohérents et incompatibles avec les attentes simultanées de l'équipe dirigeante et des employés. Cela montre que le conformisme des employés ne justifie pas systématiquement l'orientation de leurs comportements. La participation des employés est donc fluctuante¹. Elle varie en quantité et en niveau d'implication en fonction du niveau de perception positive des décisions ou actions mises en place.

Le niveau d'implication de l'équipe dirigeante et des employés varie en fonction de la perception des choix propre sur le volet individuel que groupal. Cela montre que le processus de décision représente une poubelle dans laquelle sont déversées les attentes, les limites, les problèmes, les solutions, les insatisfactions, les valeurs, et les jeux psychologiques. L'interaction entre l'ensemble de ces paramètres limite l'atteinte des consensus et explique le développement de la déviance dans l'organisation. De ce fait, la relation entre l'équipe dirigeante et les employés est comparée à une anarchie organisée qui est régie par des influences réciproques. Ces influences sont induites par le niveau d'implication, de désengagement et de perception des acteurs.

Le poids de la perception sur l'influence sociale varie en fonction de différents points en fonction du type de besoin. En effet, l'expression d'un besoin implicite produit une idéologie globaliste qui favorise une flexibilité de la part des deux parties. Par contre, l'expression d'un besoin explicite fixe chaque acteur dans la recherche de l'atteinte de ses intérêts d'une manière claire, nette et précise. Le poids de la perception varie aussi en fonction des valeurs propres aux parties. Une orientation vers les procédures génère une influence dans la sensibilisation aux processus formels basés sur les faits et les démarches organisationnels préalablement définis. Une orientation vers l'harmonie au travail aboutit sur une influence dans la sensibilité au bien-être du groupe.

Les pressions qui découlent visent à maintenir un simplisme organisationnel à travers la priorisation de l'ergonomie et de la qualité des conditions de travail. Une orientation vers la performance entraîne par contre une focalisation sur les améliorations continues visant à faire croître la performance individuelle et la performance de groupe. Les différences des

¹ Kutzscher, L, Sabiston, J-A., *L'impact du travail d'équipe sur la perception du personnel de l'habilitation et de la satisfaction professionnelle*, *Healthcare Management Forum Review*, Vol. 10, N. 2, Summer 1997, pages 18–24, p.18-20.

priorisations renforcent alors deux types d'influences. Elles emmènent aussi des pressions visant à maintenir la dominance de la priorité définie par le groupe de référence. Elles entraînent sur le deuxième plan des pressions visant à favoriser l'engagement des autres groupes ou acteurs au partage d'une vision majoritairement consensuelle.

L'influence sociale est engendrée alors par la perception de soi, la perception du groupe de référence et la perception des autres groupes. Elle varie en fonction du poids des acteurs. La confrontation entre des comportements désengagés, le dynamisme et la recherche du compromis reflète une diversité idéologique qui explique la multiplication des incertitudes. La dominance des valeurs de repli développe la prudence, la patience et la maîtrise des risques. L'adoption de cette orientation comportementale réduit le dynamisme, l'ambition et la combattivité¹. Dans le cas où celle-ci est développée par l'équipe dirigeante, elle définit alors une perception d'une autorité qui freine l'innovation. Dans le cas où celle-ci est développée par les employés, elle définit une perception de subordonnés non impliqués et démotivés.

La dominance des valeurs impérialistes développe la puissance, le pouvoir et la compétition. L'adoption de cette orientation réduit l'empathie et la force des relations interpersonnelles. Son développement par l'équipe dirigeante entraîne une perception d'influence de pouvoir par les employés. Par contre, son développement par les subordonnés entraîne une perception positive de l'implication des employés dans la réalisation des objectifs de la performance organisationnelle. Néanmoins, elle montre aussi un fort besoin de liberté d'action et une perte de la crédibilité de l'autorité formelle. Une dominance des valeurs de progrès développe la tolérance, le dialogue, le compromis et la délégation de pouvoir. Son adoption par l'équipe dirigeante facilite le changement, la communication et la collaboration transversale. Cela développe une perception d'une équipe dirigeante orientée vers la flexibilité et vers la responsabilisation partagée. En revanche, son adoption par les employés développe une perception d'une équipe impliquée sur du long terme à travers une participation active dans des actions intégratrices.

1.2.3.4. Conflits interpersonnels et influence sociale de l'équipe dirigeante

La théorie de la décision définit les 4 types d'ambiguïté qui affectent la prise de décision. Ces ambiguïtés développent le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les employés. L'ambiguïté d'intention impacte sur le niveau de cohérence et de clarté des intentions

¹ Robbins, S., & al., *Management : L'essentiel des concepts et pratiques*, Ed. Pearson, 9^{ème} éd., Montreuil-sous-Bois, 2014, pp. 61-65.

propres à chaque partie¹. Cela abonde des incertitudes vis-à-vis des attentes réelles. Le manque de cohérence génère des pressions de pouvoir visant à clarifier les avantages de chaque partie dans l'atteinte de ces objectifs. L'ambiguïté de compréhension est liée à la cognition. Des pressions sont engendrées à cause du manque de compréhension mutuelle visant à adopter une approche commune de la situation.

L'ambiguïté de l'histoire révèle la qualité des rapports antérieurs entre les deux parties. Celle-ci détermine le poids de l'influence explicite et implicite exercé sur les employés. D'un autre côté, l'ambiguïté de l'organisation reflète le changement et le niveau d'incertitude de la participation au processus décisionnel. Une décentralisation sélective en fonction des acteurs et des projets entraîne non seulement une déviance mais aussi un conformisme forcé. Les conflits interpersonnels entre l'équipe dirigeante et les employés sont donc une résultante des ambiguïtés générées entre les deux parties.

Les conflits interpersonnels entre les deux parties se basent sur un processus rationnel et irrationnel. Le premier détermine une interprétation objective basée sur une réalité approuvée par le groupe². Ce dernier s'établit sur des faits à travers la prise en compte de l'ensemble des détails. Le deuxième engage les pressentiments vécus et les perceptions individuelles et groupales. Il se s'adosse sur une vue d'ensemble de la situation tournée sur une interprétation subjective de la situation. Les conflits interpersonnels représentent alors une opposition entre les acteurs. Cette opposition illustre soit, des idéologies différentes soit, des sentiments contradictoires³. Les conflits interpersonnels influent tantôt positivement et tantôt négativement sur l'influence sociale.

L'aspect négatif représente la dépense d'énergie émotive, la violation des droits des groupes minoritaires et la rupture des relations et de la qualité de communication. Cet aspect négatif explique le développement de pressions de pouvoir ainsi que des jeux psychologiques entre les parties. Les conflits interpersonnels ont aussi un effet positif sur l'influence sociale. En effet, ils engendrent une stimulation de créativité, d'innovation, de responsabilisation partagée.

¹ MacKinnon, N-J., Chow, C., *Compétences de gestion et les dirigeants en santé au Canada : un aperçu des opinions sur le terrain*, *Healthcare Management Forum Review*, Vol. 17, N. 4, Winter 2004, pages 40–45, pp.41-42.

² Holcman, R., *Management public et ressources humaines*, *Revue des Pouvoirs Locaux*, N. 89, Novembre 2011, pages 52-56, pp. 54-55.

³ Murray, D., R., Schaller, M., *Chapiter two – The behavioural immune system: Implications for social cognition, social interaction, and social influence*, *Advanced in Experimental Social Psychology*, Vol. 53, 2016, pages 75-129, pp. 78-85.

Ils renforcent aussi l'image de soi et des autres à travers l'acceptation des différences et le renforcement des compréhensions mutuelles. Les conflits interpersonnels régulent donc le poids de l'influence sociale en réduisant son impact négatif. Cela permet de rééquilibrer les forces de pouvoir propre à chaque partie en vue de favoriser une intégration progressive entre l'équipe dirigeante et les employés.

Les conflits interpersonnels entre l'équipe dirigeante et les employés conduisent à un effet sur les orientations fondamentales organisationnelles. Cet impact est perceptible sur les valeurs et les besoins des deux parties. Ils agissent aussi sur les contraintes organisationnelles en déterminant les rapports au temps aux lois et à la répartition des budgets alloués pour chaque action conduite. Les conflits interpersonnels se développent à travers l'opposition des intérêts. Cette opposition révèle le poids des positions des deux parties en confirmant aussi la limitation des options et alternatives pour arriver au compromis.

1.2.3.4.1. Influence sociale découlant des conflits de données

Les conflits de données sont engendrés par un manque de transmission de l'information. Ils représentent une forte asymétrie informationnelle entre l'équipe dirigeante et les employés. Ces conflits découlent de la transmission d'une mauvaise information ou de différentes interprétations. L'influence sociale est exercée sur la hiérarchisation de l'importance informationnelle. Cela reflète ainsi les délais, les procédures et les canaux de transmission. Les pressions sont exercées sur l'établissement des critères d'évaluation du niveau d'importance et de transversalité de l'information.

1.2.3.4.2. Influence sociale découlant des conflits relationnels

Les conflits relationnels sont développés à travers une dominance de la subjectivité. Ils reflètent une régulation des échanges relationnels à travers le poids des émotions et des perceptions. Les conflits relationnels relèvent de l'opposition des perceptions respectives ainsi que d'une mauvaise communication interpersonnelle¹. L'influence sociale se visualise à travers l'expression d'émotions négatives. Ces émotions détériorent la fréquence et la qualité des échanges entre l'équipe dirigeante et les employés.

¹ Chambon, M., Gil, S., Niedenthal, P-M., *Psychologie sociale et perception du temps : l'estimation temporelle des stimuli sociaux et émotionnels*, *Revue de la Psychologie Française*, Vol. 50, 2005, pages 167-180, pp.167-171.

1.2.3.4.3. Influence sociale découlant des conflits de valeurs

Les conflits de valeur représentent des oppositions dans le choix de vie. Ils représentent des idéologies et opinions différentes sur les principes et valeurs. L'influence sociale entre l'équipe dirigeante et les employés est exercée à travers le manque de l'acceptation de la différence. Cela entraîne des pressions visant à soumettre les employés aux valeurs organisationnelles institutionnalisées. Cela a pour finalité de concorder entre les valeurs innées, les valeurs construites et les valeurs épousées.

1.2.3.4.4. Influence sociale découlant des conflits d'intérêts

Les conflits d'intérêts représentent des oppositions entre les intérêts personnels et les intérêts communs. Ils reflètent aussi l'opposition entre les sous-groupes et l'équipe dirigeante. Ils sont renforcés par le manque de prise en compte des attentes spécifiques de l'ensemble des acteurs. Ces conflits représentent aussi une divergence entre les intérêts perçus et les intérêts réels des groupes influents. L'influence sociale découlant de ces conflits est générée par une limite des options et des ressources. Cela renforce le niveau d'opportunisme des différentes parties afin de maximiser l'atteinte des avantages souhaités. Les pressions s'accroissent par ailleurs à travers le maintien de l'attention sur les positions individuelles et non sur les intérêts communs.

1.2.3.4.5. Influence sociale découlant des conflits structurels

Les conflits structurels représentent une incertitude dans la définition des rôles et obligations de l'ensemble des parties. Ces conflits sont générés par un abus de pouvoir exercé soit, par une autorité formelle soit, par le poids de la hiérarchie informelle. Ils représentent aussi un abus de contrôle ou un contrôle sélectif et non homogène. Les conflits structurels découlent de dysfonctionnements organisationnels qui entraînent un accroissement des risques organisationnels¹. L'influence sociale est exercée à travers l'incertitude perçue par une définition non claire des objectifs assignés. Cette incertitude aboutit à des perceptions et interprétations différentes qui réduisent ou amplifient les obligations et devoirs de chaque acteur. Les pressions sont principalement accrues à travers la multiplication des contraintes de temps et des facteurs d'influences tant internes qu'externes.

¹ Bilali, R., & al., *Modeling collective action through media to promote social change and positive intergroup relations in violent conflicts*, *Journal of Experimental Social Psychology*, Vol. 68, January 2017, pages 200-211, p.200.

1.3. Etat de l'art de la culture de responsabilité

Ce point présente en premier lieu l'évolution de la notion de la culture organisationnelle. Il présente ensuite l'intégration des principes de la responsabilité sociétale dans la culture organisationnelle. Le dernier point aborde les facteurs renforçant la culture de responsabilité des employés.

1.3.1. Evolution de la notion de la culture organisationnelle

La revue de littérature de la culture organisationnelle s'inspire des travaux de théoriciens anthropologues, sociologues et économistes¹. Elle évolue de la simple notion de la culture d'entreprise vers la culture organisationnelle qui prend en compte différentes dimensions tant internes qu'externes à l'entreprise. Les travaux autour de la culture organisationnelle trouvent leurs origines entre 1970 et 1980 suite à l'importance accordée à l'étude de l'impact du climat organisationnel sur la performance de l'entreprise. Suite à cela, la culture organisationnelle est définie entre 1980 et 1990 comme la principale raison de succès ou d'échec de l'entreprise. Cependant, à partir de 1990, la culture organisationnelle est déterminée comme une variable d'action stratégique pour le management de l'entreprise. Elle doit, entre autre être étudiée et prise en compte afin d'accroître la performance et la création de valeur.

1.3.1.1. Principaux écrits entre 1970 et 1989

Le sociologue Edgar Morin propose en 1969 une définition qui fait apparaître la culture comme un ensemble de représentations, de valeurs et de normes qui sont partagées par un groupe social. Il aborde donc tout paramètre susceptible d'être appris et transmis à travers les générations comme les mythes, le savoir et le savoir-faire. Les travaux de Deal et Kennedy en 1982 mettent la culture organisationnelle comme élément centrale de la réussite organisationnelle, telle qu'elle détermine ensuite la réussite dans la structure, la stratégie et la politique de l'entreprise. Ils créent un modèle dans lequel sont déterminés quatre types de culture (tough-guy culture/macho culture ; work hard/play hard culture ; the bet-your company culture et the process culture) que l'entreprise doit choisir en fonction du feed-back et du risque qu'elle est prête à prendre pour réaliser sa stratégie.

Les travaux de Handy par contre en 1985 déterminent quatre éléments déterminants de la culture organisationnelle qui sont le pouvoir, les rôles, les tâches et les cultures des personnes.

¹ Bonnafous-Boucher, M., *Anthropologie et gestion*, Ed. Economica, Paris, 2005, p. 67.

Dans la même année, les travaux de Smircich approfondissent les travaux de Handy en définissant la culture comme un système de compréhension qui doit être partagé au niveau de l'ensemble des niveaux de l'entreprise à des degrés différents. Il met donc en accent les sous-cultures et le pouvoir accordé à chaque niveau hiérarchique au niveau de l'entreprise¹. Smircich considère la culture organisationnelle comme une variable qui appartient à l'entreprise d'un côté, et qui la définit sur un autre plan.

Les travaux de Schein en 1985, 1992 et 2004 marquent considérablement la revue de littérature autour de la culture organisationnelle. Schein la définit comme un moyen de résoudre les problèmes de l'entreprise à travers une adaptation externe et une intégration interne. Ces changements doivent être appris et intégrés aux employés afin de leur montrer la meilleure façon de percevoir, de penser et de sentir les situations et problèmes afin de les résoudre. Il développe un modèle à travers lequel il expose les trois niveaux de la culture organisationnelle qui sont interdépendantes ; ces trois niveaux sont les croyances de base, les valeurs et les artefacts. Le premier niveau représente les croyances de base qui sont généralement inconscientes, elles représentent l'ultime source des valeurs et actions des employés à travers la prise en compte de leurs croyances, perceptions, pensées et ressentis.

Le niveau intermédiaire par contre s'oriente vers les valeurs acceptées ; il s'agit ici des valeurs partagées par l'entreprise et qui s'articulent avec les stratégies, objectifs et philosophies de l'entreprise. La troisième dimension par contre est consciente et bien visible, elle représente l'image perçue et réelle de l'organisation², des structures mises en place et des processus de décisions internes³. Schein est donc le premier à parler de sentiments et d'actes conscients et inconscients qui impactent les pensées, émotions et comportements partagés par le groupe que l'entreprise doit comprendre et respecter afin d'impacter positivement les deux dimensions ou niveaux supérieurs de son modèle.

En 1987, le théoricien Scholtz identifie cinq typologies de culture (stable, réactive, anticipative, exploratoire et créative) qui doivent être appliquées selon la stratégie que l'entreprise suit afin d'exercer des changements positifs et de résoudre facilement les problèmes sociaux et organisationnels. Les travaux de l'anthropologue Barnett en 1988 suivent les mêmes orientations de Schein. Il affirme que la culture organisationnelle s'adapte aux changements et peut être manipulée et mesurée. Il la compose de symboles, rituels, croyances et comportements

¹ Jo Hatch, M., Cunliffe, A-L., *Organization theory: modern, symbolic and postmodern perspectives*, Ed. Oxford university press, 3rd Ed., Oxford, 2013, pp. 38-41.

² Quevedo-Puente, E., Fuente-Sabaté, J-M., Delgado-Garcia, J-M., *Corporate social performance and corporate reputation : Two interwoven perspectives*, *Corporate Reputation Review*, Vol.10, N.1, 2010, pages 60-72, p.61.

³ Schein, E-H. *Organizational culture and leadership*, Ed. Jossey-Bass, 3rd Ed, San Francisco, 2004, pp. 25-28.

d'un groupe. Johnson par contre, développe dans la même année un modèle contenant plusieurs variables qui influent sur la culture organisationnelle. Ces variables sont les systèmes de contrôle, les structures organisationnelles, les structures de pouvoir et de décision, les symboles, les rituels et les routines et finalement les mythes et histoires¹.

1.3.1.2. Principaux écrits entre 1990 et 1999

En 1990, la recherche de Hampden-Turner reprend les mêmes composantes de la culture organisationnelle des travaux de Handy à la seule différence des cultures atomistiques². En effet, dans cette nouvelle définition, il est question de prendre en compte la culture propre de chaque personne au lieu d'étudier la culture du groupe. En 1991, les travaux de Hofstede s'orientent sur la portée des différentes cultures nationales sur le management. De ses travaux découlent la notion de management interculturel qui permet de prendre en compte les caractéristiques des valeurs et pratiques d'un groupe social selon son appartenance culturelle³. Il définit la culture organisationnelle comme une programmation mentale et un phénomène émergent et construit qui permet de distinguer un groupe d'un autre⁴.

Hofstede propose le modèle de l'oignon qui place les valeurs dans la couche intérieure comme dimension primaire et invisible. Celle-ci explique l'impact de la culture nationale sur la manière de penser, sur les priorités, sur les idées développées et sur le comportement adopté par les employés⁵. Etant primaires voire même innés, l'entreprise doit s'adapter aux systèmes de valeurs et de règles dominantes extérieures. Les couches supérieures de l'oignon représentent respectivement les rituels, les héros et les symboles. Ces dimensions représentent des pratiques que l'entreprise peut appliquer afin de modeler sa culture organisationnelle tout en respectant les valeurs de base des employés.

Le modèle de l'oignon est comparable au modèle culturel de l'iceberg élaboré par Edward T. Hall en 1976. Ce modèle décrit la culture comme un iceberg où seulement 10% est visible ; ce pourcentage représente les faits, les procédures et les positions. Les 90% restants représentent les dimensions cachées qui sont les peurs, les besoins, les valeurs, les croyances,

¹ Jo-Hatch, M., Cunliffe, A-L., *Op-Cit.*, pp. 220-230.

² Armstrong, M., *A handbook of Human resource management practice*, Ed. Kogan page, 10th Ed., London, 2006, pp. 303-314.

³ Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Cultures et organisations : nos programmations mentales*, Ed. Pearson, 3^{ème} Ed., Paris, 2010, pp. 31-33.

⁴ Hofstede, G., *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*, Ed. Sage Publications Inc, 2nd Ed. Revised, London, 2003, p. 1- 9.

⁵ Eischet, P., *Managing across cultures and frontiers*, Ed. Grin Verlag GmbH, Norderstedt, 2015, p.3.

les émotions, les intérêts, les ressentis, les perceptions et les malentendus qui influent sur le comportement des employés dans l'entreprise¹.

Par la programmation mentale, Hofstede identifie trois niveaux qui sont la nature humaine, la culture et la personnalité. En forme pyramidale, la nature humaine représente la base de la pyramide car elle est universelle et innée. Par contre, la culture est apprise en fonction des spécificités propres aux groupes, aux catégories et aux différentes appartenances. Hofstede accorde par ailleurs beaucoup d'importance aux sous-cultures qui peuvent appartenir à une même culture nationale.

Le sommet de la pyramide représente la personnalité de chaque employé, celle-ci est spécifique à la personne et est innée et apprise². Dans son modèle des niveaux de l'unicité de la programmation mentale, Hofstede traite de la nature tant de l'individu que celle du groupe pour expliquer les composantes de son modèle de l'oignon. Afin de distinguer les différences culturelles propres à chaque pays, il les classe en quatre dimensions qui opposent un individualisme à un collectivisme, une forte distance hiérarchique à une faible distance hiérarchique, un fort contrôle de l'incertitude à un faible contrôle de l'incertitude et la dimension masculine à la dimension féminine³.

Durant la même année de 1991, O'Reilly, Chatman et Caldwell présentent six caractéristiques qui composent la culture organisationnelle qui sont l'innovation et la prise de risque, l'attention accordée aux détails, les orientations de sorties, l'orientation des idées des individus, le degré d'orientation d'agressivité d'un groupe de travail et finalement la stabilité. Les travaux de Harrison et de Carroll dans la même année contredisent par contre les autres théories. En effet, selon ces théoriciens, l'entreprise ne doit pas s'adapter aux employés mais bien au contraire.

La culture organisationnelle influence donc le comportement des employés⁴, il est donc possible de leur apprendre de nouvelles valeurs et de les orienter vers des comportements visant à promouvoir l'intérêt de l'entreprise⁵. Harrison et Carroll développent ensuite en 1993 les

¹ Hofstede, G., Hofstede, G.-J., Minkov, M., *Cultures and organizations software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival*, Ed. McGrawHill, New York, 2010, pp. 29.

² Hofstede, G., *Vivre dans un monde multiculturel : comprendre nos programmes mentales*, Ed. Editions d'Organisations, Paris, 1994, p.14-18.

³ Hofstede, G., Hofstede, G.-J., Minkov, M., *Op Cit.*, 2010, pp 03-22.

⁴ Wittorski, R., *La notion d'identité collective*, pages 195-213. In Kaddouri, M., Lespessailles, C., et al. *La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique*, Ed. L'Harmattan, Paris, 2008, pp. 197-199.

⁵ Jo Hatch, M., *The dynamics of organizational culture*, *The Academy of Management Review*, Vol. 18, N. 4, October 1993, pages 657-693, pp. 661-668.

composantes de la culture organisationnelle qui sont les croyances, les valeurs, les pratiques de travail et les pratiques relationnelles. Cette nouvelle définition prend en compte sur un plan le côté formaliste de l'organisation à travers ses structures et processus, et sur un autre plan l'aspect informel qui trace d'autres pressions et d'autres répartitions de pouvoir.

Tandis que Kotter en 1992, insiste sur l'importance de l'identification des sous-cultures existantes au sein de la même organisation et partage la même culture nationale en suivant les orientations de Hofstede, Wilson par contre propose en 1992 la culture comme la solution à l'ensemble des problèmes organisationnels de l'entreprise. En 1993, Thévenet détermine la relation entre la culture organisationnelle et le processus de prise de décision¹. Il la compose par ailleurs par l'ensemble des tabous, symboles, valeurs, mythes et rites en se référant aux travaux de Hofstede. Il insiste par ailleurs sur l'impact des sous-cultures de métiers, des sous-cultures du pays, des sous-cultures de l'âge et des autres sous-cultures sur l'organisation².

Harris propose ensuite en 1994 cinq schèmes dans l'organisation qui représentent des systèmes proactifs et qui intègrent constamment de nouvelles connaissances. Il les qualifie comme nécessaires pour le développement de la culture organisationnelle et s'articulent comme suit : le soi, la personne, l'organisation, le concept et le schème de l'évènement³. Trompenaars par contre développe dans la même année les travaux touchant aux différences culturelles nationales approfondissant donc les travaux de Hofstede sur les dimensions culturelles. Il reprend la dimension d'individualisme/collectivisme, la volonté et le refus de vérification, le contrôle de la nature formulé par la confirmation ou l'harmonie avec l'environnement de Hofstede. Il ajoute à son modèle le statut attribué et acquis, la culture diffuse et limitée, l'objectivité et la subjectivité, l'universalisme, le particularisme, et finalement la monochronie et polychronie⁴.

En 1995, Kotter revient avec une autre définition qui met en avant le développement d'avantages organisationnels grâce à l'existence de la culture organisationnelle. Parmi ces améliorations, il y a entre autre la mise en place d'une vision stratégique claire, l'engagement du top-management, changement positif des niveaux supérieurs de l'entreprise, modification des pratiques pour faciliter le changement organisationnel et finalement le développement de

¹ Hampden-Turner, C., Trompenaars, F., *Au-delà du choc des cultures : Dépasser les oppositions pour mieux travailler ensemble*, Ed. Editions d'Organisation, Paris, 2003, pp. 221-224.

² Thévenet, M., *La culture d'entreprise*, Ed. Presses Universitaires de France, 6^{ème} Ed., Paris, 2010, p. 34-42.

³ Ghinea, V-M., *Organizational culture modeling, Management & marketing challenges for the Knowledge society*, Vol. 7, N. 2, 2012, pages 257-276, pp. 264-270.

⁴ Trompenaars, F., Hampden-Turner, C., *L'entreprise multiculturelle*, Ed. Maxima L Mesnil, 3^{ème} éd. Revue et augmentée, Paris, 2008, p. 111.

l'éthique et de la sensibilité légale¹. Les travaux de Weick en 1995 suivent la même tendance en comparant la culture à une réalité organisationnelle qui s'accompagne d'accomplissement et de réduction des ambiguïtés et d'incertitudes.

Etudiant l'impact de la culture organisationnelle sur l'organisation, Denison et Misha mettent en avant en 1995 la relation entre celle-ci et la performance. Sachant que le modèle de Peters et Waterman en 1981 décrit la culture organisationnelle comme une variable d'action qui participe à sa performance en vue de l'existence de valeurs partagées dans le modèle des 7S ; Denison et Misha priment son influence importante sur l'efficacité. En effet, la culture influe le niveau de participation des employés, le degré de cohérence des actions et comportements, la capacité d'adaptation de l'entreprise aux changements internes et externes, et finalement la présence d'une mission et vision à long terme. Par ailleurs les travaux de Suzuki en 1997 représentent la culture comme un acte communicationnel, tant dit que Cooke la définit comme un ensemble de comportements que les employés pensent devoir suivre afin de satisfaire leur entreprise². Il se base donc sur les travaux de Schein avec l'importance de l'apprentissage des normes organisationnelles et propose donc trois types de cultures. Celles-ci sont les cultures constructives, les cultures passives et défensives et les cultures agressives qui définissent le comportement adapté des employés en toute situation qui se présente à l'entreprise.

Les travaux de Brown en 1998 insistent sur l'importance de l'adaptation de l'entreprise à différentes dimensions qui lui permettent ensuite de développer une culture organisationnelle. Il traite de la prise en compte du climat social, de la culture nationale et du management des ressources humaines qui soulignent la nature rationnelle et structurelle qui permet donc d'adopter les bons comportements organisationnels. Les travaux de Cameron et de Quinn en 1999 mettent en relation la culture organisationnelle et le leadership, ce qui est par ailleurs mis en avant par Schein en 1985. Ces théoriciens distinguent quatre types de cultures qui sont la culture des clans, la culture adhocracique, la culture marché, et la culture hiérarchique.

1.3.1.3. Principaux écrits entre 2000 à ce jour

Des travaux de Cameron et de Quinn, Parker revient en 2000 sur l'importance des sous-cultures selon le sexe, l'âge mais aussi l'appartenance hiérarchique. Martins et Martins par

¹ Ogbonna, E., Harris, L-C., *Leadership style, organizational culture and performance: empirical evidence from UK companies*, *Journal of human resource management*, Vol. 11, N. 04, Aout 2000, pages 766-788, pp. 770-775.

² Alvesson, M., Sveningsson, *Changing organizational culture: cultural change work in progress*, Ed. Routledge, New york, 2008, pp. 120-134.

contre orientent leurs travaux autour de la culture organisationnelle en 2003 sur le système de compréhension partagé ainsi que sur le rôle des relations informelles existantes au sein d'une entreprise sur l'acceptation des relations formelles et hiérarchiques. S'approfondissant dans la discipline de la psycho-sociologie des organisations, Zohar et Marshall la compare en 2004 à une intelligence spirituelle qui permet aux employés d'accéder à leurs croyances et valeurs les plus profondes. Ils mettent en relation la culture organisationnelle avec la motivation et l'amélioration des processus de prise de décision.

Les travaux de Needle en 2004 définissent la culture organisationnelle comme un produit de différents facteurs comme l'histoire, la stratégie, les types d'employés qui y travaillent, le style managérial appliqué et la culture nationale¹. Dans la même année, les travaux d'Adkins et de Cadwell démontrent la relation entre la satisfaction des employés avec la culture organisationnelle. En effet, la satisfaction des employés permet donc de trouver un équilibre entre la culture organisationnelle et les sous-cultures existantes au sein de l'entreprise².

En 2004, Denison, Haaland et Goelzer affirment que la culture organisationnelle contribue au succès de l'entreprise, cependant, l'impact de ses différentes dimensions y contribue d'une manière différente selon les régions. Ils accordent donc une grande importance à l'impact des cultures nationales et des spécificités locales. En 2005, Griffin et Moorhead aboutissent à l'idée que la culture organisationnelle développe les valeurs organisationnelles qui permettent de comprendre et d'orienter les employés vers des actions qui sont acceptables et appropriés au sein de l'entreprise. En prenant comme référence les travaux de Hofstede Schwartz développent en 2006 la théorie des valeurs universelles. Il oriente ses travaux sur l'étude des différentes cultures propres à chaque pays et identifie les valeurs qui ont un degré d'importance différent. En effet, celles-ci représentent des croyances associées aux sentiments, un objectif désirable qui motive l'action, un guide de sélectivité des actions, ainsi que le développement des comportements et attitudes qui à leur tour développent les valeurs.

Les travaux de Clarke en 2006 démontrent la relation existante entre la culture organisationnelle et le climat de sécurité au sein de l'entreprise. La culture détermine la performance des employés dans la réalisation de leur travail et détermine les méthodes et ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs assignés. Elle affecte donc le processus

¹ Chamak, A., Fromage, C. *Le capital humain*, Ed. Editions Liaisons, Paris, 2006, pp. 56-74.

² Shakil Ahmed, M. *Impact of organizational culture on performance management practices in Pakistan*, *Business Intelligence Journal*, Vol. 5, N. 2, Janvier 2012, pages 50-55, pp.50-51.

décisionnel, les émotions et le comportement des employés¹. Arnold détermine en 2005 les dimensions de la culture qui sont les normes, les croyances, les principes et les comportements. Il identifie les normes à mettre en place, les principes tant des employés que du top management ainsi que les comportements tant des employés que de leur managers.

Ravasi et Schultz orientent par contre leur travail en 2006 à la définition des comportements appropriés et qui sont en accord avec les besoins de l'entreprise en prenant en compte le contexte et les différentes situations dans laquelle l'entreprise et les employés se trouvent². La culture organisationnelle étant définie comme des assomptions mentales partagées, elle représente un guide d'interprétation et d'action qui détermine le bon comportement à adopter dans la bonne situation. Les travaux de Burman et d'Evans en 2008 mentionnent que la culture organisationnelle est aussi impactée. Selon leur théorie, celle-ci n'est pas influencée par le management appliqué au niveau de l'entreprise mais plutôt par le style du leadership des différents managers.

En suivant les orientations de recherches de Ravasi et de Schulz, Baumard insiste en 2011 sur l'importance d'assimiler les changements continus internes et externes à l'entreprise. Il est en effet le seul moyen de désigner et de modeler les normes comportementales appropriées à chaque situation. Les travaux de Gibson en 2011 insistent sur l'identification de l'ensemble des sous-cultures et des sous-groupes existants afin de renforcer les valeurs et normes organisationnelles. Bratianu suit quant à lui une autre approche en se focalisant sur l'interdépendance, la synergie et toute capacité d'interaction entre les acteurs internes³. Il désigne l'entreprise comme un environnement contrôlé, il est donc possible d'agir sur les différentes interactions pour développer la culture organisationnelle.

Après lecture des plus grands théoriciens ayant marqué et avancé la revue de la littérature de la culture organisationnelle, il est à noter que celle-ci représente une variable déterminante dans l'entreprise. En effet, de par ses différentes dimensions, la culture organisationnelle est une variable tant endogène qu'exogène. Elle est déterminante en termes de performance, de création de valeur, de motivation, de développement de leadership, de réalisation des stratégies, de mise en place des pratiques managériales flexibles et de plusieurs autres paramètres qui contribuent positivement à la réussite d'une organisation. Elle est aussi régie par différentes

¹ Hogan, S-J., Coote, L-V., *Organizational culture, innovation, and performance: a test of Schein's model*, Journal of business research, Vol. 67, 2014, pages 1609-1621, pp. 1609-1615.

² Kwantes, C-T, Boglarsky, C-A., *Perceptions of organizational culture, leadership effectiveness and personal effectiveness across six countries*, Journal of International Management, Vol. 13, N° 2, Juin 2007, pages 204-230, pp. 205-210.

³ Sasaki, I., Yoshikawa, K., *Going beyond national cultures: dynamic interaction between intra-national, regional, and organizational realities*, Journal of world business, Vol. 49, 2014, pages 455-464, pp.456-460.

variables qui représentent une source de facilitation et une barrière interne à l'existence d'une forte culture organisationnelle. Celle-ci est donc stratégique pour toute organisation publique ou privée. Cependant, le cadre conceptuel de la thèse s'oriente vers son effet au niveau des centres hospitaliers universitaires qui sont régis par les principes du management public et par les spécificités du management hospitalier.

1.3.2. Intégration des principes de la responsabilité sociétale dans la culture organisationnelle

La culture organisationnelle représente le centre du succès, de l'échec ou de la création de ce qui fait la différence entre une organisation et une autre. La force de la culture organisationnelle est la principale ressource créatrice d'innovation, de pérennité, de changement et de développement. Les employés sont avant tout considérés comme des clients internes ou des parties prenantes. Leur niveau de satisfaction détermine une relation de confiance entre les parties¹. En effet, les nouvelles tendances de prise en compte de la responsabilité sociétale et de la citoyenneté des organisations envers leurs environnements montrent tout l'intérêt que celles-ci doivent porter à l'atteinte de la performance sociétale. Ces principes ne s'appliquent plus uniquement aux organisations privées à but lucratif, mais touche aujourd'hui même le secteur public et les organisations à but non lucratif.

Le but d'atteindre une performance sociétale efficace, la culture organisationnelle est véhiculée comme un facteur renforçant la responsabilité de chaque acteur. Elle représente aussi un facteur de sensibilisation aux valeurs de durabilité et de citoyenneté. Celle-ci engendre une élimination de tout coût d'agence, de comportement de "je m'en-foutistes" ou de toute forme de démotivation dans les équipes de travail. Pour une meilleure compréhension de la performance organisationnelle, G. Raad l'a définie comme "*un concept multidimensionnel et complexe, ne se limitant pas aux seuls résultats financiers et dont l'évaluation ne peut se faire que par la mesure de plusieurs résultats organisationnels, externes et internes*". Raad démontre dans sa définition de la performance l'importance des résultats que ce soit sur l'environnement interne qu'externe, il revoit donc la performance comme un système dynamique et ouvert qui prend en considération son environnement afin de réaliser une amélioration organisationnelle.

¹ Imbert, J., *Les tableaux de bord RH : construire, mettre en œuvre et évaluer le système de pilotage*, Ed. Eyrolles, Paris, 2007, pp. 50-93.

D'un autre coté Gilbert et Charpentier définissent la performance organisationnelle comme « *une construction sociale. Si le type de performance recherchée peut différer d'une entreprise à une autre, il peut également varier selon le type d'acteurs. Il est en effet possible, en prolongeant la théorie des stakeholders, d'interpréter la performance selon les enjeux des différents acteurs qui composent l'organisation ou qui y détiennent un intérêt* ». Cette deuxième définition approfondit la première en prenant en compte la dimension humaine et l'importance de la satisfaction des parties prenantes. Elle renvoie directement à la performance sociétale et aux théories du leadership et des ressources humaines.

1.3.2.1. Idées maitresses de la responsabilité sociétale

Pour commencer, la théorie des parties prenantes est apparue durant les années 80 à travers les recherches de Freeman. Cette théorie caractérise l'organisation moderne qui est de plus en plus ouverte à ses différentes parties intéressées. La théorie des stakeholders met l'accent sur les jeux de pouvoirs entre les acteurs aussi bien internes qu'externes tout en exprimant les liens d'interdépendance entre eux. Cette théorie permet par ailleurs d'expliquer les interactions existantes entre l'équipe dirigeante et les employés. Cependant cette théorie est inspirée de la théorie de l'agence. Celle-ci est conçue durant les années 70 par Jensen et Menckling dans le but d'actualiser l'approche de Berle et Means en 1932. Elle vise donc à analyser le rapport entre la relation interpersonnelle et le pouvoir propre à chaque partie¹.

La théorie de l'agence traite principalement de la protection des intérêts de l'équipe dirigeante face aux comportements opportunistes et de 'je-m'en-foutistes' développés par les employés. Elle permet ainsi de prendre en compte les problèmes liés aux asymétries informationnelles entre les deux parties². Cependant cette théorie se complète avec la théorie du leadership stratégique qui est née en 1984 avec les travaux de Hambrick et de Mason. Cette théorie donne une importance centrale à l'équipe dirigeante qui est responsable de la construction humaine de l'organisation à travers l'intégration de comportements, de valeurs et de croyances qui aboutissent à des résultats organisationnels. En effet cette théorie montre que l'équipe dirigeante a le pouvoir de mobiliser des comportements organisationnels responsables vis-à-vis des parties prenantes d'une organisation.

Wood poursuit cette logique en 1991 en notant : « *la responsabilité de l'entreprise n'est pas réalisée par des acteurs organisationnels abstraits mais bien par des acteurs humains* ».

¹ Gond, J-P., Igalens, J., *La responsabilité sociale de l'entreprise*, PUF, Paris, 2012, pp.20-36.

² Bessire, D., Onnee, S., *Assessing corporate social performance: strategies of legitimating and conflicting ideologies*, *Revue de Critical Perspectives on Accounting*, Vol. 21, 2010, pages 445-467, pp.445-451.

Ce passage montre que le niveau de prise en compte des valeurs de responsabilité dépend des acteurs qui composent un système social interne. De ce fait, l'équipe dirigeante comme les employés contribuent d'une manière interdépendance sur l'atteinte d'une performance sociétale. Leur rôle se définit à travers la mise en place d'actions d'amélioration visant à prendre en compte l'aspect sociétal. La prise en compte de l'importance de la responsabilité sociétale des organisations ne commence qu'à partir des années 60, le fondateur de cette nouvelle approche est H. Bowen avec la publication du livre « Social Responsibilities of the Businessman » en 1983, suivi de la publication du livre « The Responsible Corporation » de G. Goyder en 1961¹.

Les travaux de Bowen CSR1 sont critiqués par Ackerman et Bauer en 1976 considérant qu'il ne prend en compte que la motivation au détriment de la performance économique. C'est dans ce sens que les auteurs comme Ackerman et Bauer, Frederick et Sethi tous entre 1976 à 1979 prônent la capacité des acteurs d'une organisation à répondre aux pressions sociétales avec le modèle de la Corporate Social Responsiveness vu comme CSR2. Cependant cette nouvelle approche pragmatique ne donne pas d'importance à la connotation éthique.

C'est avec la synthèse des deux modèles que la prise en compte des valeurs de responsabilité dans la culture organisationnelle a vu le jour avec les travaux de Carroll en 1979 et de Wood en 1991. La responsabilité sociétale passe de l'idée de Friedman en 1962 à la maximisation du profit pour les actionnaires, à celle de Carroll 1979 avec la réponse aux attentes de manière volontaire. Cela est suivi de la pensée de Jones en 1980 voyant que la responsabilité sociétale agit au-delà des responsabilités économiques, contractuelles et légales. L'évolution est marquée ensuite par les travaux de Wartick et Cochran en 1985 qui voient la culture organisationnelle comme un moyen d'intégration des approches de la responsabilité sociétale dans l'amélioration de la performance².

L'approche de ces auteurs prime « *La performance sociétale des entreprises est l'interaction sous-jacente entre les principes de responsabilité sociale, le processus de sensibilité sociale et les politiques mises en œuvre pour faire face aux problèmes sociaux* ». Cette définition est complétée par les travaux de Clarkson (1995) qui voit la performance sociétale comme la capacité non seulement à gérer mais aussi à satisfaire au mieux les parties prenantes ou les stakeholders. Cela montre en premier lieu le lien interdépendant entre la culture

¹ Van den Bossche, F., Rogge, N., Devooght, K., *Robust Corporate Social Responsibility investment screening*, *Ecological Economics Review*, Vol. 69, N.5, 15 March 2010, pages 1159–1169.

² Murray, K-B., Voge, C-H., *Using a hierarchy-of-effects approach to gauge the effectiveness of corporate social responsibility to generate goodwill toward the firm: Financial versus nonfinancial impacts*, *Journal of Business Research*, Vol. 38, N. 2, February 1997, Ed. Elsevier, pages 141–159, pp.141-150.

organisationnelle et la performance. En deuxième lieu, la culture organisationnelle représente alors un pivot permettant de renforcer les valeurs de responsabilité. Elle permet aussi de générer un processus de sensibilisation des employés à adopter une valeur de responsabilisation partagée¹. La prise en compte des valeurs de responsabilité dans la culture organisationnelle permet de réduire les problèmes sociaux dans l'organisation pour une meilleure focalisation sur la performance.

L'évolution du développement théorique de la responsabilité sociétale des organisations montre qu'elle est passée par trois courants. La période 1950/60 s'est caractérisée par une orientation philosophique et normative. La période 1970 s'oriente par contre vers des fondements pragmatiques et managériaux. Celles-ci sont suivies d'orientations synthétiques et intégratrices depuis les années 1980/90 avec l'apparition du concept de la culture de responsabilité. Cependant le concept RSE/RSO reste encore assez ambigu car il y a un manque de construit théorique ; les approches diffèrent d'un auteur à un autre passant ainsi des approches éthiques et morales aux approches pragmatiques.

La responsabilité sociétale se définit alors comme une démarche volontaire appliquée par l'organisation dans le but d'appliquer une stratégie citoyenne visant à prendre en considération les dimensions sociales et environnementales. Étant une discipline nouvelle, les lignes directrices de l'ISO 26000 montrent les composantes d'une responsabilité globale vis-à-vis des parties prenantes visant ainsi à atteindre un développement durable. Cela permet à l'organisation d'améliorer son image de marque et de favoriser des relations de fidélité à long terme avec ses différentes parties intéressées. La responsabilité sociétale favorise la construction d'un mode organisationnel innovant qui bascule vers un management par la confiance. Ces deux facteurs sont à l'origine du fondement même de la culture de responsabilité. Celle-ci se caractérise par une vision partagée dans la conduite d'actions sociétales.

Elle se définit par l'établissement d'une structure d'organisation responsable qui produit un climat créateur. Elle renforce aussi une philosophie d'apprentissage et d'adaptabilité. Cela montre que la culture organisationnelle qui prend en compte le volet sociétal allie les principes de management, de psychologie sociale et de sociologie des organisations. En effet, il s'agit ici de renforcer la responsabilisation individuelle ainsi que celle du groupe.

¹ Parra, C., *La nature de la durabilité sociale : vers une lecture socioculturelle du développement territorial durable*, *Journal du Développement Durable et Territoire*, Vol. 2, N. 2, 2011, en ligne, accessible : <https://developpementdurable.revues.org/8970>, mis en ligne le 26 mai 2011, consulté le 24 février 2013.

L'interaction créée entre les différents individus influe sur la synergie de groupe¹ à travers le degré de responsabilisation de chaque groupe. La présence de conflits, d'inégalités, de je m'en-foutisme (laisser-aller), d'opportunisme et d'asymétrie informationnelle produisent des coûts d'agence. Gilbert et Charpentier mettent en avant dans la définition de la performance sociale l'illustration de la construction sociale et l'importance d'identifier les intérêts et les comportements des acteurs. Cette idée peut être appliquée sur la valeur de la responsabilisation. De ce fait, la psychologie sociale permet donc de comprendre chaque acteur et d'analyser ses réactions face à une série d'évènements communautaires². D'un autre côté, la sociologie des organisations identifie les zones d'incertitudes, l'identité sociale, le jeu de pouvoir et la dépendance envers les ressources.

1.3.2.2. Apports de la responsabilité partagée sur le renforcement de la culture organisationnelle

Une forte culture organisationnelle représente un résultat positif et une amélioration dans un système interactif regroupant les principes, le processus et les résultats observables. Ce résultat doit s'illustrer que ce soit sur les entrées, le processus et les sorties du système. Ces derniers déterminent à leur tour la réalisation de l'ensemble des objectifs et intentions de l'organisation. Les entrées de ce système représentent l'ensemble des objectifs qu'une organisation souhaite atteindre, en d'autres termes, une formulation rationnelle des principaux points de sa stratégie. Le processus quant à lui représente l'efficacité de l'exécution de la stratégie organisationnelle. Celle-ci influe à son tour directement sur les sorties du système.

L'existence de fortes valeurs visant à faciliter l'implication de l'ensemble des acteurs dans l'atteinte d'objectifs communs renforce la cohésion du groupe. Ainsi, la focalisation sur l'atteinte des résultats à travers le renforcement de normes internes reflète une forme de responsabilisation partagée. Celle-ci engage l'ensemble des acteurs dans le système. Chaque acteur intervient positivement ou négativement sur l'atteinte des résultats à travers sa perception et son niveau d'intégration aux valeurs de la culture organisationnelle³.

La responsabilisation partagée a évolué à travers la prise en compte de nouveaux indicateurs. En effet, elle passe de la responsabilisation dans l'atteinte de l'efficacité et de

¹ Bessire, D., Onnee, S., *Assessing corporate social performance: strategies of legitimating and conflicting ideologies*, *Revue de Critical Perspectives on Accounting*, Vol. 21, 2010, Pages 445-467, pp. 446-447.

² Chambon, M., Gil, S., Niedenthal, P-M., *Psychologie sociale et perception du temps : l'estimation temporelle des stimuli sociaux et émotionnels*, *Revue de la Psychologie Française*, Vol. 50, 2005, Pages 167-180, p. 168.

³ Garay, L., Font, X., *Doing good to do well? Corporate social responsibility reasons, practices and impacts in small and medium accommodation enterprises*, *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 31, N. 2, Ed. Elsevier, June 2012, pages 329-337.

l'efficacité à l'assurance d'une minimisation de la prise de risque dans une démarche pertinente et durable. Cette définition participative épistémologiquement parlant montre que les priorités organisationnelles évoluent. Le rôle des employés n'est donc plus limité à une contribution dans la performance organisationnelle. Les employés ont donc pour mission de s'impliquer dans l'atteinte d'une performance sociétale¹. Pour ce, la culture organisationnelle joue un rôle central dans l'identification des facteurs qui valorisent l'atteinte des objectifs en prenant en compte les dimensions écologiques et sociales.

La responsabilisation partagée renforce les valeurs responsables sur tous les niveaux organisationnels. Elle permet de sensibiliser ses acteurs à la protection de l'écologie à travers le traitement et rejet des déchets. Cette sensibilisation vise aussi la réduction de la consommation de l'énergie, la sécurisation des produits, la réduction des émissions de gaz à effet de serre, la mise en place de stratégie durable, etc. Jouant un rôle central et complémentaire, la prise en compte de la responsabilisation partagée s'oriente aussi dans la responsabilité de tous dans l'élimination des coûts d'agences. Cela est aussi lié à tout harcèlement moral et physique, à la création de culture de confiance et d'échange, à la mise en place de normes de conduite et de modification, et à la transparence de la prise de décision.

1.3.2.2.1. Interconnexion entre responsabilité partagée, culture organisationnelle et management

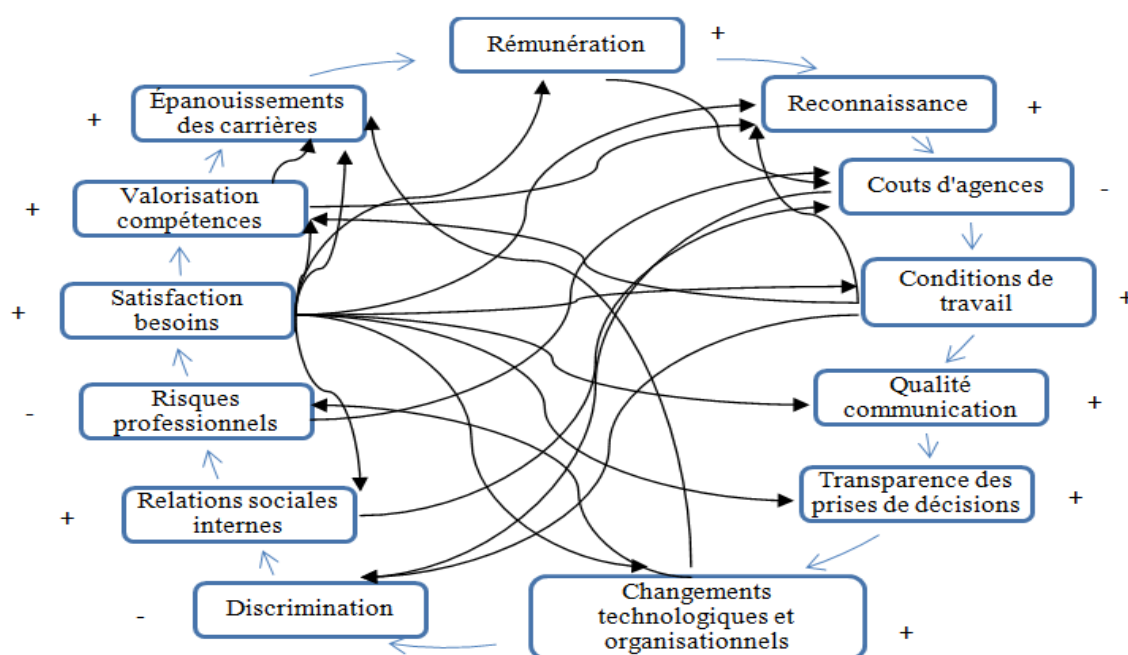
Les acteurs internes de l'organisation déterminent le niveau de réussite, de pérennité comme d'échec d'une organisation. Par ailleurs, la force de la culture organisationnelle dépend de la mise en place d'un système de suivi de l'investissement en compétences, en amélioration des conditions de travail et en synergie de groupe². La responsabilisation partagée permet à travers le biais de la culture organisationnelle d'apporter des régulations dans le management mis en place. En effet, la responsabilisation partagée est engendrée par un renforcement de valeurs de responsabilité sociétale. Celle-ci permet d'instaurer un système de valorisation des compétences.

¹ Tardif, C., *Complémentarité, convergence et transversalité : la conceptualisation de l'innovation sociale au CRISES*, *Revue Cahier du CRISES - Collection Études Théoriques*, No. ET0513, Décembre 2005, pages 9-60, pp. 13-19.

² Racette, R-J., *Le leadership éthique à l'œuvre*, *Healthcare Management Forum Review*, Vol. 24, N. 2, Summer 2011, pages 112-113, p.112.

La responsabilisation partagée favorise la mise en place des acteurs en fonction des facteurs qui renforce leur motivation, ambition et intérêts. La figure 1.1 montre l'effet de l'interconnexion entre la responsabilité partagée, la culture organisationnelle et le management.

Fig. 1.1.- Diagramme d'influence entre la responsabilité partagée, la culture et le management



Source : construit par nos soins.

Cette interconnexion permet de réduire les coûts d'agences, les risques professionnels et la discrimination. Elle illustre déjà l'apport de la culture organisationnelle à travers la valorisation des compétences et la satisfaction des besoins des acteurs. L'interconnexion montre que la responsabilisation partagée aboutit à une transparence des prises de décision¹. Elle intègre des changements internes à travers la réduction des facteurs des risques organisationnels. Ces variables engendrent à leur tour des changements significatifs dans les pratiques managériales mises en place afin de renforcer les valeurs intégratrices et réduire les facteurs de désengagements.

¹ Hylton, J., *Le leadership: la prochaine crise de RH en santé? 1^{ère} partie*, *Healthcare Management Forum Review*, Vol. 17, N. 1, Spring 2004, pages 4–5, p.4.

1.3.2.2.2. Effets positifs de l'intégration des valeurs de responsabilité

La culture organisationnelle représente un moyen d'acquiescer un avantage comparatif à travers la mise en place d'amélioration continue ou radicale. L'intégration des valeurs de responsabilité constate deux avantages considérables. Le premier est la facilitation de la mise en place d'actions sociétales. Ces actions confortent une vision globale et consensuelle de l'importance de l'implication individuelle et groupale. Cette implication par tous en prenant en compte le volet social, organisationnel et environnemental se caractérise par son espace temporel qui englobe le court et le moyen terme. La culture de responsabilité favorise la créativité, la décentralisation, les brainstormings ainsi que la connaissance des besoins propres à chaque groupe.

Le deuxième avantage s'inscrit dans une démarche à long terme. Celle-ci s'oriente vers l'intégration d'un management responsable basé sur la transversalité et sur le travail en réseau. L'intégration des valeurs de responsabilité transforme à long terme les relations interpersonnelles basée sur l'autorité formelle vers des relations d'interdépendance basées sur une conscience collective de la confiance mutuelle. Ce deuxième avantage permet une intégration des valeurs de responsabilité sur tous les niveaux. Ces valeurs se transforment en normes de conduites qui régulent les processus transactionnel internes. Cette démarche s'inscrit au cœur même de la stratégie et des pratiques managériales de l'organisation.

Elle s'emploie par un management de connaissances et la mise en place des systèmes de veilles. Cette veille vise à identifier les risques organisationnels ainsi que l'évolution des attentes et perceptions des employés. Le renforcement des valeurs de responsabilité est par ailleurs prospectif. Il utilise principalement les outils du management de la qualité, des tableaux de bord, l'intelligence collective, le CRM (Customer Relationship management), le SRM (supplier Relationship management), ainsi que les systèmes de suggestion afin de structurer les changements internes.

L'intégration des valeurs de responsabilité s'inscrit dans une démarche d'innovation qui est bien plus une méthodologie visant à développer des normes propres aux spécificités managériales et sociales de l'organisation. Elle développe une anticipation proactive et réactive des variations internes. Le renforcement des valeurs sociales et environnementales réduit les risques liés à la santé des employés, à la pollution et à la dégradation de l'environnement au travail. L'intégration de ces valeurs induit des changements rapides et économiques. Elle crée un avantage compétitif durable dans le temps et génère des retombés à long terme à travers la focalisation sur le consensus. Elle démarque l'organisation comme un système valorisant le

respect de l'environnement, de santé et de sécurité au travail, de respect des vies privées, d'éthique et d'équité entre l'équipe dirigeante et les employés.

L'intégration des valeurs de responsabilité prend en compte les conséquences actuelles des pratiques et actions conduites en interne. Elle allie l'impact des actions actuelles sur la croissance de l'organisation à long terme. De ce fait, afin de prendre en considération les enjeux légaux et d'accompagner chaque étape du processus, une évaluation responsable des opportunités et une réduction optimale des risques sont prises. L'intégration des valeurs de responsabilité est extrêmement liée au principe décisionnel qui pose l'équipe dirigeante comme responsable des effets de la force des valeurs sur la motivation des acteurs internes¹. L'équipe dirigeante se doit donc dans une démarche d'amélioration de décentraliser la prise de décision. Elle est aussi tenue d'une obligation de transparence en vue d'assurer une perception positive des pratiques conduites.

L'intégration des valeurs de responsabilité représente selon l'approche épistémologique constructive la faculté d'adaptation, de flexibilité et d'habileté à apprendre et à développer de nouvelles capacités. Ces changements intégrateurs ne sont possibles qu'à travers un engagement perceptible de l'équipe dirigeante et des employés. La responsabilisation partagée à travers une implication de tous est nécessaire pour la facilitation de la mise en œuvre d'un ensemble de philosophies, d'approches, d'outils et de techniques visant à intégrer un processus créatif, prédictible et profitable.

L'intégration des valeurs de responsabilité a un double effet sur les coûts. D'un côté, la mise en place d'actions visant à renforcer les valeurs et les démarches sociétales représente une source d'investissement. Ces coûts sont imposés par la nécessité de respecter les valeurs QHSE lors des processus d'exécution. L'intégration de ces actions entraîne de fortes modifications et structurations internes. Ces modifications emmènent des risques organisationnels liés au développement d'incertitude face à la perte du cadre de référence interne. Cependant d'un autre côté, elle permet de réduire les coûts à travers la diminution de l'opportunisme et du "je-m'en-foutisme" d'un côté et de l'autre côté permet de réduire efficacement les taux de déchets et de rebuts qui représentent des pertes sèches pour l'organisation.

Les problèmes liés à la santé et la sécurité au travail peuvent être soit, d'origine morale, soit d'origine physique. L'intégration des valeurs de responsabilité favorise entre autre la réduction optimale des facteurs d'hygiène et la promotion des facteurs moteurs et de

¹ Tardif, C., *Complémentarité, convergence et transversalité : la conceptualisation de l'innovation sociale au CRISES*, *Revue Cahier du CRISES - Collection Études Théoriques*, N° ET0513, Décembre 2005, Ed. Centre de recherche sur les innovations sociales, Montréal, pages 9-60, pp. 10-14.

satisfaction. Son objectif est de développer un processus de création de connaissances qui renforce leurs compétences.

1.3.2.3. Intégration d'une culture de responsabilité dans l'organisation

La responsabilisation partagée joue un rôle important dans la valorisation du changement, de la compétence et du pouvoir d'action grâce à la mise en place de projets de sensibilisation sur l'ensemble des niveaux. La culture de responsabilité est une aptitude permettant d'acquérir un apprentissage ayant pour but de créer de la valeur à travers une intégration significative de l'ensemble des acteurs internes dans des démarches de pérennisation à long terme de l'organisation. Elle est à l'origine du développement des attitudes requises afin de promouvoir le volontarisme sociétal des employés à travers un accroissement de la motivation à l'implication.

La culture de responsabilité se distingue comme étant une culture de projet qui se fusionne avec la volonté de s'engager dans le but de produire une nouveauté ou un changement positif. Elle permet une sensibilisation sur le volet sociétal et un décloisonnement du système de décentralisation à travers le renforcement de la représentation sociale de l'équipe dirigeante et des employés. Elle développe les aptitudes grâce à l'apprentissage. C'est dans ce sens que l'équipe dirigeante doit jouer un rôle stratégique dans l'intégration d'une culture de responsabilité envers les employés appartenant à divers groupes catégoriels.

1.3.2.3.1. Développement des facteurs renforçant l'implication des employés

La culture de responsabilité représente une valeur éducative qui a pour but de développer les compétences disciplinaires, identitaires, adaptatives et managériales des employés qui s'y engagent. Elle permet de construire une forte relation entre les employés, l'équipe dirigeante et l'environnement. Les facteurs influant cette interaction définissent le niveau de motivation et d'ambition des employés. La culture de responsabilité permet de développer le sens de l'initiative ou besoin de création de valeur. Les employés développent donc une conscience visant à déterminer leur rôle stratégique dans la pérennité de leur organisation. Ils accroissent par ce biais des valeurs managériales et personnelles ainsi que les compétences en savoir-être et en savoir-faire¹.

¹ Monzani, L., Ripoll, P., Peiro, J-M., *Winning the hearts and minds of followers: The interactive effects of followers' emotional competencies and goal setting types on trust in leadership*, Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 47, N. 1, 2015, pages 1-15, pp.1-5.

Il existe deux types de motivation qui justifient le renforcement du niveau d'implication des employés. La motivation "Push" définit les employés qui souhaitent créer un changement suite à une mauvaise expérience professionnelle. Celle-ci reflète principalement le manque d'épanouissement au travail. Elle montre le désir de l'intégration de changement visant à générer des facilitations internes à travers la prise en compte des principes de responsabilité. La motivation "Pull" dénombre les employés désirant s'investir dans une opportunité dans la finalité d'accroître leurs opportunités de promotions¹. Ces employés ont pour visée d'accroître leurs intérêts personnels dans la désignation des intérêts communs. Ils ont principalement comme objectif de se faire distinguer afin de favoriser leur chance d'être promu à des postes de responsabilité.

1.3.2.3.2. Impact de la culture de responsabilité dans le renforcement des aptitudes des employés

La culture de responsabilité est dynamique et complexe car elle prend en considération plusieurs dimensions qui affectent son intégration. Il s'agit ici de la dimension humaine qui définit le bon vouloir du niveau de responsabilisation des employés. En effet, la dimension sociale joue un rôle de facilitateur ou d'obstacle dans le développement des comportements responsables. Les employés sont aussi sous l'action directe par la perception du temps, du changement et de l'apprentissage. Ces trois facteurs sont déterminés en fonction des interactions internes. Le système social interactionnel représente donc un facteur déterminant du niveau d'engagement de l'équipe dirigeante et des employés².

La culture de responsabilité vise donc à transformer la culture organisationnelle à travers une acceptation de la prise de risque. Elle modifie la qualité de la stabilité au travail dans l'objectif d'obtenir des modifications intégratrices. Elle généralise l'esprit entrepreneurial et engagé des employés et développe aussi leur niveau de responsabilisation dans la compétition et le perfectionnement visant à accroître leurs qualités personnelles, sociales et professionnelles. Ces qualités se distinguent dans la progression de la motivation, de l'initiative, de la créativité, de la détermination, de la persévérance, de la débrouillardise, de l'esprit d'équipe, de leadership,

¹ Lundberg, C., Gudmundson, A., Andersson, T-D. *Herzberg's two factor theory of work motivation tested empirically on seasonal workers in hospitality and tourism*, *Tourism Management*, Vol. 30, N. 6, December 2009, pages 890-899, pp. 890-891.

² Kim, S., & al. *Cultural differences in motivation factors influencing the management of foreign laborers in the Korean construction industry*, *International Journal of Project Management*, Vol. 33, N. 7, October 2015, pages 1534-1547, pp.1534-1537.

de la confiance en soi, de la faculté de prise de décision, de l'acceptation de l'échec et de l'optimisme.

De ce fait, l'intégration de la culture de responsabilité est très importante car elle permet en premier lieu de valoriser le sens de l'initiative. Elle permet aussi d'encourager les employés à croire en leurs compétences. Cela emmène par ailleurs une régulation dans le niveau de centralisation du pouvoir décisionnel et consultatif descendant. La culture de responsabilité réduit entre autre le degré d'incertitude et les obstacles culturels en termes de changement.

1.3.2.3.3. Rôle de l'équipe dirigeante dans l'intégration de la culture de responsabilité

Le déficit en termes de compétence freine les employés dans leur motivation à une implication significative dans l'adoption de comportements responsables. Cela agit aussi sur leur motivation à la conduite d'actions de changements internes. L'équipe dirigeante a donc deux rôles à jouer dans le but de promouvoir en premier lieu la culture de responsabilité. Elle doit en premier lieu sensibiliser les employés aux apports du renforcement des valeurs et aux normes et comportements responsables. Dans ce contexte, elle doit introduire les employés aux notions de responsabilité sociétale, culture de responsabilité, et de responsabilisation partagée. Cette introduction a pour but de réduire la perception du risque liée aux changements internes à opérer.

Le deuxième rôle de l'équipe dirigeante est l'accompagnement des employés dans le renforcement des valeurs de responsabilité. Cet accompagnement vise à décentraliser et à responsabiliser tout en limitant la prise de risque¹. L'accompagnement de l'équipe dirigeante vise à acquérir et à développer les savoirs dans les domaines managérial, juridique, scientifique et technologique pour générer un environnement de travail adéquat au renforcement de la culture de responsabilité par les employés.

1.3.3. Facteurs renforçant la culture de responsabilité des employés

L'existence d'une culture de responsabilité dans l'organisation permet un renforcement de la sensibilisation des employés dans tout niveau hiérarchique confondu. Afin d'apporter des changements significatifs dans l'organisation, la culture de responsabilité ne doit pas représenter uniquement une culture orientée par l'équipe dirigeante. De ce fait, les employés

¹ Panagiotis, M., Alexendros, S., George, P. *Organizational culture and motivation in the public sector : the case of the city of Zografou*, *Procedia Economics and Finance*, Vol. 14, 2014, pages 415-424, pp.416-418.

doivent à leur tour développer leur culture de responsabilité à travers le renforcement de leur niveau de sensibilisation aux valeurs, comportements et actions qui en découlent.

1.3.3.1. Motivation des employés à la culture de responsabilité

Le niveau de motivation des employés dépend de leur satisfaction des besoins tant psychologiques que matériels. Cette motivation est en relation avec leur niveau d'implication et d'engagement dans leur environnement de travail. Par ailleurs leur satisfaction entraîne une sensibilisation à l'engagement dans la culture de responsabilité à travers le développement de leurs valeurs de responsabilité¹. Cette implication résulte des besoins des ressources, de bien-être, d'accès aux opportunités et de détermination dans le travail. La motivation des employés dépend de la satisfaction aux facteurs internes et externes. Ces facteurs déterminent leur perception de leur environnement, leurs comportements et leurs visions tant individuels que partagés.

La motivation des employés est déterminée par la mesure de leur satisfaction ainsi que de leur insatisfaction quant à leur environnement de travail. Une insatisfaction de l'environnement de travail entraîne un désengagement vis-à-vis de tout engagement sociétal dans l'organisation. C'est dans ce sens que l'équipe dirigeante joue un rôle central dans l'identification des risques et des incertitudes organisationnels qui représentent des facteurs d'insatisfaction². Celle-ci doit prendre en compte les attentes, les peurs, les perceptions, les besoins et les perspectives des employés afin de les engager dans des démarches de renforcement de la culture de responsabilité.

Les facteurs de démotivation représentent des éléments d'hygiène qui affectent fortement les besoins basiques représentés dans la pyramide de Maslow³. L'insatisfaction de ces variables accroît la démotivation et le développement des comportements individualistes et indifférents. Les facteurs de motivation extrinsèques déterminent la satisfaction de leurs besoins supérieurs. Les différents travaux sur la motivation démontrent que ce niveau de sensibilisation à ces facteurs ainsi que le niveau de motivation diffèrent en fonction des catégorisations sociales des employés. L'impact de ces facteurs dépend de la personnalité ainsi que de la perception

¹ Abbas, R. & al. *Comparaison des caractéristiques et des motivations des médecins expatriés français et britanniques*, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 63, N. 1, Février 2015, pages 21-28, pp.21-23.

² Ireche, A., Mezhouda, A. *Proposition d'une typologie des transactions fondée sur la confiance entre managers et propriétaires*, *Revue Libanaise de Gestion et d'Economie*, Vol. 2, N. 3, 2009, pages 86-126.

³ Tesavrita, C., Suryadi, D. *Identification of Herzberg's motivator-hygiene factors for SME's workers: case study of SME in Bandung, Indonesia*, *Procedia Economics and Finance*, Vol. 4, 2012, pages 299-303.

personnelle et collective. Cela est régulé en fonction de l'importance que les employés accordent à l'appartenance, à la réalisation de soi et à l'importance du pouvoir interactionnel.

1.3.3.1.1. Importance des relations interpersonnelles basées sur la confiance entre l'équipe dirigeante et les employés

La qualité des relations interpersonnelles entre l'équipe dirigeante et les employés influent fortement sur leur niveau de motivation à la culture de responsabilité. Celle-ci est proportionnelle au niveau de confiance mutuelle entre les deux parties. La confiance mutuelle représente une construction des perceptions ascendantes et descendantes des différentes parties. Même si la confiance mutuelle dépend de plusieurs paramètres, les orientations du leadership appliqué représentent un point central. Cela démontre le poids de la qualité de la représentation et de la communication sociale dans le renforcement des valeurs de responsabilité¹.

Le style du leadership appliqué oriente les pratiques managériales et les interactions internes. Cela régule le climat relationnel qui définit les influences sociales internes. La confiance mutuelle favorise le renforcement de la confiance ascendante. Cette confiance dans le leadership par les employés représente la vraie autorité hiérarchique. Celle-ci renforce le contact psychologique entre les employés et l'équipe dirigeante. L'existence de cette confiance renforce la motivation des employés à s'engager d'une manière significative dans une orientation à long terme dans l'organisation². La confiance dans les relations interactionnelles permet donc de développer une sous-culture de responsabilité propre aux employés qui découle de la force de la culture de responsabilité institutionnelle.

Une faible confiance se traduit par le renforcement des sentiments de peur, d'anxiété, de colères et de malentendus. La multiplication des facteurs de désengagement et de démotivation réduisent systématiquement le niveau de motivation dans le renforcement des valeurs responsables conduites par l'équipe dirigeante. Cela montre qu'une forte confiance permet de prendre en compte des facteurs psychologiques qui définissent les besoins et attentes des parties. Elle permet par ce biais de renforcer une relation consensuelle réciproque. La confiance représente une construction de comportements mutuels et une foi tant ascendante que

¹ Ait Errays, N., Hattabou, A. *L'effet modérateur de la confiance et de l'engagement sur la relation entre l'orientation entrepreneuriale et la performance*, La Revue Gestion et Organisation, Vol. 7, N. 1, Mars 2015, pages 57-68, pp.57-59.

² Goldsmith, E-B. *Work efficiency and motivation*, Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition), 2012, pages 697-702, pp. 697-699.

descendante. Elle régule les dynamiques relationnelles et les perceptions existantes entre les employés et l'équipe dirigeante¹.

La confiance dans le leadership représente la perception de la crédibilité de confiance de l'autorité formelle. Cette perception de la confiance dépend des comportements et de la transparence des visions/stratégies assignées par l'équipe dirigeante. La confiance est aussi proportionnelle à la capacité de l'équipe dirigeante à conduire d'une manière efficace le développement de la culture de responsabilité. Elle est aussi proportionnelle au niveau d'engagement de celle-ci à travers la conduite d'actions de sensibilisation. Cela, à travers l'existence d'une relation positive entre l'assignation des objectifs et les attitudes professionnelles de l'équipe dirigeante. De ce fait, la confiance dans le leadership dépend de l'existence d'une confiance mutuelle basée sur une relation dynamique de respect et d'échange. Cette relation varie en fonction des besoins des employés, des spécificités environnementales et temporelles.

1.3.3.1.2. Confiance dans le leadership comme facteur de régulation de la motivation des employés

Les orientations managériales résultantes du leadership appliqué orientent la qualité des prises de décisions. Elles influent sur le niveau de centralisation du pouvoir et des flexibilités procédurales. Ces orientations définissent la perception de l'équipe dirigeante comme des leaders réceptifs au feedback. La confiance accordée par les employés à l'ensemble de ces points représente un facteur déterminant de leur niveau de motivation à la culture de responsabilité.² La confiance dans le leadership régule l'influence sociale ascendante et la qualité des interactions. Elle favorise la motivation des employés et la satisfaction de leurs besoins. Cette satisfaction consolide leur niveau d'implication. La confiance dans le leadership renforce le partage des valeurs organisationnelles communes. Ces employés soutiennent par ce biais l'acceptation et l'adoption des normes et règles de conduites basées sur les principes de la responsabilité sociétale.

La satisfaction du leadership par les employés génère une confiance ascendante. Celle-ci favorise la motivation à travers une favorable adhésion aux valeurs responsables. Cela démontre que l'uniformité représente un facteur de partage de croyances communes et

¹ Antep, Z., & al. *For strategic planning of healthcare management: the effect of mobbing on motivation of healthcare providers*, *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, Vol. 58, 12 October 2012, pages 606 – 613, pp. 607-608.

² Toode, K., Routasalo, P., Suominen, T., *Work motivation of nurses : A literature review*, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 48, N. 2, February 2011, pages 246 – 257, pp. 246-247.

consensuelles entre l'équipe dirigeante et les employés. Toutefois, le niveau de confiance dans le leadership influe différemment sur les facteurs de motivation et de démotivation des employés. La confiance apporte une sécurité et un bien-être au travail. Cela permet de satisfaire les besoins primaires et supérieurs¹.

La confiance accordée à chaque composante du leadership agit différemment sur les facteurs de motivation et les facteurs d'hygiène. La confiance mutuelle favorise la volonté de s'impliquer en réduisant les influences de pouvoir ou de contrôle². Cette confiance génère les conditions favorables à l'accroissement de la motivation à la responsabilisation. La confiance dans le leadership met donc en lien 4 points qui sont la motivation, le niveau d'implication, la qualité des interactions et la confiance mutuelle.

1.3.3.2. Réduction de l'hostilité de l'environnement de travail

L'accroissement des facteurs de démotivation est dû à un affaiblissement des facteurs de motivation. Même s'il existe des différences entre les sources de motivation et de démotivation, ces facteurs font partie d'un même système qui détermine le niveau de satisfaction et d'insatisfaction. L'accroissement des facteurs de démotivation est dû à la perte de confiance quant à la fiabilité de l'équipe dirigeante. L'application d'un leadership non centré sur la confiance mutuelle détériore la perception et le climat relationnel entre les employés et l'équipe dirigeante. Or, l'existence d'une relation interactionnelle basée sur la confiance engendre un environnement de travail optimal pour le renforcement des valeurs et des pratiques de la culture de responsabilité.

1.3.3.2.1. Fiabilité du management

L'équipe dirigeante joue un rôle central dans le renforcement des facteurs de motivation des employés. Leur niveau de sensibilisation dépend donc des actions entreprises en vue de mettre en place un environnement sécurisant et transparent. La culture de responsabilité doit donc être associée à une image d'amélioration de la fiabilité du management. L'intégration des nouvelles valeurs et normes induit des facilitations procédurales visant à améliorer les processus managériaux interactionnels. Les employés sont très sensibles à la confiance accordée quant à la transparence informationnelle, la qualité des prises de décisions et à la fiabilité de l'équipe

¹ Banerjee, A. *Integrating human motivation in service productivity*, *Procedia Manufacturing*, Vol. 3, 2015, pages 3891-3598, pp.3891-3892.

² Chen, I-R., Guo, J. *Hierarchical trust management of community of interest groups in mobile ad hoc networks*, *Ad Hoc Networks*, Vol. 33, October 2015, pages 154-167, pp.155-156.

dirigeante. Avoir une orientation managériale favorable à l'échange, à la transparence et à l'amélioration continue favorise la confiance ascendante¹. Cette confiance incite à un engagement favorable et volontaire des employés dans le renforcement de la culture de responsabilité. Elle engendre ainsi un environnement de travail favorisant une adhésion aux pratiques managériales.

1.3.3.2.2. Orientations décisionnelles

Il existe une relation interdépendante positive entre la confiance accordée à la qualité des prises de décisions, au management des crises, à la valorisation des employés et aux flexibilités procédurales appliquées. Les facteurs de démotivation et le niveau de démotivation des employés engendrent la perte de la confiance ascendante. La non-satisfaction des qualités des prises de décisions souligne une centralisation de pouvoir et une faible consultation des employés. Cette insatisfaction concerne aussi le manque d'asymétrie lié aux procédures et œuvres de résolutions des crises et problèmes internes. Cela entraîne une relation d'autoritarisme entre les deux parties à travers une image et une perception de subordination. Or, l'un des principes de la culture de responsabilité est d'accroître le travail en réseau à travers une décentralisation et une implication équitable et transparente de l'ensemble des acteurs.

La perception des employés de la confiance accordée par l'équipe dirigeante influe donc sur leur niveau de confiance et de motivation. Cela est donc perçu comme une reconnaissance tant professionnelle qu'individuelle. Leur niveau de motivation est donc valorisé grâce à la satisfaction du besoin d'appartenance et de reconnaissance². La motivation à la culture de responsabilité des employés dépend donc du niveau de décentralisation du pouvoir qui est associé à l'épanouissement des employés au travail. Cette motivation entraîne ainsi que le renforcement des comportements conformistes, engagés et intégrateurs. Ils réduisent de ce fait les attitudes individualistes et opportunistes qui découlent du désengagement.

1.3.3.2.3. Qualité du bien-être au travail

Il existe une relation d'interdépendance négative entre la mise en place des flexibilités procédurales et le management des crises. La liberté d'action permettant ainsi de réduire le poids des procédures administratives dans les activités organisationnelles est perçu comme une

¹ Pucetaite, R., *Stimulating organizational innovativeness through ethical leadership practices: the mediating role of organizational trust*, *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, Vol. 156, November 2014, pages 231-235, pp.231-232.

² Barger, L., Lehn, K., Smith, J. *Employee-management trust and M&A activity*, *Journal of Corporate Finance*, Vol. 35, December 2015, pages 389-406, pp.390-392.

confiance accordée par l'équipe dirigeante. Cette flexibilité réduit les conflits et problèmes internes¹.

La prise de l'initiative, la décentralisation des prises de décisions et la consultation détruisent les crises internes. Ces facteurs motivent alors à la responsabilisation partagée à travers la perception des avantages de la participation active. La motivation à la culture de responsabilité est renforcée par l'opportunité de proposer des solutions intégrées. Cela permet d'optimiser l'intérêt commun et de renforcer les valeurs partagées². Ces valeurs sont donc acceptées et transformées en habitudes de travail basées sur la confiance mutuelle. La motivation à la culture de responsabilité est donc interdépendante avec la qualité du bien-être au travail.

1.3.3.3. Prise en compte de l'identité sociale des employés

Les employés ont une perception différente des avantages liés à l'intégration et au renforcement de la culture de responsabilité. Les différences catégorielles des employés en termes d'âge, de sexe, de statut et d'appartenance définissent les orientations de leurs priorités, attentes et besoins.

1.3.3.3.1. Prise en compte des spécificités des groupes catégoriels dans la motivation à la responsabilisation

Les sources de motivation varient en fonction des besoins propres à chaque groupe catégoriel des employés. Toutefois, la motivation à la responsabilisation doit engendrer une plus-value dans l'organisation. Sa perception comme une charge supplémentaire entraîne un désengagement. Aussi, l'équipe dirigeante doit prendre en compte les attentes spécifiques de chaque groupe catégoriel afin d'investir des actions visant à renforcer leurs valeurs. L'implication de l'équipe dirigeante réduit les différences entre les groupes notamment le choc générationnel entre les employés. La motivation à la responsabilisation reflète donc

¹ Boies, K., Fiset, J., Gill, H., *Communication and trust are key: Unlocking the relationship between leadership and team performance and creativity*, The leadership quarterly, Vol 26, N. 6, December 2015, pages 1080-1094, pp.1080-1085.

² Chatzopoulou, M., Vlachvei, A., Monovasilis, T. *Employee's motivation and satisfaction in light of economic recession : Evidence of Grevena prefecture-Greece*, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 24, 2015, pages 136-145, pp.136-137.

l'intervention de l'équipe dirigeante dans la valorisation des compétences, dans la réduction des facteurs d'hygiène ou dans la valorisation du système social interactionnel¹.

1.3.3.3.2. Prise en compte des spécificités des groupes catégoriels dans la démotivation à la responsabilisation

Le niveau de sensibilisation des employés aux facteurs de démotivation ou de désengagement à la responsabilisation diffère d'un groupe catégoriel à un autre. Toutefois, les employés développent des craintes liées au renforcement de la culture de responsabilité. Ces peurs et incertitudes reflètent des limites liées à la prise de risque à travers la responsabilisation partagée. La culture de responsabilité doit donc représenter une démarche d'apprentissage progressive. La responsabilisation partagée doit maintenir un niveau de sécurisation professionnelle et sociale dans l'organisation. Cela permet de réduire les facteurs d'insatisfaction liés aux différentes attentes des employés².

La conduite de la culture de responsabilité par les employés doit être accompagnée par un système d'accompagnement et de facilitation. La multiplication des facteurs d'autorité, de contrôle et de sanction entraîne une insatisfaction face aux bienfondés de la culture de responsabilité. La prise en compte des spécificités propres aux groupes catégoriels réduit les barrières internes engendrées par la multiplication des démarches d'exécution. Cela permet de se focaliser sur le renforcement de démarches favorisant le consensus entre l'ensemble des groupes à travers la réduction de la bureaucratie et du poids de l'autorité informelle.

1.3.3.3.3. Prise en compte des spécificités des groupes catégoriels dans l'engagement à long terme

La prise en compte des spécificités des groupes catégoriels permet d'identifier les valeurs innées, construites et épousées propres à chaque groupe³. Cela confirme une orientation individualiste ou collectiviste dans l'organisation. La prise en compte des différences permet à l'équipe dirigeante de se focaliser sur l'accroissement des sources d'avancement dans les carrières pour les orientations individualistes. Sur un autre plan, cela facilite le renforcement du climat interactionnel pour les employés valorisant la qualité du bien-être au travail. La

¹ Rusu, G., Avasilcai, S., *Linking human resources motivation to organizational climate*, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 124, 20 March 2014, pages 51-58, pp.51-53.

² Dejoux, C., Wechtler, H., *Diversité générationnelle : implications, principes et outils de management*, Revue Management & Avenir, N. 43, Mars 2011, pages 227-238, pp. 228-231.

³ Collette, S., Batal, C., Carre, P., *L'atout senior : relations intergénérationnelles, performance, formation*, Ed. Dunod, Paris, 2009, pp. 35-41

conduite du renforcement de la culture de responsabilité s'accompagne à travers un engagement à long terme. Toutefois, l'équipe dirigeante doit prendre en compte les facteurs engendrant un niveau d'engagement stable et continu en l'adaptant aux attentes de chaque groupe.

Cette section a permis de recenser les principaux travaux réalisés autour de la notion de la culture organisationnelle. Les auteurs lient la culture organisationnelle au leadership, à la motivation, à la responsabilisation, au management et au climat social dans l'organisation. Cela démontre que la force de la culture organisationnelle nécessite l'existence simultanée de plusieurs conditions favorisant le développement non seulement des valeurs, normes croyances mais aussi des pratiques managériales qui en découlent. La section met en évidence aussi la sensibilisation des employés à la culture de responsabilité qui dépend de la force de la culture organisationnelle.

Par ailleurs, le niveau de sensibilisation et d'engagement des employés reflète une résultante des efforts fournis par l'équipe dirigeante dans la sensibilisation, la compréhension et la mise en place d'actions. Pour finir, les facteurs renforçant la culture de responsabilité des employés dépend de leur niveau d'implication dans la responsabilisation partagée. Toutefois, une régulation des échanges, des intérêts, de la qualité de l'harmonie au travail et de l'écart des différences idéologiques doit être prise en compte

Conclusion du chapitre

Ce premier chapitre a permis de présenter le canevas de la recherche. Il explique la pertinence du sujet à travers le rôle important de la régulation de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur un premier lieu. Il explique aussi la pertinence du renforcement de la culture organisationnelle comme première condition de sensibilisation à la culture de responsabilité sur un deuxième plan. Le chapitre démontre la pertinence de l'étude de la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité en prenant en compte les spécificités du management hospitalier. Par ailleurs, la recherche se focalise sur la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins afin d'apporter des recommandations visant à améliorer la performance hospitalière.

Le chapitre a défini les structures ainsi que le profil des médecins à analyser pour une meilleure compréhension des attentes et obligations des CHU. La recherche s'oriente vers une approche subjectiviste. Cela montre que le poids de l'autorité informelle et des relations interpersonnelles entre l'équipe dirigeante et les médecins sont prises en compte. La focalisation sur le poids de la hiérarchie informelle permet d'expliquer les sources des

différentes pressions engendrées. Elle explique aussi les orientations de perception et de motivation à travers la détermination des attentes visibles et cachées des médecins.

Le chapitre a ensuite retracer un état sur l'influence sociale de l'équipe dirigeante. Ce point a permis de comprendre l'importance de l'identité sociale, du poids de la perception de soi et des autres, et de l'importance accordé à l'appartenance au groupe. Il démontre que la qualité de la représentation sociale influe sur la perception positive de l'équipe dirigeante. Par ailleurs, celle-ci détermine le niveau de sensibilisation des médecins aux valeurs responsables et à la responsabilisation partagée. Ce chapitre illustre le renforcement de la culture de responsabilité qui est donc régi par des facteurs rationnels et des facteurs émotionnels. Ce deuxième type de facteur justifie le poids de la perception de l'influence ainsi que la fréquence des conflits interpersonnels.

Les pressions sociales représentent alors le pivot de la force des valeurs de responsabilité, du niveau de motivation à la responsabilisation et des limites engendrant un désengagement à travers une indifférence organisationnelle. Les résultats de ce chapitre permettent d'introduire la modélisation propre à la problématique à travers l'identification de la relation entre les deux variables dans un contexte hospitalier. Suite à cela, la problématique sera définie dans la finalité d'élaborer le modèle opératoire de la recherche.

Chapitre 2

*Modélisation à la problématique de
recherche*

Chapitre 2 : Modélisation à la problématique de recherche

Introduction du chapitre

Après avoir présenté le cadre conceptuel de la recherche dans le premier chapitre, ce deuxième est conçu pour permettre de réaliser une modélisation à la problématique de recherche. Ce chapitre traite de l'impact de l'influence par les valeurs sur la culture de responsabilité puis ensuite du rôle du post-new public management dans la régulation des influences qui affectent le niveau de responsabilisation des médecins. Le dernier point pris en compte dans cette partie de la thèse modélise le cadre opératoire de la recherche.

Ce chapitre met en avant l'effet du niveau d'implication de l'équipe dirigeante dans la sensibilisation à la culture de responsabilité. Il souligne notamment le conformisme imposé par l'équipe dirigeante et par les groupes influents en vue d'atteindre une acceptation volontaire ou involontaire des valeurs organisationnelles commandées par l'équipe dirigeante. Le chapitre approfondit la recherche conceptuelle en identifiant le poids des pressions de pouvoir engendrés dans le système social interactionnel dans l'hôpital.

Le chapitre démontre ensuite l'impact de l'intégration des pratiques basées sur les principes du post-NPM sur la motivation à la responsabilisation et sur le désengagement sociétal. Il aborde ensuite la relation d'interdépendance entre l'importance du management par la confiance, la confiance mutuelle et le niveau de sensibilisation à la responsabilisation. Ce chapitre explique ensuite le rôle des pratiques du post-NPM sur la régulation des jeux de pouvoir qui impactent sur la qualité du climat interactionnel.

Enfin, après avoir déterminé les différentes interactions qui expliquent la relation entre l'influence et la culture de responsabilité, ce chapitre définit le cadre opératoire de la recherche. Celui-ci se base sur l'énoncé de la problématique. Il permet à travers cela de vérifier les hypothèses de recherche à travers la réalisation d'un modèle opératoire.

2.1. Impact de l'influence par les valeurs sur la culture de responsabilité dans l'hôpital

Ce premier point établit l'impact de l'influence par les valeurs sur la culture de responsabilité. Pour cela, il aborde l'effet de l'implication de l'équipe dirigeante dans la sensibilisation à la culture de responsabilité. Il approche ensuite le poids du conformisme des valeurs des médecins aux valeurs de la culture de responsabilité conduite par l'équipe dirigeante. En dernier lieu, le poids des pressions de pouvoir engendré par les dimensions culturelles hospitalières sur la force des valeurs de responsabilité des médecins est largement expliqué dedans.

2.1.1. Effet de l'implication de l'équipe dirigeante dans la sensibilisation à la culture de responsabilité

L'équipe dirigeante joue un rôle stratégique dans la sensibilisation des médecins au développement d'une culture de responsabilité fondée sur le renforcement des valeurs organisationnelles responsables¹. Dans un souci de compétitivité et d'amélioration de la performance globale des hôpitaux, une grande importance est accordée à la satisfaction des parties prenantes internes dont les médecins. Cette satisfaction permet d'optimiser leur motivation à participer efficacement dans le renforcement de la culture hospitalière à travers le développement des valeurs et comportements intégrateurs².

Chaque partie prenante et principalement les médecins doivent être conscients de leur responsabilité et de leur rôle stratégique dans l'intégration de valeurs morales, sociales, éthiques et environnementales³. Cependant, la diversité des profils, des compétences et des obligations peut freiner le niveau de sensibilisation et d'engagement. L'équipe dirigeante a donc un rôle stratégique dans la sensibilisation des médecins à ces valeurs en vue de l'application de pratiques responsables.

¹ Hamonet, C. & al., *La responsabilité médicale et la pratique de la médecine physique et de réadaptation*, Ann Réadaptation Méd Phys, Vol. 43, 2000, pages 51 – 60, pp.51-53.

² Takahashi T., *Possibility for sustainable balanced scorecard to the hospital management in Japan*, 2e conférence internationale d'un tableau de bord équilibré en santé, Taipei, 2012, pp. 2-3.

³ Hitka, M., & al., *Corporate culture as tool for competitiveness improvement*, Business Economics and Management 2015 Conference, BEM2015, Procedia Economics and Finance, Vol. 34, 2015, pages 27 – 34, pp.28-29.

2.1.1.1. Rôle de la culture de responsabilité dans l'hôpital

La culture hospitalière représente un ensemble de représentations, de croyances, de valeurs et de normes qui sont partagées par les différents groupes hospitaliers exerçants au niveau de l'hôpital. Elle détermine la réussite organisationnelle à travers son influence sur la structure, la stratégie et la politique de l'hôpital. Son effet diffère en fonction du pouvoir, des tâches, des rôles et des sous-cultures propres aux groupes hospitaliers, aux catégories socioprofessionnelles et aux différentes appartenances des groupes hospitaliers qui symbolisent la partie prenante interne.

La culture hospitalière représente un système de compréhension et une programmation mentale qui doivent être appris et intégrés sur l'ensemble des niveaux hiérarchiques et des différents groupes de catégorisations différentes pour une meilleure sensibilisation. La culture hospitalière peut être réorientée mais doit prendre en compte les orientations idéologiques et les comportements partagés pour son renforcement. Elle influence donc le comportement des groupes hospitaliers en les orientant vers un changement progressif des valeurs et des comportements. Cela vise principalement la promotion des intérêts collectifs¹. La culture hospitalière affiche un système proactif qui définit et qui est défini par les pratiques de travail et les pratiques relationnelles. Celles-ci influent sur l'aspect formaliste de l'organisation à travers ses structures et processus et aussi sur l'aspect informel qui trace d'autres pressions et d'autres répartitions de pouvoir.

La culture de responsabilité dans l'hôpital permet d'incorporer des tableaux de bord équilibrés ayant afin de favoriser des pratiques sociétales. Elle crée un équilibre entre l'amélioration de la performance globale² hospitalière et la prise en compte des responsabilités des groupes hospitaliers à travers le développement des valeurs responsables et morales. Le renforcement de la culture de responsabilité dépend de la motivation de l'ensemble des parties dans l'engagement responsable et morale. Par ailleurs, elle représente l'initiative d'un management hospitalier responsable volontaire qui exclut les restrictions sociales et toute source de démotivation interne.

La culture de responsabilité dans l'hôpital agit aussi dans l'initiative d'une stratégie responsable en vue de promouvoir une perception positive de l'intégration des valeurs

¹ Toader, E., Damir, D., *Medical responsibility as moral and ethical foundation for the professional conduit*, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 149, 2014, pages 955 – 961, pp.955-959.

² Syafii, L. I., Thoyib, A., Nimram, U., *The role of corporate culture and employee motivation as a mediating variable of leadership style related with the employee performance (studies in Perum Perhutani)*, 2nd Global conference on business and social science-2015, GCBSS-2015, 17-18 September 2015, Bali, Indonesia, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 211, 2015, pages 1142 – 1147, pp.1142-1143.

responsables dans les stratégies et politiques de l'hôpital¹. La culture de responsabilité émet des actions organisationnelles, sociales et environnementales dans l'hôpital. Elle favorise donc l'engagement de tous dans l'amélioration continue des processus organisationnels. De même, elle favorise aussi l'engagement de tous dans la création d'un environnement de travail adéquat et motivant dans le respect de l'environnement à travers l'intégration des pratiques vertes.

2.1.1.2. Rôle de l'équipe dirigeante dans la sensibilisation aux valeurs et comportements responsables dans l'hôpital

L'implication de l'équipe dirigeante joue un rôle stratégique dans le renforcement de la culture de responsabilité dans l'hôpital. Les efforts de l'équipe dirigeante améliorent les processus de prise de décisions en mettant en place une vision stratégique responsable qui intègre des changements sociétaux positifs dans l'ensemble des niveaux hiérarchiques. Ces changements impliquent l'ensemble des groupes hospitaliers à des degrés différents. Le niveau d'engagement de l'équipe dirigeante accède à une adaptation des pratiques pour faciliter le changement organisationnel, le développement du degré de responsabilisation et le renforcement des implications/engagements². Cela admet une généralisation de valeurs responsables, morales et intégratrices.

Les actions sociétales émises par l'équipe dirigeante pour un renforcement de la culture de responsabilité dans l'hôpital sensibilisent les groupes hospitaliers à une amélioration de la réalité organisationnelle. Cette amélioration est réalisée à travers la réduction des ambiguïtés et des incertitudes. L'engagement de l'équipe dirigeante influe le niveau de participation et le niveau de motivation des groupes hospitaliers. Son degré d'engagement altère à des degrés différents et en fonction des groupes hospitaliers la situation. Les médecins représentent le groupe hospitalier le plus sensible aux différentes actions sociétales de sensibilisation pour leur rôle stratégique dans l'hôpital. Les médecins sont aussi fortement influés par le degré de cohérence des actions et des comportements de l'équipe dirigeante. Cette influence agit pour l'intégration d'une meilleure adaptation et adhésion aux valeurs, visions et pratiques responsables et intégratrices³.

¹ Takahashi, T., Ellen, M., Brown, A., *La responsabilité sociale des entreprises et les hôpitaux : une théorie américaine, des expériences japonaises et des leçons pour les autres pays*, *Forum Gestion des soins de santé*, Hiver 2013, pages 180-183, p.180.

² Hofstede, G., Hofstede G.J., Minkov, M., *Cultures and organisations: software of the mind*, Ed. McGraw-Hill, New York, 2010, pp.23-51.

³ Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V., Savoie, A., *Validation d'une mesure de santé psychologique au travail*, *Revue européenne de psychologie appliquée*, Vol. 61, 2011, pages 195–203, pp.196-197.

L'engagement et l'implication de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité dans l'hôpital permet de mettre en place un leadership démocrate et intégrateur. Ce style de leadership intègre des valeurs morales et l'adoption des comportements organisationnels responsables par les médecins. Son application conditionne le système de compréhension partagé et détermine la qualité des échanges et des relations informelles entre les médecins et le reste des groupes hospitaliers de niveaux hiérarchiques confondus¹. Cela intègre le respect des relations formelles et hiérarchiques pour lutter contre toute forme de contre-culture².

En effet, la satisfaction et la motivation des médecins permet de trouver un équilibre entre les valeurs de la culture de responsabilité de l'hôpital et les valeurs des sous-cultures existantes. La culture de responsabilité développe donc les valeurs organisationnelles responsables qui font comprendre et orienter les médecins vers des actions responsables, morales et intégratrices. Cependant, la sensibilisation et l'importance accordées aux valeurs diffèrent d'un groupe à un autre et d'un grade à un autre au sein même du groupe hospitalier composé par des médecins. L'équipe dirigeante doit alors identifier les croyances et actions qui motivent les médecins dans le cadre du développement de leurs comportements, attitudes et valeurs responsables.

De ce fait, le développement d'une culture de responsabilité dépend premièrement de la spécificité de l'environnement interne. Cette spécificité est en liaison directe avec la perception de la qualité du climat organisationnel et les interactions sociales internes. Son développement dépend aussi des normes, principes et comportements des médecins, des groupes hospitaliers et de l'équipe dirigeante qui sont en relation d'interdépendance. Ce système social interactionnel définit la qualité des relations interactionnelles existantes.

Le degré d'implication de l'équipe dirigeante dans le développement d'une culture de responsabilité des médecins dans l'hôpital permet de prendre en compte le degré de responsabilisation au niveau individuel et organisationnel³. Cela permet d'intégrer les identités individuelles propres aux médecins dans l'identité de l'hôpital qui est articulée par des

¹ Altindag, E., Kosedagi, Y., *The Relationship between Emotional Intelligence of Managers, Innovative Corporate Culture and Employee Performance*, 4th International Conference on Leadership, Technology, Innovation and Business Management, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 210, 2015, pages 270 – 282, pp. 271-274.

² Sinkowitz-Cochran, R. L., & al. *The associations between organizational culture and knowledge, attitudes and practices in multicenter Veterans Affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant Staphylococcus aureus*. *Am J Infect Control*, Vol. 40, 2012, pages 138-143, pp. 139-141.

³ Schein, E., *Organisational culture and leadership*, Ed. Jossey-Bass, San Francisco, 1995, pp.28-49.

significations partagées¹. Le degré d'implication de l'équipe dirigeante influe donc sur trois niveaux. Le premier étant le niveau d'implication et d'engagement des médecins dans des actions volontaires responsables. Le deuxième étant l'image perçue des actions responsables conduites par l'équipe dirigeante dans l'hôpital. Le troisième niveau représente les actions de sensibilisation et d'intégration des médecins dans le processus de développement de la culture de responsabilité.

Sachant qu'il s'agit d'actions volontaires émises par les médecins, l'équipe dirigeante doit intégrer des pressions implicites organisationnelles poussant les groupes hospitaliers à adopter un comportement responsable². L'équipe dirigeante doit aussi transférer et communiquer les valeurs de la culture de responsabilité qu'elle souhaite appliquer à ses pratiques organisationnelles responsables³. La coopération, la consultation et le niveau de décentralisation de pouvoir vers les médecins facilitent leurs intégrations et leurs adhésions à ces valeurs. Cela accède ailleurs à une meilleure entente et un meilleur niveau d'engagement en vue de leur responsabilisation. Toutefois, cela n'est possible qu'à travers le lancement de différents plans responsables conduits par des médecins.

L'implication de l'équipe dirigeante sensibilise alors les médecins à l'amélioration de leur compétence et à leur responsabilité morale et professionnelle. Cela induit ainsi à les responsabiliser aux valeurs de justice et de bien quant aux standards des pratiques médicales et aux interprétations d'éthiques. Les valeurs responsables transmises par l'équipe dirigeante permettent d'associer la notion de performance médicale à leur niveau d'attention, d'intégrité, de compassion et de confidentialité⁴.

Ces valeurs acquises par l'équipe dirigeante améliorent aussi le consentement éclairé à travers la réduction des conflits d'approches déontologiques⁵. A travers cela, une meilleure qualité de communication et d'échange est installée entre les groupes hospitaliers. Cela améliore à son tour la qualité de vie dans l'hôpital.

¹ De Bono, S., Heling, G., Borg, M.A., *Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions*, Journal of Hospital Infection, Vol. 86, 2014, pages 1-6, p.1.

² Sehlen, S., & al., *Jobstress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of LifeWork Group*, Radiat Oncol, Vol. 6, February 2009, pages 4 – 6, pp.2-3.

³ Laurent, J., Bragard, I., Couke, P., Hnasz, I., *Conditions de travail, stress et burnout des professionnels belges de radiothérapie : analyse comparative et exploration du rôle du travail émotionnel*, Cancer/Radiothérapie, Vol. 19, 2015, pages 161–167, pp.161-163.

⁴ Schpens, F., *Participer pour rendre le travail possible : Les « staffs » en unités de soins palliatifs*, Sociologie du travail, Vol. 57, 2015, pages 39–60, pp.39-44.

⁵ Dabija, D. C., Babut, R., *Empirical Study on the Impact of Service, Communication and Corporate Social Responsibility on the Image of Romanian Retail Brands*, 2nd World Conference On Business, Economics And Management - WCBEM2013, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 109, 2014, pages 906 – 912, p. 907.

L'implication de l'équipe dirigeante développe des valeurs déontologiques et utilitaristes en vue d'une sensibilisation aux principes d'autonomie, de dignité et de respect de soi et des autres, cela orientent vers des pratiques gagnant-gagnant. Celles-ci favorisent des comportements d'auto contribution et de conscience des conséquences des actions tant médicales, comportementales que verbales des médecins. L'équipe dirigeante joue aussi un rôle stratégique dans la sensibilisation des médecins aux impacts médicaux, sociaux et économiques des erreurs professionnelles et médicales¹. Entre autre, cela favorise un travail d'équipe et une meilleure répartition des tâches.

Le degré d'implication de l'équipe dirigeante détermine le niveau de sensibilisation à une auto conscience vis-à-vis de l'adoption des comportements responsables et des obligations professionnelles. Cela est réalisé à travers le développement des valeurs comme l'amélioration des relations médecins-patients et l'équité dans la santé.

L'équipe dirigeante doit alors s'investir pour développer la valeur de la santé pour tous permettant de responsabiliser les médecins à la prise de risque. L'équipe dirigeante joue aussi un rôle dans le développement des valeurs d'éthique, de prudence, de dévotion, de surpassement de soi et d'acceptation des différences culturelles de nature ethnique, idéologique ou organisationnelle.

2.1.1.3. Effet de la force de la culture organisationnelle sur le développement des valeurs responsables des médecins

Les orientations managériales de l'hôpital sont régies par des dimensions culturelles représentant des références construites et partagées. Elle est sous influence des variations environnementales dont les spécificités de la culture nationale et de la culture locale². Elle est cependant aussi composée de spécificités liées à sa propre sous-culture en fonction de ses parties prenantes et de son histoire. La culture hospitalière représente un ensemble de composantes culturelles de l'hôpital. La force de la culture hospitalière impacte sur le renforcement des valeurs organisationnelles des parties prenantes dont les médecins.

De nombreux travaux étudient l'action de la force de la culture organisationnelle sur les valeurs des employés mais aussi sur le management appliqué. Cela permet de prendre en compte les caractéristiques des valeurs et pratiques d'un groupe social selon son appartenance

¹ Minvielle, E., & al., *Evaluation de la culture et de l'organisation des services de réanimation*, Réanimation, Vol. 12, 2003, pages 25–30, p.26.

² Lee, Y., Kramer, A., *The role of purposeful diversity and inclusion strategy (PDIS) and cultural tightness/looseness in the relationship between national culture and organizational culture*, Human Resource Management Review, In Press, accepted, accessible on line since 23/01/ 2016.

culturel. L'hôpital représente alors une organisation composée de cultures organisationnelles dominantes, de sous-cultures et de valeurs organisationnelles¹. La force de la culture hospitalière agit donc sur la manière de penser, sur les priorités, sur les idées développées et sur le comportement adopté par les parties prenantes internes dont les médecins².

La force de la culture organisationnelle dans l'hôpital varie selon les spécificités propres aux groupes, aux catégories et aux différentes appartenances. Les médecins peuvent donc percevoir la culture organisationnelle différemment par rapport aux autres corps hospitaliers. La différence de perception concerne la force de la culture ainsi que le développement d'une image positive incitant à adhérer à ses valeurs. La différence des perceptions justifie la différence du niveau d'implication ou de sensibilisation aux valeurs organisationnelles³. La différence de perception permet aussi d'orienter les médecins vers de nouvelles valeurs et vers des comportements visant à promouvoir l'intérêt général de l'hôpital.

2.1.1.4. Réactivité des médecins aux actions de renforcement de la culture de responsabilité

Les actions de renforcement de la culture de responsabilité conduites par l'équipe dirigeante aboutissent à une réactivité des médecins. Cette réactivité est liée à la relation entre leur engagement dans l'amélioration de la performance sociétale. Elle est aussi liée à la nécessité de formation des médecins et de l'équipe dirigeante dans les principes de la culture de responsabilité afin de mener à bien les actions sociétales⁴. Les actions de renforcement agissent aussi sur la relation entre le niveau de sensibilisation des médecins aux actions de sensibilisation et la force de leur conscience et de l'habileté à l'échange. Ces actions ont aussi l'effet de réactivité sur le niveau d'auto et d'inter-sensibilisation à l'engagement dans la responsabilisation partagée.

L'importance de la formation des médecins et de l'équipe dirigeante aux pratiques responsables engendre une meilleure exécution des actions sociétales. Cela permet par ailleurs une meilleure sensibilisation des médecins à l'engagement dans des actions écologiques et à l'adoption des bons comportements pour une amélioration du climat du travail. Cela montre

¹ Castello, I., Lozano J.M., *Searching for new forms of legitimacy through corporate responsibility rhetoric*, Journal of Business Ethics, Vol. 100, 2011, pages 11-29, pp.11-13.

² Borzeix, A., Charles, J., Zimmermann, B., *Réinventer le travail par la participation : Actualité nouvelle d'un vieux débat*, Sociologie du travail, Vol. 57, 2015, p.1-19, pp.1-4.

³ Sainsaulieu, I., *Les appartenances collectives à l'hôpital*, Sociologie du travail, Vol. 48, 2006, pages 72-87, pp.72-76.

⁴ Nutley, S. M, Mannion, R., *Organisational culture and quality of health care*, Qual Health Care, Vol. 9, 2000, pages 111 – 119, pp.111-112.

qu'il existe un fort lien entre le niveau de sensibilisation aux valeurs responsables et les actions entreprises par l'équipe dirigeante. En effet, l'intensification des actions de sensibilisation au développement de la culture de responsabilité conduites par l'équipe dirigeante génère une augmentation de la sensibilisation des médecins aux valeurs de responsabilité¹. Mais aussi, le désengagement total, l'insensibilité et le manque de participation des médecins à ces actions entraînent aussi un désengagement hiérarchique.

Les actions de renforcement de la culture de responsabilité n'agissent pas uniquement sur l'augmentation de la sensibilisation des médecins. Elles désignent aussi l'importance des actions de sensibilisation aux valeurs sociales sur la sensibilisation à la conscience morale et à l'amélioration de la qualité des échanges². Par ailleurs, le renforcement de la sensibilisation aux valeurs sociales renforce la responsabilité et la conscience morale. Nonobstant, ce renforcement n'est pas proportionnel à l'amélioration de la qualité des échanges et du dialogue³. De ce fait, la qualité des échanges dépend avant tout des jeux de pouvoir mais aussi de l'existence de l'ensemble des bonnes conditions de travail déterminant la performance hospitalière.

Les actions de renforcement induisent une sensibilisation à la responsabilité des médecins dans la sensibilisation à l'engagement médical, organisationnel, moral et scientifique. Cette sensibilité au renforcement des valeurs responsables des médecins est continue et proportionnelle à l'efficacité des actions conduites par l'équipe dirigeante⁴. Toutefois, ce niveau est lié à la personnalité et aux valeurs propres des médecins et à l'environnement interne ou externe de l'hôpital. Il dépend aussi d'autres conditions qui peuvent être dépendantes ou indépendantes à la voie hiérarchique⁵. Les actions de renforcement doivent être adaptées en fonction des attentes propres à chaque groupe catégoriel des médecins.

Cela montre que la réceptivité et la réactivité des médecins aux actions de consolidation dépendent du niveau d'intérêt que ceux-ci accordent aux avantages à introduire avec le renforcement de la culture de responsabilité. Cela confirme que l'équipe dirigeante peut être freinée par le coup d'investissement que représente la mise en œuvre des actions sociétales dans un environnement où il y a une faible sensibilisation aux valeurs responsables. C'est dans ce

¹ Segrestin, B., Hatchuel, A., *Refonder l'entreprise*, Ed. Le Seuil, Paris, 2012, pp.35-48.

² Bragard, I., Hansez, I., Couke, P., *Working conditions, job strain and work engagement among Belgian radiation oncologists*, *Cancer/Radiothérapie*, Vol. 18, 2014, pages 723–729, p.723-724.

³ Ross, E. G., *A Call to Integrate Ethics and Evidence-Based*. *Medicine Virtual Mentor*, Vol. 15, N. 1, 2013, pages 86-89, pp.86-87.

⁴ Barbier M., Hansez H., Chmiel N., Demerouti E., *Performance expectations, personal resources, and job resources: how do they predict work engagement?* *Eur J Work Organ Psychol Health*, Vol. 18, 2012, pages 215–231, pp. 217-218.

⁵ Wohlgemut, J. M., Jansen, J. O., *The principles of non-operative management of penetrating abdominal injury*, *Trauma*, Vol. 15, 2013, pages 289-300, pp.290-291.

sens que l'équipe dirigeante doit s'investir dans la sensibilisation vers le volontarisme volontaire. Cela renforce une perception positive de la culture de responsabilité par les médecins¹. Cette perception positive incite les médecins à représenter cette culture comme une opportunité de changement intégrateur et non comme une surcharge des obligations de travail². Cela prouve que le développement de la culture de responsabilité dépend donc de la motivation et du niveau d'engagement de l'ensemble des parties prenantes internes en vue de l'interdépendance entre les deux parties. Cette interdépendance représente par conséquent le pivot de l'intégration de la responsabilisation partagée entre l'ensemble des acteurs.

2.1.2. Conformisme des valeurs des médecins aux valeurs de la culture de responsabilité de l'équipe dirigeante

Comme le fait émerger Kathri, gérer la performance hospitalière implique à parvenir à un alignement et à une intégration des différentes sous-cultures qui s'y confrontent quotidiennement. Dans une perspective de théorie de l'agence, au sein d'une structure hospitalière responsable, cette intégration vise en priorité à réduire les conflits d'agence nés de la disparité des vécus³. Elle vise aussi à réduire les attentes et les perceptions des multiples acteurs de l'hôpital. La perception de l'équipe dirigeante représente le principal inducteur de la performance hospitalière.

La perception induit à son tour la conception de la culture de responsabilité que l'équipe dirigeante véhicule. Le niveau d'intégration des sous-cultures des médecins dans la culture organisationnelle hospitalière de l'équipe dirigeante représente une forme de conformisme explicite ou implicite⁴. Ce niveau d'intégration entre les sous-cultures et la culture dominante représente aussi le niveau d'adhésion aux valeurs des groupes influents. Elle justifie par ce biais la perception commune du rôle de l'équipe dirigeante et du système de pouvoir qui régulent l'ensemble des relations interactionnelles.

¹ Robert, J., *Responsabilité sociale en entreprise et leadership : quelques questions*, Colloque Association internationale de sociologie (ISA/CR 10), IDHE, European sociological Association, Juin 2011, Paris-Cachan, pp. 2-5.

² Yucel, C., Karatas, E., Aydin, Y., *The Relationship Between the Level of Principals' Leadership Roles and Organizational Culture*, 3rd World Conference on Learning, Teaching and Educational Leadership, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 93, 21 October 2013, pages 415–419, pp.415-417.

³ Miniati, R., Frosini, F., Dori, F., *Chapter 9 – Integrated risk and quality management in hospital systems*, In Miniati, R., Iadanza, E., Dori, F., (Eds), *Clinical engineering: From devices to systems*, Ed. Academic Press, London, 2016, pages 117-130, pp.117-121.

⁴ Arokiasamy, A-R-A., Kaneasan Bin Abdullah, A-G., Ismail, A., *Correlation between cultural perceptions, leadership style and ICT usage by school principals in Malaysia*, Procedia – Social and Behavioral Sciences, Vol. 176, 2015, pages 319-332, pp.319-322.

2.1.2.1. Perception du système de pouvoir dans l'hôpital

Le système du pouvoir émerge des influences de pouvoir dans l'hôpital comme une question de recherche critique. La relation sociale entre les médecins et l'équipe dirigeante dans l'hôpital est régulée en fonction de leurs différentes interactions. Cette relation sociale représente l'expression d'un lien social. Celle-ci est régie par une affiliation et une attraction commune. Cette relation est pour la plupart du temps conventionnelle. Cependant, la force des interactions développe des relations non conventionnelles entre les deux parties.

La relation sociale entre les médecins et l'équipe dirigeante se développe avec l'existence de l'attachement et de la socialisation. L'existence des intérêts communs renforce ce processus relationnel. Celui-ci crée un besoin interdépendant entre les deux parties. Cette relation détermine la perception de l'autre¹, cela est relié non seulement à la proximité, mais aussi à la similarité-complémentarité et à l'image de soi. Cette relation est donc fondée sur un volet rationnel visant à promouvoir la performance de groupe. Néanmoins, la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins est aussi fondée sur un volet irrationnel. Celui-ci explique la force des affinités et du jugement des autres. La perception de l'équipe dirigeante par les médecins représente un construit des relations interpersonnelles, organisationnelles et sociales. Elle représente ainsi les interactions individuelles de chaque médecin avec l'équipe dirigeante.

La perception du système de pouvoir par les médecins est en lien avec le rôle professionnel de l'équipe dirigeante. Ces décisions peuvent être une opportunité ou un risque pour l'épanouissement des médecins. La perception de l'équipe dirigeante représente toutefois aussi une perception groupale qui change en fonction des valeurs partagées au sein des groupes. Les médecins peuvent ainsi avoir différentes perceptions en fonction des différents groupes restreints existants. Ces groupes se constituent selon les différentes catégories sociales et professionnelles internes. Ils représentent des alliances avec un pouvoir d'influence différent.

La perception de l'équipe dirigeante par les médecins est définie par une connaissance mutuelle et par le besoin de solidarité en vue d'atteindre des objectifs communs. Cette perception évolue en fonction du développement positive/négative de la relation entre les deux parties. Ce développement peut engendrer une relation conflictuelle ou facilitante. Elle peut soit, se baser sur un échange d'affirmation de soi, ou soit au contraire, de dialogue/compréhension. La perception de l'équipe dirigeante varie en fonction des normes,

¹ Hoffman, S-M., *Chapter 17 – Culture: The crucial factor in hazard, risk, and disaster recovery: The anthropological perspective*, In Collins, A. & al. (EDs), *Hazards, Risks and Disasters in Society*, Ed. Academic Press, Amsterdam, 2015, pages 289-305, pp.289-295.

valeurs et de la qualité des échanges partagées avec les médecins¹. L'existence de valeurs partagées et acceptées par les deux parties renforce la transparence et la confiance mutuelle. Elle favorise par ailleurs une communication constructive et respectueuse.

La perception de l'équipe dirigeante par les médecins représente l'output d'une réciprocité directe entre les deux parties. Le renforcement d'une perception positive de l'équipe dirigeante est le résultat d'une amélioration de la coopération avec les médecins. L'échange existant entre les deux parties favorise la flexibilité, le consensus et l'implication active des deux parties. La perception positive de l'équipe dirigeante est liée à la valeur de l'équité. L'existence d'un échange équitable minimise l'intention d'influences de pouvoir centralisées.

2.1.2.2. Impact de l'influence de pouvoir sur la culture de responsabilité dans l'hôpital

L'influence de pouvoir représente l'ensemble des pressions exercées par l'équipe dirigeante ou par le groupe. Cette influence modifie et régule les comportements et attitudes des individus. L'influence de pouvoir est exercée par des groupes influents. Ce pouvoir peut être formel (institutionnel) ou informel (implicite). Il se caractérise par un déséquilibre de pouvoir centralisée au niveau des groupes influents. Ce déséquilibre produit soit, un conformisme soit, une déviance. Le conformisme représente une adhésion et une soumission à l'équipe dirigeante et aux groupes influents. Par ailleurs, le rejet des influences de pouvoir procrée des sanctions subies par les groupes minoritaires.

L'influence négative de pouvoir représente ainsi des pressions d'abus de pouvoir exercées sur le groupe. Les influences de pouvoir entre les médecins et l'équipe dirigeante varient en fonction de l'interaction sociale existante. Celle-ci régule la pression exercée par l'équipe dirigeante. Elle modifie les valeurs, les idéologies et les comportements des médecins vis-à-vis de l'équipe dirigeante. Les influences du pouvoir sont exercées simultanément par l'équipe dirigeante et par les médecins. Cependant, l'équipe dirigeante est fortement impactée par les influences de pouvoir des groupes influents. Cela consent à une intégration et à une désintégration sociale en même moment.

Ces influences renforcent les échanges entre les médecins et l'équipe dirigeante. Elles peuvent aussi représenter une source de désengagement et de démotivation par les médecins.

¹ Fischer, G-N., Taquinio, C., *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Ed. Dunod, 2^{ème} éd. revue et actualisée, Paris, 2014, pp. 110-125.

L'existence d'influences de pouvoir déséquilibrées génère des pressions internes. Ces pressions altèrent négativement les relations interactionnelles entre les médecins de toutes catégories sociales. Ces relations définissent ainsi les composantes de la culture de responsabilité dans l'hôpital. Celle-ci représente un ensemble de valeurs pratiques et de comportements internes. Elle est dynamique, change et se transforme en fonction des variations qui lui sont imposées ou conduites. Elle représente un construit de décisions et d'orientations passées qui orientent les pratiques managériales appliquées dans l'hôpital.

Les différentes influences entre les médecins et l'équipe dirigeante déterminent la force ou la faiblesse de la culture de responsabilité. Elles représentent un déterminant dans la qualité des échanges interactionnels dans l'hôpital. La culture de responsabilité représente un construit du leadership appliqué¹. Elle définit les orientations stratégiques déterminées par l'équipe dirigeante. Ces orientations mises en place valorisent les objectifs communs des parties prenantes. La culture de responsabilité détermine ainsi le niveau de centralisation du pouvoir. Cela permet de mesurer l'importance accordée à la prise en compte des intérêts personnels des médecins dans la politique de l'hôpital.

La culture de responsabilité définit par ailleurs le niveau d'harmonie interne ainsi que le niveau de la performance. Elle détermine à travers les composantes du leadership le niveau de flexibilité et d'initiative et régule les différentes interactions sociales entre les médecins ainsi qu'entre les médecins et l'équipe dirigeante. Cette régulation détermine les influences de pouvoir accordées à chaque acteur interne. La culture de responsabilité définit ainsi la profondeur de la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins. Elle définit alors l'existence de relations interpersonnelles qui s'accompagnent aux relations organisationnelles et régule aussi le niveau de participation des médecins à différentes tâches organisationnelles. Cette participation active des médecins détermine l'importance accordée au travail d'équipe.

La culture de responsabilité représente l'image des médecins par l'équipe dirigeante. Elle permet soit de valoriser le grade, soit de valoriser la compétence. Elle se focalise sur l'opérationnel ou sur le prévisionnel. La culture de responsabilité se compose de dimensions culturelles partagées, conduites, renforcées et finalement contrôlées. Elle inspecte les différentes influences de pouvoir à travers la perception des médecins de la culture. Ces décisions organisationnelles génèrent des influences positives comme négatives. Le statut

¹ Epstein, M-J., Rejc Buhovac, A., *The reporting of organizational risks for internal and external decision-making*, Ed. CMA-Canada, Ottawa, 2006, pp. 15-32.

particulier des médecins confère une liberté d'exécution¹. Cela réduit l'autorité de l'équipe dirigeante à travers l'existence des différentes influences de pouvoir qui doivent être prises en compte.

L'acceptation des normes et valeurs conduites par l'équipe dirigeante représente un comportement social résultant des pressions d'influence. L'adhésion aux dimensions culturelles définies par l'équipe dirigeante reflète le niveau d'acceptation de la conformité par les médecins. Celle-ci représente l'adaptation des croyances, des valeurs et des comportements des médecins à l'influence de pouvoir. La conformité des médecins génère un comportement consenti aux critères des groupes influents dont l'équipe dirigeante. Cette conformité représente une forme de soumission de la part des médecins.

La soumission par la conformité reflète soit une soumission libre et consentie, soit une soumission à l'autorité. La première est générée par des influences de pouvoir positives. Les médecins adhèrent donc aux dimensions culturelles et aux valeurs responsables étant convaincus de leur bienfaits sur l'hôpital. La soumission à l'autorité est générée d'influence de pouvoir négatif qui est exercée à l'encontre des médecins. Les comportements de résistance de leur part sont sanctionnés. L'influence négative du pouvoir engendre une obéissance forcée suite à une pression exercée par des groupes influents.

2.1.2.3. Impact du conformisme explicite sur la perception de l'équipe dirigeante par les médecins

La perception de l'équipe dirigeante représente un ensemble de sentiments et de sensations de la part des médecins. Elle représente une perception des orientations du leadership. La perception de l'équipe dirigeante dans l'hôpital dépend de l'interprétation et de la réaction des médecins face à ses comportements adoptés. Ces comportements définissent la personnalité de l'équipe dirigeante ainsi que ses décisions managériales. La réaction des médecins face à l'équipe dirigeante dépend de l'environnement qu'elle génère. La perception de l'équipe dirigeante dans l'hôpital est un construit des influences sociales et interactionnelles².

Les influences représentent des sentiments internes, des idées et des attentes. Celles-ci sont le construit de la personnalité commune et des expériences partagées. La perception

¹ Aven, T., *Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation*, European Journal of Operational Research, Vol. 253, N. 1, August 2016, pages 1-13, pp.1-5.

² Delouée, S., *Manuel visuel de psychologie sociale*, Ed. Dunod, 2^{ème} éd. revue et actualisée, Paris, 2013, pp.53-74.

positive de l'équipe dirigeante dans l'hôpital définit aussi bien le climat social que la performance hospitalière. Cette perception représente une interprétation des expériences et de la crédibilité de l'équipe dirigeante. Elle change en fonction des variations de la personnalité et des besoins des médecins. Cela confirme que l'équipe dirigeante est donc perçue différemment d'un groupe à un autre tout comme d'un médecin à un autre.

La perception reflète l'image de marque de l'équipe dirigeante. Celle-ci peut être fondée ou non fondée en fonction de l'image véhiculée par l'équipe dirigeante. Elle varie en fonction des affinités générées entre l'équipe dirigeante et les médecins. Dans l'hôpital, les médecins peuvent ainsi avoir une perception différente de la définition de la qualité et des plans stratégiques¹. L'assignation des objectifs stratégiques peut être perçue différemment en fonction de leurs besoins et intérêts. Il n'existe donc aucun style de leadership permettant d'assurer une unanimité de la perception positive de l'équipe dirigeante. Cependant, cette perception est importante et doit être valorisée.

En effet, les médecins définissent l'efficacité de l'équipe dirigeante. Une mauvaise perception de l'équipe dirigeante remet en doute ses décisions ainsi que ses orientations stratégiques mises en place. Elle affecte ainsi les valeurs et normes établies dans la culture organisationnelle de l'hôpital. Elle affecte tout autant le renforcement des valeurs responsables et la culture de responsabilité. Cette perception est cependant sélective en fonction de priorités fixées par les médecins. Les composantes définissant le leadership appliqué sont perçues différemment. Il existe donc une différence entre la perception générale de l'équipe dirigeante et la perception des composantes de son leadership.

La perception peut être objective ou subjective. Il existe une multitude de facteurs justifiant l'interprétation des situations et des décisions de l'équipe dirigeante². La perception de l'équipe dirigeante diffère en fonction de la perception de ses habitudes personnelles et professionnelles dans l'hôpital. Elle diffère aussi en fonction de sa motivation à maintenir un certain niveau de performance. Dans le cas du renforcement de la culture de responsabilité, elle se différencie en fonction des actions et aptitudes qu'elle développe pour le renforcement des valeurs et normes responsables. Cela est applicable aussi sur la motivation de l'équipe dirigeante à intégrer les médecins dans les processus décisionnel.

¹ Qwaab, R-I., Phillips, K-W., Schaere, M., *Secret conversation opportunities facilitate minority influence in virtual groups: The influence on majority power, information processing and decision quality*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol. 133, March 2016, pages 17-32, pp.17-23.

² Probst, T-M., Jiang, L., Graso, M., *Leader-member exchange : moderating the health and safety outcomes of job insecurity*, Journal of Safety Research, Vol. 56, February 2016, pages 47-56, pp.47-49.

La valorisation des compétences et de l'accès aux opportunités représente aussi un paramètre permettant de juger la perception de l'équipe dirigeante. Celle-ci est par ailleurs perçue en fonction de sa capacité à satisfaire les besoins des médecins. Cela s'applique aussi à sa capacité de réguler les influences dynamiques interactionnelles internes. La perception positive de l'équipe dirigeante dépend aussi de sa capacité à apprendre et à être flexible. Cela lui permet de mieux résoudre les problèmes et de proposer des solutions innovantes et adaptées. Le niveau de spécialisation et d'expertise de l'équipe dirigeante détermine ainsi sa fiabilité. Ce niveau détermine aussi les confiances ascendante, descendante et mutuelle. Cela équivaut aussi pour son background social. Celui-ci définit aussi bien son savoir-faire, son savoir-être et son savoir de transmettre.

2.1.3. Poids des pressions de pouvoir engendré par les dimensions culturelles hospitalières sur la force des valeurs de responsabilité

Il existe une relation de dépendance entre les influences de pouvoir, le leadership hospitalier, la force des valeurs de responsabilité et la force de la culture organisationnelle dans l'hôpital. Ces influences de pouvoir peuvent toutefois comporter des risques internes. Ces risques affectent la force de la culture organisationnelle à travers la conformité des médecins au leadership appliqué. Pour une conduite optimale de l'hôpital, il est nécessaire d'identifier et de maîtriser les risques d'influences négatives de pouvoir représentés sous forme de pressions de pouvoir sur les dimensions culturelles existantes¹.

L'identification des risques englobe l'ensemble de la stratégie globale de l'hôpital. Cette identification s'oriente sur les différentes politiques, procédures et sur les systèmes internes mis en place. Le but étant de conduire le risque, de le gérer et de le minimiser. Pour cela, Epstein et Rejc ont défini un processus comprenant six étapes. Les risques sont avant tout identifiés puis mesurés. Leur mesure détermine et quantifie leur magnitude, leur probabilité ou leur impact². Cette mesure induit les risques prioritaires et analyse les bénéfices/coûts liés à leur existence. L'acceptabilité du risque d'influence négative à travers le développement des pressions de pouvoir réduit son effet. Cela consent aussi de le partager ou de le transférer. Cette étape représente une réponse face au risque ayant pour objectif d'impliquer aussi bien les leaders que

¹ Becker, K., Smidt, M., *A risk perspective on human resource management: A review and directions for future research*, *Human Resource Management Review*, Vol. 26, N.2, June 2016, pages 149-165, pp.151-153.

² Davidson, O., & al., *Chapter 13- Risk culture*, In Stover, T. (EDs), *Enterprise risk management: A common framework for the entire organisation*, Ed. Butterworth-Heinemann, Oxford, 2016, pages 177-193, pp.177-181.

les médecins. La mise en place de dimensions culturelles favorisant une relation positive entre les parties réduit les risques de développement des pressions de pouvoir.

L'existence de pressions de pouvoir induit un rejet de conformité aux valeurs, aux pratiques de leadership et à la culture de responsabilité. Elle cause une déviance par rapport aux normes établies par l'équipe dirigeante afin de réaliser les objectifs qu'elle s'est assignée. Les pressions de pouvoir exercées par l'équipe dirigeante et par les groupes de médecins influents provoquent une résistance. Cette résistance peut être individuelle ou groupale. Les médecins peuvent ainsi adopter un comportement de réactance en réponse à la pression exercée. Cela les démotive et les désengage de toute conformité aux normes préétablies.

Les pressions de pouvoir occasionnent une motivation à développer un comportement inverse par rapport aux attentes des groupes influents et de l'équipe dirigeante. Les médecins développent ainsi un besoin de s'affirmer et de se distinguer par rapport aux orientations imposées. Les pressions de pouvoir génèrent aussi une anomalie sociale réduisant l'impact de la sensibilisation à la culture de responsabilité par les médecins¹. Ils adoptent ainsi des valeurs et normes différentes de celles de la culture dominante. Cette déviance comportementale aboutit à des conflits internes.

La mainmise négative du pouvoir oppose ainsi l'influence de la majorité à l'influence de la minorité des médecins. Cette opposition peut avoir de petites ou de grandes conséquences sur le climat interactionnel de l'hôpital. Ces dominations négatives de pouvoir se forment à partir d'échanges sociaux entre les médecins et les membres de l'équipe dirigeante. Ces échanges définissent la perception non seulement du leadership mais aussi de l'équipe dirigeante. L'influence négative représente le besoin des groupes majoritairement dominants à primer leurs orientations et objectifs assignés. Le pouvoir conféré à ce groupe représente un pouvoir acquis. Celui-ci est acquis à travers la hiérarchie, le poste de responsabilité, le grade, les années d'expérience ou des affinités existantes entre les médecins et l'équipe dirigeante.

Le risque d'influence négative de pouvoir modifie l'impression et la crédibilité de l'équipe dirigeante par les médecins. Cela provoque par ailleurs des stéréotypes et préjugés qui peuvent être fondés ou non-fondés. Les risques d'influence négative du pouvoir influent sur le climat social, la compétence, le respect des droits et sur la dimension socio-psychologique interne. Ils identifient les sources sociales de tensions internes. Cela assimile les situations et

¹ Rundall, T., Shortell, S., Alexander, J., *A theory of physician-hospital integration : Contending institutional and market logics in the Health Care field*, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 45, 2004, pages 102-117, pp.103-107.

les zones d'incertitudes menant à des conflits internes. L'identification de ces risques détermine les dimensions culturelles qui impactent sur la force de la relation équipe dirigeante-médecins. Cette identification a pour but de réunir les deux parties autour d'une même vision. Ces risques sont à la source des mouvements sociaux néfastes, des comportements individualistes/opportunistes ainsi que du déséquilibre des influences de pouvoir.

L'identification de ces risques permet aussi d'assurer un accès équitable aux opportunités de formation continue cela valorise le développement des compétences. Les risques d'influence de pouvoir agissent sur les départs et le recrutement des compétences. Leur identification permet de prévenir les aspects freinant l'épanouissement tant social que professionnel des médecins dans l'hôpital. Cette identification assure une proactivité efficace permettant une évolution permanente de la politique de l'hôpital¹. L'influence négative de pouvoir génère l'existence de groupes de pressions menaçant les droits et obligations des médecins. L'existence des inégalités affecte les activités de contrôle en freinant le renforcement des valeurs d'harmonie et de travail d'équipe.

La performance individuelle et groupale se fragilisent pour cause du non-respect des droits de chaque partie. Cela favorise un désengagement et un manque d'implication par les médecins. La démotivation et le turn-over représentent alors les principaux risques de cette influence négative, cela aboutit aussi au développement des phénomènes de mal-être, de stress, de harcèlement et de comportements opportunistes². La connaissance de ces risques crée une culture de responsabilité forte dans l'hôpital. Cette culture représente des dimensions culturelles qui définissent des orientations managériales validées par les médecins. Elle génère des standards internes minimisant les risques d'influence négative de pouvoir. Ces standards représentent selon Schein des assomptions profondes et une partie du subconscient collectif.

2.1.3.1. Poids des pressions de pouvoir engendré par l'individualisme

Les dimensions culturelles appliquées dans l'hôpital sont liées à la perception positive de l'équipe dirigeante. Shein aborde dans ses recherches le lien existant entre le leadership et la culture organisationnelle. De ce fait, les dimensions culturelles internes représentent un bâti de valeurs et de règles de conduites orientées par l'équipe dirigeante. Ces dimensions représentent des avantages comme des risques à l'hôpital. Les dimensions culturelles

¹ Teko, H-T., Bapes, Y., *Influence sociale et leadership dans la direction des personnes*, *SociologieS*, en ligne, accessible sur : <http://sociologies.revues.org/3204> mis en ligne le 29 septembre 2010, consulté le 15 mai 2016.

² Dorfman, P., & al., *GLOBE: A twenty year journey into the intriguing world of culture a leadership*, *Journal of World Business*, Vol. 47, 2012, pages 504-518, pp.505-507.

occasionnent ainsi les influences de pouvoir qui impactent sur la perception de l'équipe dirigeante. Elles définissent la perception du style humain de l'équipe dirigeante à travers l'existence des valeurs de la prise en compte des besoins et du bien-être des médecins. Ces dimensions permettent de déterminer sa capacité à déléguer le pouvoir et à motiver à la participation des médecins.

Les dimensions culturelles définissent la capacité des médecins à être autonome et responsable face aux complications internes. Cela est une attache avec la capacité de l'équipe dirigeante à collaborer d'une manière transparente. Par ailleurs, la collaboration de l'équipe dirigeante détermine sa cohésion et sa capacité à prendre en compte les besoins des médecins. Les dimensions culturelles définissent aussi son style défensif et charismatique. Cela se résume à sa capacité de valoriser les intérêts communs malgré l'existence de groupes influents. Son charisme motive les médecins et construit de fortes valeurs responsables¹. La capacité de l'équipe dirigeante à réduire les risques des influences négatives de pouvoir favorise l'émergence d'une perception positive de l'équipe dirigeante.

L'orientation individualiste motive les médecins à la concurrence et à l'amélioration de la performance individuelle. Toutefois, une forte orientation individualiste représente un risque pour l'hôpital. L'importance accordée aux intérêts personnels favorise la création de groupes restreints. Ces groupes adoptent un comportement différent et des valeurs distinctes. L'opposition des intérêts communs et des intérêts personnels produit une sous contre-culture. La non-adhésion aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante représente l'un des risques ayant un impact négatif sur l'hôpital.

Le deuxième risque représente le renforcement des comportements opportunistes. Cela détériore la confiance entre les médecins et l'équipe dirigeante à travers le renforcement d'un climat de méfiance. Comme conséquence, la décentralisation du pouvoir est sélective en fonction de l'homogénéité des intérêts². L'individualisme perçoit l'atteinte des plans stratégiques de l'hôpital comme un moyen d'atteinte aux intérêts personnels. Cette réalisation permet ainsi un épanouissement professionnel des médecins leur permettant de développer leurs compétences. Cependant, comme cela a été mentionné précédemment, l'individualisme fragilise l'harmonie et le consensus dans le groupe.

¹ Petit, V., *Les théories implicites du leadership (TIC)*, *Revue internationale de psychologie et de gestion des comportements organisationnelles*, Vol. 18, N. 46, 2012, pages. 247-266, pp. 247-252.

² Eskildsen, J. K., Kristensen, K., & Juhl, H. J. The causal structure of the EFQM excellence model, *First International Research Conference on Organisational Excellence in the Third Millennium*, Estes Park, CO, 2000, pages 75-83, pp.78-79.

La réalisation des plans stratégiques dépend avant tout des intérêts et de la perception des groupes à fort pouvoir décisionnel. L'orientation individualiste favorise le professionnalisme avant la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins. De ce fait, l'importance accordée aux intérêts personnels renforce l'existence de plusieurs types de conflits internes. Le management des crises internes devient alors problématique lors du manque d'existence du consensus interne entre les médecins et l'équipe dirigeante. Le management des crises internes est de ce fait régulé par les différentes influences de pouvoir.

2.1.3.2. Poids des pressions de pouvoir engendré par le management masculin

L'application d'un management masculin oriente les prises de décisions vers la valorisation des intérêts stratégiques de l'hôpital. Cependant, cela génère le risque de développement d'un environnement favorable à la création de conflits. L'affirmation de soi et l'importance accordée à la concurrence détériore le climat relationnel. Les sources d'affrontement détériorent les relations interpersonnelles. Cela fait naître des influences négatives formulées par des pressions de pouvoir de certains groupes influents¹. L'application du management masculin aboutit au risque de l'affirmation de soi et agit par ailleurs sur la qualité des échanges. L'application de ce style de management conduit à résoudre les problèmes par le conflit et l'affrontement.

L'importance accordée à l'ambition des médecins oriente la fiabilité de l'équipe dirigeante vers une fiabilité organisationnelle. Cela met en second plan l'importance de la valorisation de la fiabilité sociale. Les aspects comme le compromis, la préservation de l'environnement, la solidarité et la qualité de vie au travail y sont secondaires. L'affirmation de soi agit sur les influences de pouvoir qui se régulent en fonction des grades des médecins². L'orientation vers le management masculin limite alors le développement de la culture de responsabilité à travers une focalisation exclusive vers la croissance économique de l'hôpital.

La fixation et la réalisation des plans stratégiques s'orientent autour d'un contrat fondé sur des avantages réciproques. Le manque de consultation de l'ensemble des médecins aboutit à l'insatisfaction des besoins communs, cela influe tout autant la qualité du travail d'équipe. Cet impact s'explique par le risque d'incompréhension des médecins des réelles intentions de l'équipe dirigeante. Cela impacte à son tour sur la perception des conditions de travail et sur

¹ Otara, A., *Perception: A guide for managers and leaders*, Journal of Management and Strategy, Vol. 2, N. 3, September 2011, pages 21-24, p.21.

² Goodall, A-H., *Physician-leaders and hospital performance : Is there an association ?*, Social Science & Medicine, Vol. 73, N. 4, August 2011, pages 535-539, pp.535-536.

l'état d'esprit du groupe. La valeur partagée par l'équipe dirigeante s'oriente autour de l'épanouissement par le travail et par la performance. Cela peut être la source d'une augmentation du stress et de l'anxiété. Ce stress affecte ensuite le climat de confiance entre les médecins et l'équipe dirigeante.

Il existe donc un risque d'un sentiment de non reconnaissance quant à l'égalité, la solidarité et l'appartenance. Une perception négative de l'équipe dirigeante est donc le résultat d'une considération secondaire des aspects sociaux. Cela favorise la démotivation des médecins ayant une forte sensibilité aux facteurs d'hygiène selon la théorie de Herzberg. Par ailleurs, cette démotivation est accrue avec le risque d'asymétrie informationnelle. Cette asymétrie est expliquée par l'optimisation des opportunités à profit des médecins les plus influents¹. L'insatisfaction du temps de la circulation de l'information favorise l'affrontement interne. La perception positive de l'équipe dirigeante en est donc fortement affectée.

2.1.3.3. Poids des pressions de pouvoir engendré par le contrôle de l'incertitude

Le fort contrôle de l'incertitude permet d'appliquer des procédures préalablement définies. Cela met en place des habitudes de travail connues et maîtrisées par les médecins. Cependant, cette sécurité augmente le risque du développement des comportements anxieux et rigides. L'anxiété favorise la généralisation du stress au travail pouvant conduire au burnout. Cette pression interne représente un des facteurs avantageant la démotivation et le désengagement des médecins vis-à-vis du renforcement de la culture de responsabilité.

Les comportements rigides favorisent aussi le risque de l'opposition à tout changement. La nouveauté et la flexibilité représentent alors des sources de tension interne. Cela freine l'innovation et les démarches d'amélioration continue. Leur mise en place afin de renforcer des actions conduites dans le cadre de la culture de responsabilité est alors stoppée. Celles-ci sont donc perçues comme une source de perte des repères internes. Le mauvais accueil des idées de l'ensemble des parties influe négativement sur la capacité de l'équipe dirigeante à résoudre les conflits internes². La perception de la valorisation est aussi impactée par l'existence du stress imposé par le fort contrôle de l'incertitude. La perception de la survie et des fortes conditions de pression en termes de résultat génère le risque du manque d'implication. La confiance en soi des médecins représente ainsi la condition de la perception du l'équipe dirigeante.

¹ Li, K., & al., *How does culture influence corporate risk-taking?*, *Journal of Corporate Finance*, Vol. 23, December 2013, pages 1-22, pp. 1-5.

² Berjot, S., Delelis, G., *27 grandes notions de la psychologie sociale*, Ed. Dunod, Paris, 2014, pp. 32-51.

2.1.3.4. Poids des pressions de pouvoir engendré par la vision à long terme

Même si l'équipe dirigeante valorise l'ancienneté et l'investissement à long terme des médecins, cela freine les jeunes compétences. La démotivation des jeunes médecins et des moins gradés est due au manque de décentralisation du pouvoir. La mise en place de procédures flexibles et innovantes est contrôlée voire limitée. Cela affecte le dynamisme des médecins sur deux points concernant les prises de décisions. Le premier représente le risque de production des influences de pouvoirs internes et déséquilibrées à travers l'émergence de sous-groupes influents. Le deuxième représente l'augmentation de l'absentéisme et du turn-over en conséquence à leur désengagement¹. Ces risques sont le résultat d'une décentralisation du pouvoir décisionnel orienté vers les médecins séniors.

La participation à la prise de décision des médecins est en relation aux années de leur ancienneté ou de leurs grades. Cela permet un meilleur transfert du savoir mais, augmente le risque de démotivation. La marginalisation de la grande partie des médecins freine l'accueil de nouvelles idées. Cela renforce la crainte contre le changement et renforce les procédures administratives. La centralisation du pouvoir confère une influence négative de pouvoir aux médecins influents et à l'équipe dirigeante. Cela conçoit ainsi un déséquilibre dans l'autorité des médecins.

Ce déséquilibre affecte les régulations sociales dynamiques. Il génère aussi le risque de l'inégalité d'accès aux promotions et avantages. Les médecins sont alors dépendants des programmes de formations pour le développement de leurs compétences l'accès à celles-ci dépend aussi du nombre d'années d'expérience cumulées dans l'hôpital. Le risque du manque d'auto-actualisation est directement relié à cette variable. Cela est dû aux freins organisationnels retardant l'auto amélioration et les initiatives. Le risque du manque de créativité et de flexibilité est par ailleurs relié au déséquilibre de l'influence du pouvoir.

2.1.3.5. Poids des pressions de pouvoir engendré par le subjectivisme

La non-distinction d'une barrière entre la vie professionnelle et personnelle renforce la confiance accordée dans la prise de décision. Néanmoins, l'importance accordée à la force des relations informelles représente un risque. Cela se termine souvent par des comportements opportunistes et laxistes. La répartition du pouvoir et des tâches est déséquilibrée en fonction

¹ Kathri, N, Wells, J., Mc Kune, J., Brewer, M., *Strategic human resource management issues in hospitals: A study of a university and a community hospitals*, *Hospital Topics*, Vol. 84, N.4, 2006, pages 9-20, pp.9-13.

de l'appartenance aux groupes restreints. L'accès aux opportunités dépend principalement des affinités informelles existantes entre les médecins et l'équipe dirigeante. Cela limite l'équité, la transparence et le contrôle/suivi organisationnel. La sanction est perçue comme une remise en doute des liens informels créés entre les deux parties. Le subjectivisme atteint une attitude émotionnelle face à soi, face aux autres et face à la perception de l'environnement.

Les émotions influent fortement positivement et négativement sur la perception de l'équipe dirigeante. Les conflits personnels agissent sur la qualité des échanges, cela se remarque tout autant sur le niveau d'implication et d'intérêt accordés aux différents projets entrepris dans le cadre de la culture de responsabilité. Le subjectivisme renforce le risque de l'apparition de comportements irrationnels. La relation équipe dirigeante - médecins dépend ainsi des affinités interactionnelles rationnelles et irrationnelles¹. L'importance de la perception positive de l'équipe dirigeante quant à la réalisation des plans stratégiques est primordiale. En effet, cela régule les comportements facilitants ou confrontants des médecins. L'équipe dirigeante est ainsi tenue d'avoir l'aval des médecins influents sous peine d'avoir des conflits de valeurs dans l'hôpital. Cela renforce aussi des comportements de 'je m'en-foutistes' des médecins moins gradés qui se désengagent du devenir de l'hôpital.

2.1.3.6. Poids des pressions de pouvoir engendré par le particularisme

Même si le particularisme permet de proposer une solution adaptée à chaque situation, il représente toutefois le risque de partialité. Le contrôle ainsi que les sanctions appliquées diffèrent en fonction des contraintes relationnelles. Le contrôle varie en fonction de l'appartenance aux groupes restreints. Il varie aussi en fonction des normes et valeurs propres à chaque groupe. La flexibilité managériale de l'équipe dirigeante est donc partielle et sélective en fonction des médecins. Les contraintes relationnelles augmentent le risque du manque d'application de règles communes d'une manière impartiale². L'application de nouvelles règles se termine par l'application de décisions non optimales. Cela peut trouver sa source dans la centralisation du pouvoir décisionnel sélectif. L'accès à l'information dépend de l'appartenance aux différents groupes. Cela peut ainsi finir par des asymétries informationnelles internes au sein même d'une même équipe.

¹ Wang, X., & al., *Constructing a decision support system for management of employee turnover risk*, Information Technology and Management, Vol. 12, N. 2, 2011, pages 187-196, pp.187-190.

² Jensen, M., Meckling, W., *Theory of the firm : managerial behavior, agency costs and ownership structure*, Journal of Financial Economics, Vol. 3, N. 4, 1976, pages 305-360, pp.306-315.

2.1.3.7. Poids des pressions de pouvoir engendré par la polychronie

La capacité de l'équipe dirigeante à déléguer plusieurs tâches diversifiées aux médecins fortifie la confiance mutuelle. Cette confiance mutuelle agit à son tour sur la force des valeurs responsables développées par les médecins. Cependant, la polychronie réduit considérablement le temps dédié aux activités médicales. Elle réduit les risques de routine en permettant d'optimiser la transversalité des médecins. Par contre, cela donne un risque de stress et de surcharge. La multiplication des tâches et de l'implication des médecins dans des activités diverses hors médicales réduit leur efficacité. De ce fait, leur implication dans des actions sociétales est comprise comme une charge supplémentaire.

La surcharge entraîne le risque de diminution de la performance individuelle et groupale. Des conflits d'intérêts peuvent être générés entre l'équipe dirigeante et les médecins. En effet, une partie des médecins développe un sentiment de responsabilité en vue de leur implication active. Cependant, d'autres considèrent la polychronie comme une charge supplémentaire dépassant leurs obligations professionnelles. Cette implication est perçue par les médecins comme une confiance descendante. Elle est aussi distinguée comme un manque de fiabilité de l'équipe dirigeante par d'autres. La polychronie représente aussi un paramètre ralentissant ou promouvant la confiance ascendante. Cela varie en fonction de la perception des médecins ainsi que du volume de la charge qu'ils doivent gérer.

Une équipe dirigeante polychronique se dédie à plusieurs tâches et risque d'être perçue comme étant moins accessible. Sa volonté de faire participer les médecins à plusieurs tâches augmente le risque d'incompréhension¹. Les différentes surcharges limitent ainsi sa consultation en vue de concrétiser des tâches transversales par les médecins. Par ailleurs, la détermination d'une multitude de plans stratégiques désoriente les médecins dans le cas de l'existence d'une asymétrie informationnelle. Les médecins ayant une orientation monochronique développent un sentiment d'incompétence. Cela affecte directement leur perception de la valorisation accordée par leur équipe dirigeante. La réduction de la rapidité du feedback met en évidence un contrôle moins régulier². Le manque de feedback favorise ainsi l'apparition de zones d'incertitudes. Ces incertitudes se transforment en situations conflictuelles ayant été perçues comme secondaires.

¹ Tshay, K., Nicholas, H-X., Rule, N-O., *Perceptions of leadership success from nonverbal cues communicated by orchestra conductors*, *The Leadership Quarterly*, Vol. 25, N. 5, October 2014, pages 301-311, pp.301-306.

² Farnsworth Mick, S., Shay, P., *Accountable care organizations and transaction cost economics*, *Medical Care Research and Review*, 2016, on line, <http://mcr.sagepub.com/content/early/2016/03/22/1077558716640411.abstract> , consulted: 20/02/2016.

Les dimensions du management masculin, du subjectivisme et de la polychronie impactent sur la perception de l'équipe dirigeante. Ces dimensions apportent des aspects positifs telles que, la compétition et la diversification des tâches. Elles renforcent les valeurs responsables, l'initiative de la responsabilisation partagée et la motivation dans un volontarisme sociétale. Elles permettent aussi d'accorder de l'importance à la solidité des relations interactionnelles. Cependant, elles représentent toutefois des risques visant principalement à fragiliser l'esprit d'équipe. La perception positive de l'équipe dirigeante se définit alors en fonction de sa capacité à générer une croissance optimale malgré l'existence des pressions internes et des influences de pouvoir. Cela s'accompagne d'une valorisation tant sociale qu'organisationnelle des structures et des médecins. Il est donc nécessaire d'identifier les influences en lien avec :

- L'importance accordée aux intérêts des médecins ;
- L'orientation managériale choisie ;
- Le niveau de contrôle de l'incertitude ;
- La centralisation de l'autorité ;
- La force des relations informelles ;
- La flexibilité managériale et la participation des médecins aux activités transversales.

La mauvaise perception de l'équipe dirigeante par les médecins aboutit à des prédispositions aux risques. Cela affecte les valeurs personnelles et organisationnelles des médecins. Cette transformation apparue à cause de la mauvaise perception de l'équipe dirigeante modifie les comportements adoptés par les médecins. Cependant, afin de minimiser les risques d'influence négative du pouvoir¹, il est nécessaire d'intégrer une culture hospitalière du risque qui renforce les valeurs de l'identification des pertitions.

Cette section a permis de montrer que l'alignement de la sous-culture des médecins et de la culture de responsabilité de l'équipe dirigeante implique une régulation des influences de pouvoir. Le but étant d'identifier les risques d'émergence d'influences négatives de pouvoir agissant négativement sur la perception du système du pouvoir. Cela engendre une perception négative du leadership et de l'équipe dirigeante. Cette perception négative réduit le conformisme et augmente l'impact des groupes minoritaires. Cet impact est dû au risque d'une perception négative du niveau de pouvoir accordé à chaque médecin. Ce pouvoir régule aussi bien la relation équipe dirigeante-médecins que médecins-médecins.

¹ Bekefi, T., Epstein, M-J., *Integrating social and political risk into management decision-making*, Ed. CMA-Canada, Ottawa, 2006, pp. 35-46.

Le système de pouvoir devient alors flou avec la multiplication des acteurs influents¹. La transparence est donc remise en doute à cause des différentes interactions sociales formelles et informelles. La perception du système de pouvoir par les médecins influe sur la manière de percevoir l'équipe dirigeante². La régulation du système de pouvoir permet ainsi d'optimiser une perception positive de l'équipe dirigeante. Cela réduit les risques d'influences négatives à travers le renforcement des interactions entre les deux parties.

2.2. Rôle du post-new public management dans la régulation des influences affectant la responsabilisation des médecins

La prise en compte des pratiques du post-new public management renforce la mise en place d'une culture hospitalière orientée vers la décentralisation et la responsabilisation de chaque médecin. Le climat social interactionnel hospitalier agit entre autre sur l'adhésion des médecins aux valeurs professionnelles et morales de l'équipe dirigeante. Il influe aussi sur la qualité de communication et de collaboration, les sources de motivation et de démotivation des médecins, et sur l'absentéisme.

Par conséquent, il influe sur le management des conflits, sur l'existence de groupes restreints, sur la force de la culture organisationnelle et sur le turnover³. Il existe une différence entre les principes/engagements et les actions effectives des médecins en termes d'implication à long terme dans l'organisation hospitalière. L'équipe dirigeante doit jouer un rôle important dans la création d'un climat social interne favorable à l'épanouissement des médecins. Cela favorise par la suite la généralisation de la culture de responsabilisation. Avec un effet réciproque, cette généralisation permet à son tour d'améliorer le climat interactionnel.

2.2.1. Le post-new public management entre responsabilisation et désengagement sociétal dans l'hôpital

Le post-new public management définit l'hôpital comme un système social transversal. Il engendre une régulation interne à travers le renforcement d'une confiance mutuelle entre

¹ Guo, L., *Implementation of a risk management plan in a hospital operating room*, International Journal of Nursing Sciences, Vol. 2, N. 4, December 2015, pages 348-354, pp.348-350.

² Phillips, J., J., Phillips, P., P., Smith, K., *Accountability in human resource management: connecting HR to business results*, Ed. Routledge, 2nd ed., New York, 2016, pp. 21-44.

³ Andersson, T., Liff, R., *Multiprofessional cooperation and accountability pressures: consequences of a post-new public management concept in a new public management context*, Public Management Review, Vol. 14, N.6, 2012, pages 835-855, pp.836-841.

l'équipe dirigeante et les médecins. Le post-NPM favorise un leadership transversal basé sur la responsabilisation partagée. Le post-NPM permet alors de renforcer le niveau de leur responsabilisation à travers l'amélioration de la qualité du bien-être dans l'hôpital. Le post-new public management trouve ses fondements dans la théorie des organisations et dans la théorie de l'agence. Le but est de favoriser une liberté d'action aux acteurs internes et d'appliquer des pratiques qui optimisent leur bien-être au travail.

Le post-NPM se repose sur l'individualisme méthodologique qui se réfère à un leadership transversal particulariste. La transparence du partage de la responsabilité permet une structuration en réseau. Celle-ci finit par une organisation décentralisée basée sur la délégation de compétences. Le post-NPM permet d'appliquer les pratiques d'un management transversal dans des organismes publiques dont l'hôpital. Le but est de moderniser les processus internes pour optimiser l'efficacité hospitalière. Cela favorise entre autre la flexibilité et élimine les démarches bureaucratiques.

Les acteurs internes dont les médecins sont intégrés comme partie prenante afin de valoriser les intérêts communs. Le post-NPM permet une décentralisation verticale et horizontale du pouvoir décisionnel. Cette décentralisation prime la responsabilisation de l'ensemble des acteurs internes et externes. Celle-ci renforce l'engagement de tous dans l'atteinte des objectifs assignés. Elle permet entre autre d'octroyer une liberté d'action en réduisant le poids du contrôle organisationnel. Ce partage transversal réduit les sources de conflits en favorisant la transparence. Le post-NPM régule donc le poids des influences sociales internes¹. Il réduit l'influence de pouvoir de l'équipe dirigeante et des groupes influents sur les acteurs internes dont les médecins.

Le post-NPM intègre des valeurs de responsabilisation sociétale à travers l'engagement sociétal de l'équipe dirigeante. Celle-ci a un rôle d'influence sur le niveau de responsabilisation sociétale des acteurs internes de l'hôpital. Dans cette finalité, l'application d'un leadership transversal entraîne un management hospitalier responsable². Celui-ci incorpore un changement organisationnel qui transforme l'hôpital d'une structure bureaucratique à une structure hybride. Le post-NPM intègre des réformes de troisième génération en se distinguant des principes du management public et du new-public management. Il réduit les paradoxes internes d'ordre organisationnel, culturel et social à travers la responsabilisation partagée.

¹ Landau, R., I., Peluso, R., I., *Corporate trust administration and management*, Ed. Infinity Publishing, 7th ed., West Conshohocken, 2015, pp. 35-61.

² Christensen, T., *Post-NPM and changing public governance*, *Meiji Journal of Political Science and Economics*, Vol. 1, 2012, pages 1-11, pp.1-8.

La décentralisation de la responsabilisation s'accompagne d'une flexibilité organisationnelle. Elle engendre une réactivité menant à une régulation organisationnelle et sociale entre l'équipe dirigeante et les acteurs internes de l'hôpital. Les interactions internes sont donc basées sur des principes managériaux transversaux et libéraux. Le post-NPM définit le niveau de responsabilisation de tous en favorisant la responsabilité partagée. Il engendre ainsi un particularisme qui respecte les spécificités des interactions et processus internes de l'hôpital.

Cela démontre que le niveau de responsabilisation sociétale dépend des acteurs qui le compose et de leur capacité à créer un système social efficient. Il dépend deuxièmement des spécificités environnementales internes et externes. Troisièmement, il découle du niveau de maîtrise des risques organisationnels liés aux incohérences organisationnelles ultérieures¹. Le post-NPM a donc pour finalité de restaurer la cohérence et la coordination interne à travers la responsabilisation partagée de tous les acteurs internes de l'hôpital.

2.2.1.1. La responsabilisation partagée comme condition de régulation de l'influence sociale dans l'hôpital

Le post-NPM responsabilise les acteurs internes de l'hôpital aux dimensions temporelles étendues et sociales. Leur engagement se construit dans la durée à travers une implication à moyen et long terme. La régulation de l'influence sociale entre l'équipe dirigeante et les acteurs internes diminue les relations conflictuelles. Cependant, la responsabilisation génère une pression implicite et explicite. L'autonomie d'action se traduit par une incertitude organisationnelle. La multiplication des approches et des propositions des acteurs produit des tensions. De ce fait, la cohérence entre le niveau de responsabilisation et les orientations décisionnelles de l'équipe dirigeante est nécessaire. La régulation de l'engagement des acteurs permet aussi de définir un processus participatif constant. Il régule la participation active dans le but de créer une motivation constante et régulière des acteurs internes. Cette constance résulte d'une autorégulation du poids des influences, de la décentralisation du pouvoir et du système social à travers la responsabilité partagée.

¹ Babich, O., V., Mityuchenko, L., S., *Role of accountability management in activity of industrial enterprises*, *International Review of Management and Marketing*, Vol. 6, 2016, pages 1-6, pp.1-3.

2.2.1.2. Rôle de l'équipe dirigeante dans la responsabilisation des acteurs internes dans l'hôpital

Le niveau de responsabilisation des acteurs internes dépend du niveau de sensibilisation de l'équipe dirigeante aux actions sociétales. La responsabilisation est proportionnelle à l'efficacité de la mise en place d'un leadership transversal responsable. L'équipe dirigeante joue un rôle central dans la facilitation de la décentralisation et du décloisonnement des services. Celle-ci s'accompagne d'une optimisation du dialogue social interne à travers la compréhension des intérêts des acteurs internes. L'équipe dirigeante détermine aussi la capacité à les faire participer dans la délimitation de leur responsabilité partagée. De ce fait, elle sensibilise ces acteurs à l'importance de leur engagement sur le volet organisationnel, social et sociétal.

Le niveau de responsabilisation des acteurs internes est proportionnel à leur épanouissement professionnel dans l'hôpital. La satisfaction de leurs besoins implicites et explicites par l'équipe dirigeante détermine leur niveau d'engagement dans des actions de volontarisme managérial. Celui-ci résulte des besoins des ressources, de bien-être, d'accès aux opportunités et de la détermination dans le travail.

2.2.1.3. Rôle de la responsabilisation partagée sur la réduction du désengagement sociétal

Le post-NPM peut être perçu comme une perte de repère interne. Il engendre des résistances individuelles ou collectives qui représentent une perception de peur liée aux risques de perte d'emploi, de reconnaissance ou de protection. Le post-NPM favorise l'engagement continu à travers la disparition des garantis et des acquis. Le sentiment de peur lié à la hausse du stress au travail, à la réduction des effectifs et à l'incapacité d'assumer ses responsabilités favorise deux types de comportements. Le premier est le renforcement d'un esprit de compétition alors que le deuxième est le désengagement sociétal des acteurs ayant peur de perdre leurs repères internes.

Ces résistances internes empêchent d'évoluer le niveau d'engagement à travers le développement de groupes d'oppositions internes. Ces groupes aboutissent à une influence sociale interne à l'encontre des valeurs organisationnelles partagées. Elles renforcent par ailleurs le niveau des pressions de pouvoir entre l'ensemble des groupes influents minoritaires ou majoritaires. La réussite des pratiques du post-NPM dépend de la qualité du système social

qui compose l'hôpital¹. L'existence d'une équipe dirigeante et d'acteurs désengagés de la responsabilisation sociétale limite l'amélioration efficiente interne.

Le post-NPM renvoie à un changement adaptatif des politiques de recrutement, de formation, d'évolution de carrières et de valorisation des compétences propres aux besoins évolutifs de l'hôpital. Cela réduit les risques de perception d'attentisme et d'incompréhension. Il réduit aussi les doutes liés aux situations transitoires à l'origine du désengagement sociétal. Le post-NPM renforce le simplisme de l'idéologie managériale de l'hôpital à travers la réduction des oppositions entre les intérêts individuels et communs². Le post-NPM renforce la visibilité de la volonté partagée de décentraliser la responsabilisation sociétale. Cette visibilité satisfait les besoins de reconnaissances et crée un engagement plus responsable à travers la décentralisation par le downsizing.

Le post-NPM permet de créer une relation de partenariat durable entre l'équipe dirigeante et les acteurs internes dans l'hôpital. Cela représente un contractualisme psychologique des interactions sociales internes. Il définit des normes internes régissant le système de compréhension, d'interaction et d'organisation interne. Il se fonde sur un fonctionnalisme rassurant qui privilégie la résolution des problèmes internes par l'échange transversal. Il vise donc à définir une standardisation par le simplisme sociétal. La responsabilisation partagée représente alors une valeur interne. Elle motive à l'engagement sociétal des acteurs tout en réduisant les facteurs source de leur désengagement.

2.2.2. Relation d'interdépendance entre la confiance mutuelle et la responsabilisation dans l'hôpital

Le post-NPM définit l'hôpital comme une entité dynamique et interactionnelle. L'hôpital est donc régi par des croyances communes et partagées qui définissent son habilité à créer un changement intégrateur. La transversalité interne permet de réduire la complexité organisationnelle. L'existence d'une bonne dynamique relationnelle interne simplifie les processus et les pratiques organisationnelles. Elle agit positivement sur la qualité des collaborations à travers la réduction des perceptions négatives. La responsabilisation partagée réduit les comportements individualistes et renforce l'esprit d'équipe à travers les valeurs d'intégrité et d'appartenance.

¹ Karada, E., *Leadership and organizational outcomes: Meta-analysis of empirical studies*, Ed. Springer, Eskisehir, 2015, pp. 30-51.

² Dalingwater, L., *Post-new public management (NPM) and the reconfiguration of health services in England*, *Observatoire de la société britannique*, Vol. 16, 2015, pages 51-64, pp.51-54.

La responsabilisation partagée favorise le renforcement d'une confiance mutuelle entre l'équipe dirigeante et les acteurs internes. Celle-ci résulte d'une stabilité efficiente qui régit les interactions entre les deux parties¹. Elle aboutit à une construction des perceptions ascendantes et descendantes par l'ensemble des acteurs. La confiance mutuelle crée une stabilité qui responsabilise chaque acteur dans son rôle sociétal. Elle promut aussi une orientation managériale publique basée sur la création de valeur responsable. La confiance mutuelle représente une construction de comportements mutuels. Celle-ci régleme les dynamiques relationnelles et les perceptions existantes d'une manière ascendante et descendante².

2.2.2.1. Relation entre la confiance dans le leadership et la responsabilisation

Le post-NPM se définit par la mise en place d'un leadership transversal basé sur un management par la confiance. La confiance dans le leadership par les acteurs internes est donc stratégique dans l'hôpital. Premièrement, elle détermine la confiance accordée pour les pratiques managériales appliquées et deuxièmement, elle régle la qualité du climat relationnel dans l'hôpital. La confiance dans le leadership résulte donc de la confiance mutuelle qui se crée à travers le poids des influences sociales. Elle renforce le contact psychologique entre l'équipe dirigeante et les acteurs internes.

Une faible confiance dans le leadership renforce l'incertitude organisationnelle. Par contre, une forte confiance renforce une relation consensuelle réciproque. La confiance dans le leadership représente la perception de la crédibilité de confiance de l'équipe dirigeante par les acteurs. La responsabilisation des acteurs internes vise à développer la confiance dans le leadership à travers l'autonomie organisationnelle³. Elle favorise un comportement de citoyenneté active dans l'hôpital sur les volets organisationnel, social et sociétal⁴. Ce comportement s'explique par une forte confiance et par une réduction des niveaux hiérarchiques.

La responsabilité partagée octroie donc des droits et obligations aux acteurs internes. La confiance mutuelle par la responsabilisation partagée est renforcée par le watchisme de la

¹ Dent, M., *Post new public management in public sector hospitals? The United Kingdom, German and Italy*, *Policy & Politics*, Vol. 33, N. 4, 2005, pages 623-636, pp. 623-629.

² Evans, P., Hassard, J., Hyde, P., *Critical leadership: Leader-follower dynamics in a public organization*, Ed. Routledge, New York, 2013, pp. 46-61.

³ Di Bitetto, M., Chymis, A., D'anselmi, P., *Public management as corporate social responsibility: The economic bottom line of government*, Ed. Springer International Publishing, New York, 2016, pp. 16-36.

⁴ Drescher, M, A., & al., *The dynamics of shared leadership: building trust and enhancing performance*, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 99, N. 5, 2014, pages 771-783, pp. 771-775.

stratégisation. Le droit de regard sur les fondements même des orientations stratégiques implique les acteurs internes comme des auditeurs. Le but est de marquer une légitimité accordée à une efficacité hospitalière auditée par ses propres acteurs internes. De ce fait, la confiance dans le leadership est proportionnelle à la légitimité des pratiques d'un management hospitalier responsable.

2.2.2.2. Relation entre la transversalité du leadership et le niveau de responsabilisation

La transversalité du leadership détermine le niveau de centralisation du pouvoir et des flexibilités procédurales. Le leadership transversal découlant du post-NPM définit l'équipe dirigeante comme des leaders réceptifs au feedback. La confiance en la transversalité du leadership renforce l'adhésion aux valeurs responsables partagées. Une forte transversalité représente un facteur motivant à la responsabilisation des acteurs. Le niveau de responsabilisation dépend alors du niveau de sérénité et de bien-être apporté par l'équipe dirigeante.

Toutefois, une faible transversalité freine l'intégration d'un management hospitalier responsable. Cela donne des risques organisationnels qui accroissent les facteurs de désengagement sociétal des acteurs. De ce fait, le niveau de transversalité du leadership hospitalier est proportionnel au niveau d'engagement et de désengagement sur le plan sociétal. Le post-NPM met donc en lien 5 points qui sont : la transversalité du leadership ; les pratiques de sensibilisation au management responsable ; la responsabilisation des acteurs ; le poids des influences sociales et la confiance mutuelle.

2.2.2.3. La confiance mutuelle et le choc générationnel dans l'hôpital

Face à la diversité générationnelle existante au sein des services hospitaliers, il est important de connaître et de satisfaire les besoins des médecins en fonction des spécificités propres à leur catégorisation sociale. La différence catégorielle qui se démarque donne le choc générationnel qui oppose une idéologie X à une idéologie Y. La prise en compte du niveau de sensibilisation des médecins aux valeurs sociétales valorise l'intégration d'une culture de responsabilité. De ce fait, l'identification des besoins des médecins juniors et des médecins séniors facilite la décentralisation du pouvoir. Cela facilite aussi une croissance durable dans l'amélioration de la performance hospitalière. Cependant, les médecins de la génération Y ou les médecins whyers connus pour être indépendants, opposants aux procédures administratives

et à l'investissement à long terme sans récompense immédiate doivent eux aussi développer cette culture de responsabilité en vue de maintenir une confiance mutuelle dans le système social interactionnel.

2.2.2.3.1. Prise en compte du choc générationnel dans la responsabilisation des médecins

Selon William Strauss et Neil Howe¹, le monde a connu six générations qui bouleversent tous les domaines dont le management des organisations qui sont la grande génération, la génération silencieuse, la génération des baby boomers, la génération X et la génération Y². Le nouveau management hospitalier se base sur les pratiques du post-NPM. Il prend donc en considération les chocs générationnels existant entre la génération X et la génération Y. Il réfute par ce biais tout management bureaucratique basé sur la centralisation des décisions, l'impersonnalité des relations de travail, le contrôle, le travail routinier et procédurier et toute aristocratie ou autorité des séniors. Le management générationnel permet l'adaptation des organisations traditionnelles aux changements qu'imposent les acteurs juniors.

La génération Y³ comprend les personnes qui sont nés entre 1978 et 1995. Contrairement aux anciennes générations, les whyers s'identifient par trois grands traits qui sont la recherche identitaire sociale, la remise en question des bases de l'autorité traditionnelle et la flexibilité des organisations. Les whyers ont besoin d'être reconnus pour leurs compétences et non pour leur ancienneté. Étant multidisciplinaires, ils estiment être aptes à prendre des postes de responsabilité grâce à leur curiosité, ambition, flexibilité et innovation. Faisant partie du groupe des acteurs juniors, les whyers dépassent les frontières et créent une personnalité commune internationale grâce à l'interconnexion et aux échanges d'expériences et de voyages.

Donnant de l'importance à leur épanouissement personnel, les whyers s'affirment par leur performance et s'épanouissent dans des conditions de travail et d'horaires flexibles. Étant surdiplômés, les whyers imposent leur rythme et leur méthode en respectant moyennement la hiérarchie et l'organisation managériale de l'organisation⁴. Les structures hospitalières sont elles aussi touchées par les whyers qui imposent l'égalité des chances et la mise en place d'un

¹ Huguet, M-J., *La génération Y ou la génération du millénaire : Les jeunes adultes d'aujourd'hui, leurs motivations et leurs modes d'apprentissage*, *Revue Métaphore*, N. 52, Mars 2009, pages 04-09, p.4.

² La grande génération comprend les personnes qui sont nés entre 1901 et 1924, la génération silencieuse ou dite traditionnelle (1925- 1945). La troisième génération qui est la génération des baby boomers (1945-1964), cette période est caractérisée par la période d'expansion du travail et de l'économie. La génération X dite tampon (1965-1977) est caractérisée par l'incertitude et le chômage.

³ Appelée aussi « the GenWhy » dont les whyers, la génération web 2.0, ou la génération du millénaire.

⁴ Pauget, B., Dammak, A., *L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ?*, *Revue Pratiques et Organisation des soins*, Vol. 43, N. 1, Janvier- Mars 2012, pages 25-33, p. 31.

management hospitalier plus moderne et plus flexible. Cela est en partie à l'origine du passage vers le nouveau management hospitalier qui s'oriente vers un management décentralisé. Celui-ci responsabilise et élimine les barrières organisationnelles en améliorant le climat social interne¹.

Les structures hospitalières restent rigides car l'importance accordée à la vie privée par les médecins juniors oblige un redressement organisationnel afin de les inciter à adhérer aux règles et procédures. La demande de flexibilité des conditions de travail accroît le contrôle des médecins juniors, ce qui accroît leur démotivation. Le non-respect de l'autorité hiérarchique est à l'origine de l'apparition de comportements opportunistes et de "*je m'en-foutistes*". Ce manque d'intérêt limite leur investissement professionnel et augmente le nombre de démissions ou de départs. Les médecins juniors fonctionnent selon la règle des « 4i », ils sont donc individualistes, impatientes, interactifs et interconnectés². Ils font passer leurs intérêts personnels avant les intérêts communs, ils ne sont donc pas fidèles à une organisation³. Se cherchant constamment de nouvelles opportunités, leur instabilité et leur besoin d'indépendance agissent négativement sur le climat social interne hospitalier⁴.

Les médecins juniors s'opposent aux médecins seniors en étant détachés de tout engagement à long terme dans l'hôpital. Cela est favorisé à travers leur orientation opportuniste. Il est donc difficile d'intégrer et de généraliser une culture de responsabilité des médecins juniors et seniors plus globalement⁵. Cette difficulté est due aux perceptions contradictoires engendrées par le choc idéologique générationnel entre la génération X et Y. Il faut rappeler qu'il existe un problème d'échange et de compréhension mutuels existant entre les médecins ; ils se voient empêchés à cause de la bureaucratie. Sur un autre plan, l'équipe dirigeante fait face à des groupes catégoriels de médecins refusant toute conformité ou soumission à l'autorité formelle.

L'intégration d'une culture d'implication volontaire et personnelle des médecins s'accompagne d'une mise en place d'un management responsable et flexible. Cela optimise l'efficacité du traitement des patients, l'accès à la formation, et le soutien à la recherche

¹Meier, O., *Op-Cit*, pp. 61-74.

²Delays, R., *Quelle perception du management des seniors par la génération Y ?*, Revue Interdisciplinaire sur le Management et l'Humanisme, N.5, Janvier-Février 2013, pages 96- 105, pp. 99-100.

³Brangier, E., Lancy, A., Louche, C., *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Ed. Presses universitaires de Nancy, Nancy, 2004, p. 74.

⁴Chamak, A., Fromage, C. *Le capital humain*, Ed. Editions Liaisons, Paris, 2006, pp. 56-74.

⁵Ntim, C-G., Soobaroyen, T., *Corporate governance and performance in socially responsible corporations: New empirical insights from neo-institutional framework*, Corporate Governance: An International Review, Vol. 21, N. 5, September 2013, pages 468-494, p. 471.

médicale¹. Cependant, il faut noter le conflit générationnel existant entre les médecins de la génération X et les juniors². Cette diversité générationnelle est à l'origine de l'apparition de conflits de données, de valeurs, d'intérêts et de conflits relationnels et structurels³. En effet, les juniors dont particulièrement les whyers sont optimistes, sûrs de leur personne, surdiplômés et ont besoin de donner un sens à leur vie en se dédiant à une cause⁴. Ce trait leur permet donc de développer cette culture de responsabilisation. Cependant, leur coté enfant-roi laisse paraître aux médecins de la génération X un manque de maturité et d'esprit purement rationnel.

2.2.2.3.2. Impact des dimensions culturelles sur la réduction du choc générationnel

En prenant en compte les dimensions culturelles développées par Hofstede et Trompenaars, le médecin junior s'épanouit dans une faible distance hiérarchique⁵. Ce type de management favorise la réduction des inégalités, l'interdépendance des whyers et des seniors. Cette situation existe en dépit des pouvoirs de chacun, de la décentralisation du pouvoir décisionnel, de la consultation des subordonnés, de la mise en place d'un leadership démocrate, de la suppression des symboles de prestige et de favoritisme et de la mise en place d'un système égalitaire primant la compétence.

Les médecins juniors valorisent aussi bien l'individualisme que le collectivisme. En effet, leur priorité va à l'accroissement des intérêts personnels. Par contre, les médecins juniors ne mettent pas de frontières entre la vie privée et la vie professionnelle. Ils considèrent leurs collègues comme amis ou comme une seconde famille. Ils développent un fort besoin d'appartenance, de perception de l'harmonie et du consensus dans l'environnement de travail. La multiplication des conflits entre les médecins juniors et les médecins seniors réduit leur sécurité face à l'harmonie du groupe. Ils ont un besoin de reconnaissance par le groupe. Par ailleurs, malgré leur indépendance, ils ont une peur de l'exclusion sociale dans l'hôpital.

Le besoin primaire des whyers et juniors est d'être dans un management orienté masculin. Cela est encouragé par le besoin d'un succès matériel, par leur ambition et par leur affirmation de soi, par leur croissance et de leur performance. Le degré de féminité organisationnel est donc un besoin secondaire mais nécessaire à leur épanouissement en vue de

¹Naudin, M., *Op-Cit*, 2010, p. 51.

²Dejoux, C., Wechtler, H., *Diversité générationnelle : implications, principes et outils de management*, *RevueManagement & Avenir*, Mars 2011, N° 43, pages 227-238, pp. 232-234.

³Harmel, R., *Culture organisationnelle et gestion de la diversité culturelle au sein des PME: Proposition d'un cadre théorique*, 12ème congrès international francophone en entrepreneuriat et PME, Association internationale de recherche en entrepreneuriat et PME, Agadir, 29-31 Octobre 2014, pp.4-5.

⁴Collette, S., Batal, C., Carre, P., *Op-Cit*, p. 166.

⁵Hofstede, G., *Op-Cit*, 1994, pp.14-18.

combler le besoin d'égalité, de solidarité et de qualité de vie au travail. Cela les oriente par ailleurs vers une culture diffuse. Ils apprécient la nouveauté, le changement et le bien-être dans un environnement peu stressant. Orientés vers une vision à court terme, ils accordent une grande importance à l'auto actualisation et au développement de leur culture générale¹.

Les médecins juniors restent toutefois subjectifs et ne prennent pas forcément toutes les critiques comme constructives et purement professionnelles. Concernant le plan de résolution des problèmes, ils adoptent une approche particulariste où l'attention est tournée vers les contraintes relationnelles, circonstancielles et conjoncturelles. Les juniors cherchent alors des solutions adaptées, innovantes et qui sortent du cadre de référence établi par la hiérarchie. Aimant s'affirmer, ils sont enclins à préférer la récompense aux efforts individuels plutôt que collectifs afin de faire valoir les compétences de chacun. Cependant, ils restent unanimes sur l'importance du travail d'équipe et de la collaboration entre médecins. Cela est valorisé à travers leur besoin accru d'apprentissage, de perfectionnement et de transfert du savoir par les seniors.

Par contre, étant déterminés de la valeur qu'ils peuvent créer, la renommée d'un médecin est selon eux équivalente à la compétence et non au grade. Cela les oriente vers un statut acquis. Ils considèrent les réunions comme une perte de temps qui peut s'investir dans la formation et la recherche. Ils favorisent des échanges sous forme de brainstorming contrairement aux idéologies des médecins seniors. Fuyant la routine, ils s'orientent vers la polychronie et s'épanouissent en exerçant plusieurs tâches à la fois et en traitant des cas ou des patients différents. Étant par contre convaincus d'être l'espoir de demain, la réussite de l'hôpital dépend selon eux de ce qu'ils réalisent et réaliseront avec leurs nouvelles potentialités et non en terme de ce qu'ils ont réalisé à ce jour.

Sachant que les médecins juniors s'épanouissent dans une hiérarchie à faible distance, les privilèges et les inégalités sont voulus et admises dans la mesure où elles multiplient les opportunités. L'existence de groupes restreints avec un degré différent de puissance et d'autorité augmente la centralisation du pouvoir et un commandement pyramidal². De ce fait, les juniors se sentent opprimés et conditionnés sous un leadership autocrate qui accroît leur démotivation. L'existence de la diversité générationnelle renforce le nombre de conflits internes puisqu'il est à noter l'accroissement du nombre de conflits de données. Le conflit générationnel se traduit par une contradiction d'avis différents de diagnostics des patients entre les médecins juniors et les médecins seniors.

¹ Dejoux, C., Wechtler, H., *Op-Cit*, pp. 227-229.

² Schein, E-H. *Op-Cit*, 2004, pp. 25-28.

Cela s'accompagne par les conflits structurels où il y a un abus considérable de pouvoir et de contrôle. Ce phénomène provoque un comportement de prise de responsabilité de la part des médecins séniors. La centralisation du pouvoir limite le pouvoir décisionnel des médecins juniors qui est pourtant défini dans leur rôle¹. Ces deux types de conflits provoquent les antagonismes relationnels qui naissent à partir du manquement de respect, de mauvaises perceptions et de manque accru en communications et en échanges constructifs. Récompensant le travail d'équipe, les médecins juniors se démotivent pour motif de répartition non homogène des efforts de travail. Cela est accompagné par le manque de reconnaissance effective de la compétence en valorisant et en récompensant avant tout la renommée du médecin selon son grade². La politique monochronique habituellement utilisée par les médecins séniors retarde le trait de caractère dynamique et flexible des juniors.

La diversité générationnelle est à l'origine des facteurs de démotivation ; ces médecins étant très sensibles aux conditions de travail et à la qualité du climat social interactionnel. Il est donc important que l'équipe dirigeante puisse prendre en compte la personnalité et les besoins des juniors au lieu de les conditionner à un management rigide et réfractaire au changement. Les médecins juniors sont entreprenants et créatifs, ils ont donc besoin d'un tuteur pour les orienter, de signes de reconnaissance et d'un renforcement positif pour valoriser leurs idées afin de les traiter comme égaux en dépit de la différence de grades³. Ils ont besoin aussi d'inculquer une culture interne de développement de l'hôpital comme étant un avantage personnel profitable au développement de leurs carrières. Ils ont besoin de flexibilité en termes d'horaires de travail et de prise de décisions⁴. Leurs valeurs de responsabilités se développent dans des principes du management par objectif. Cela renforce la formation d'équipes et les responsabilités tournantes.

Les médecins Juniors sont compétitifs et aiment relever des défis. Le rôle de l'équipe dirigeante est d'intégrer cette culture d'esprit de compétition et de créativité en leur proposant des situations différentes afin de tester leurs limites. Leur enthousiasme doit être considéré comme un atout à exploiter en maintenant des perspectives positives d'évolution pour les plus méritants. Il est donc important de les récompenser pour le rôle actif qu'ils jouent dans l'hôpital. Cela s'applique aussi pour l'affectation des différentes missions tout en respectant l'importance qu'ils accordent à leur épanouissement personnel. Étant très sensibles au regard admiratif d'autrui, les signes de reconnaissance de la part de la hiérarchie les investissent dans une

¹ Brangier, E., Lancy, A., Louche, C., *Op-Cit*, p. 113.

² Jo Hatch, M., Cunliffe, A-L., *Op-Cit*, pp. 60-91.

³ Harmel, R., *Op-Cit*, pp.8-11.

⁴ Delaye, R., *Op-Cit*, pp. 102.

expérience émotionnelle qui les pousse à poursuivre leurs efforts à travers leur volonté d'apprentissage¹. Ils peuvent dans ce cas être volontaires et se porter garants de la généralisation d'une culture de responsabilité sociale.

Leur volontarisme touche aussi bien à l'amélioration de la création de valeur, mais aussi à la prise en compte de facteurs environnementaux et sociaux. Le défis de l'équipe dirigeante consiste aujourd'hui à les attirer, les motiver, les retenir, les former et à les préparer à être de futurs leaders-médecins-chercheurs afin d'intégrer une culture de responsabilité et de fidélité. C'est dans cette finalité qu'un management de proximité s'impose afin de maîtriser les changements des codes relationnels et de les transformer en opportunité de développement. L'intégration d'innovation sociale renforce la transversalité et la considération de la valeur individuelle et collective relationnelle des médecins whyers.

2.2.3. Rôle des pratiques du post-new public management dans la régulation des jeux de pouvoir entre l'équipe dirigeante et les médecins

La perception de la transversalité du leadership par les médecins ; leur niveau de responsabilisation ainsi que leur niveau de désengagement sociétal sont traités par ce sous-chapitre. Le but est d'apprécier la force de la confiance mutuelle et l'impact de la transversalité managérial responsable sur le niveau de responsabilisation sociétale des médecins. Par ailleurs, la régulation des jeux de pouvoir entre l'équipe dirigeante et les médecins est due à une forte transversalité dans les pratiques organisationnelles. Cette régulation est aussi due au développement d'une bonne représentation sociale qui valorise les rapports interactionnels.

La décentralisation du pouvoir et la flexibilité organisationnelle renforcent la participation active des médecins à travers la rééquilibrage du poids de l'influence sociale entre les deux parties. Celle-ci génère une réduction des sources de conflits et de désengagement². Les pratiques managériales renforcent des valeurs organisationnelles qui se basent sur le partage, l'échange et la responsabilisation de tous. Elles positionnent le management par la confiance comme une valeur partagée. La confiance représente donc une idéologie commune qui est liée au respect mutuel. L'existence d'un leadership par la confiance permet de sensibiliser les médecins à leur responsabilité sociétale en vue d'une implication dans

¹ Huguet, M.-J., *Op-Cit*, p.5.

² Bal, P., M., Kooij, D., Rousseau, D., M., *Aging workers and the employee-employer relationship*, Ed. Springer, New York, 2014, pp. 36-51.

la qualité du bien-être interne¹. Cela renforce le volontarisme sociétal et la motivation vers la responsabilité morale et éthique. Celle-ci détermine par la suite leur niveau de responsabilisation dans le renforcement de valeurs sociétales.

Les pratiques du post-NPM régulent le poids des pressions sociales à travers l'uniformité des valeurs de confiance. Cela engendre une adhésion et un soutien dans la conduite des pratiques managériales. La sensibilisation de l'équipe dirigeante à la participation active des médecins consolide la qualité du climat interactionnel. La consultation équitable renforce l'image d'une décentralisation transparente. Elle permet de réguler les pressions de pouvoir exercés par des groupes influents internes². La valorisation du simplisme managérial renforce une collaboration transversale en réseau. Les flexibilités procédurales reflètent ainsi une inclusion positive entre les deux parties. Celles-ci établissent ensuite un dialogue ouvert qui s'adapte aux particularités situationnelles.

Le leadership hospitalier qui permet de réguler l'influence sociale et de développer la culture de responsabilité se fonde sur les principes d'un management responsable par la confiance. Le renforcement de la confiance mutuelle est donc une stratégie adoptée dans le but de sensibiliser les médecins à leur responsabilisation active. L'équipe dirigeante doit donc s'investir dans le renforcement de valeurs sociétales. Elle sensibilise les médecins à l'implication transversale. Celle-ci ramène à son tour un volontarisme sociétal dans l'hôpital. Le management par la confiance permet ainsi de réguler le poids des influences sociales.

Le control organisationnel accentue l'autorégulation et minimise le recours aux sanctions. Cette autorégulation intègre les médecins dans les processus de résolutions des crises internes. Toutefois, elle n'est possible qu'à travers une décentralisation du pouvoir décisionnel par l'équipe dirigeante. Cela permet entre autre de favoriser de solutions durables réduisant l'impact des risques organisationnels³. Une régulation de l'influence sociale entraîne la satisfaction des besoins d'estime et de reconnaissance. Cela va de même aussi pour la valorisation de leurs compétences professionnelles et sociales qui les encouragent au volontarisme. Cette régulation des pressions rétablit une responsabilisation sur le volet interactionnel, organisationnel et sociétal.

¹ Evans, P., Hassard, J., Hyde, P., *Critical leadership: Leader-follower dynamics in a public organization*, Ed. Routledge, New York, 2013, pp. 35-42.

² Zhu, W., & al., *Revisiting the mediating role of trust in transformational leadership effects: Do different types of trust make a difference?*, *The leadership Quarterly*, Vol. 24, N. 1, 2013, pp.94-105, pp.94-96.

³ Hystad, S., W., Mearns, K., J., Eid, J., *Moral disengagement as a mechanism between perceptions of organisational injustice and deviant work behaviours*, *Safety Science*, Vol. 68, 2014, pages 138-145, pp.139-141.

La perception d'un leadership transversal renvoie uniquement au simplisme managérial. Le post-NPM représente donc un facteur améliorant la qualité du bien-être au travail. L'équipe dirigeante doit donc sensibiliser les médecins à la responsabilisation. Ce volontarisme sociétal doit s'accompagner d'un système compensatoire qui récompense l'engagement des médecins. Dans cette finalité, l'équipe dirigeante doit identifier les besoins clés des médecins qui influent sur leur niveau du volontarisme sociétal. L'identification de leaders permet de sensibiliser le reste des médecins à une participation plus active dans l'hôpital. La faible responsabilisation dépend aussi de la charge de travail des médecins. L'équipe dirigeante doit donc justifier les retombées positives liées à leur responsabilisation dans le cas où la responsabilisation sociétale est perçue comme une charge supplémentaire.

Un fort désengagement sociétal accroît le risque d'instabilités et d'incertitudes organisationnelles. Cela induit un effet significatif sur le moral, le climat relationnel, la force des valeurs partagées et l'efficacité des médecins. La dominance du désengagement sociétal fragilise les principes de responsabilité partagée. Elle remet en doute la crédibilité d'un management transversal basé sur la confiance. Le désengagement sociétal génère des comportements opportunistes et individualistes¹. Il représente aussi un facteur de burnout et de turn-over. L'individualisme réduit la confiance au profit de la méfiance qui régule les interactions. De ce fait, le leadership transversal réduit les sources de démotivation et de contre-culture.

Le management par réseau dépend principalement de la confiance mutuelle. Les médecins privilégient alors une responsabilisation sociétale supervisée par l'équipe dirigeante. La finalité de la supervision est la couverture des prises de risques. La responsabilisation est donc sensible au niveau de protection des médecins dans leurs démarches d'implication. Elle dépend aussi du niveau d'engagement de l'équipe dirigeante dans des actions sociétales. Le respect de leurs engagements positionne l'équipe dirigeante dans une orientation d'un leadership basé sur la confiance et sur la fiabilité. La conduite des actions d'implication transversale par l'équipe dirigeante réduit le désengagement sociétal. Celui-ci peut être réduit à travers la sensibilisation des médecins aux valeurs du volontarisme sociétal². L'application du leadership transversal doit être donc associée au travail par réseau dans une finalité de pérennité organisationnelle.

¹ Zhang, X., Zhou, J., *Empowering leadership, uncertainty avoidance, trust, and employee creativity: Interaction effects and a mediating mechanism*, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Vol. 124, N. 2, 2014, pages 150-164, pp. 151-154.

² Johnson, J., Ronald Buckley, M., *Multi-level organizational moral disengagement: Directions for future investigation*, *Journal of Business Ethics*, Vol. 130, N. 2, 2015, pages 291-300, pp. 292-293.

Un faible désengagement sociétal est proportionnel à la force de la confiance dans la régulation des pressions. Une régulation transparente du poids des influences sociales réduit les procédures de contrôle. L'autorégulation des médecins incite donc à une responsabilisation plus significative. De même, un accroissement du volontarisme sociétal réduit le désengagement des médecins dans l'hôpital. L'accroissement du volontarisme renforce donc la responsabilisation. Toutefois, il est nécessaire de distinguer entre la responsabilisation des médecins et la responsabilisation partagée. Les médecins associent donc leur responsabilisation à leur niveau d'implication volontaire sur un volet sociétal.

La responsabilisation représente une liberté d'action et un choix personnel sans conséquences. Par contre, la responsabilisation partagée est perçue comme une obligation d'assumer les résultats découlant d'un management hospitalier responsable. Elle est perçue comme une forme de valorisation et de reconnaissance. Toutefois, elle est aussi perçue par d'autres médecins comme une charge supplémentaire. Elle affiche donc l'image d'une équipe dirigeante inefficace qui implique les médecins afin d'arriver aux objectifs assignés. La différence de cette perception dépend des valeurs et idéologies personnelles propres aux personnalités des médecins.

2.2.3.1. Impact du management par la confiance sur la responsabilisation des médecins

L'équipe dirigeante joue un rôle central dans le renforcement de la responsabilisation des médecins. Leur niveau de sensibilisation au volontarisme dépend de la sécurité et de la transparence du climat organisationnel. Les médecins ont une sensibilité significative à la transparence informationnelle. Cette sensibilité est significative pour la qualité des prises de décisions et pour la fiabilité des pratiques managériales¹. Un management responsable favorable à l'échange, à la transparence et à l'amélioration continue accroît la confiance ascendante. Par contre, le niveau de confiance dans les flexibilités procédurales propres au travail des médecins n'influe aucunement sur la relation entre la confiance dans la fiabilité et le niveau de responsabilisation.

Il existe une relation d'interdépendance entre l'implication transversale et la régulation du poids des influences sociales. Le renforcement des valeurs du volontarisme sociétal se termine sur une transversalité significative qui régule les interactions sociales. Le management

¹ Wang, D., S., Hsieh, C.,-C., *The effect of authentic leadership on employee trust and employee engagement*, *Social Behavior and Personality*, Vol. 41, N. 4, 2013, pages 613-624, p. 614.

par la confiance instaure un climat transparent¹. Celui-ci réduit la prise de risque. La sécurité établie par le management par la confiance renforce la sensibilisation des médecins. La responsabilisation partagée découle donc du niveau de responsabilisation des médecins. Toutefois, elle est proportionnelle à la maîtrise des pressions sociales et organisationnelles.

2.2.3.2. Impact de la confiance dans le leadership sur le désengagement sociétal

Un fort désengagement sociétal est accentué par une faible confiance dans les pratiques managériales. L'adhésion aux orientations stratégiques réduit la perception du risque. Le management en réseau nécessite donc un consensualisme managérial. Celui-ci aboutit à une confiance mutuelle favorisant la responsabilisation partagée. Sur un autre plan, la valorisation des compétences professionnelles et sociales est propre à la confiance accordée par l'équipe dirigeante. Elle se déploie dans la décentralisation et dans la consultation des médecins.

La valorisation des compétences se définit comme les actions émises par l'équipe dirigeante en vue de renforcer le savoir-faire et le savoir-être des médecins. Cette valorisation renforce les compétences transversales. Elle se déploie à travers des programmes de formations continues ayant pour objectif un transfert de savoir². La responsabilisation sociétale des médecins nécessite une formation sur les valeurs sociétales et sur les fondements même de la culture de responsabilité. Les fondements d'un management responsable engendrent une compréhension mutuelle des contraintes propres aux deux parties. Cette compréhension réduit les facteurs source du désengagement des médecins.

2.2.3.3. Perception de la confiance mutuelle

La délégation du pouvoir et la participation des médecins dans les pratiques sociétales valorise la confiance dans le leadership. Cette participation active englobe des activités organisationnelles, médicales, sociales, scientifiques et sociétales. La décentralisation de la prise de décision est fortement liée à la perception de la confiance professionnelle que l'équipe dirigeante accorde aux médecins. L'existence d'un leadership par la confiance représente donc une orientation managériale basée sur une culture de responsabilité par la confiance mutuelle. La perception d'une confiance mutuelle est associée au consumérisme³. Les médecins de

¹ Jong, J., *The limits of post-new public management and beyond*, Public Administration Review, Vol. 69, N.1, 2009, pages 161-165, pp.161-163.

² Karada, E., *Leadership and organizational outcomes: Meta-analysis of empirical studies*, Ed. Springer, Eskisehir, 2015, pp. 55-76.

³ Simonet, D., *Post-NPM reforms or administrative hybridization in the french health care system?*, International Journal of Public Administration, Vol. 38, N.9, 2015, pages 672-681, pp.672-679.

l'étude s'épanouissent avec le droit de consultation et d'intervention sur les orientations managériales. La responsabilisation partagée est donc liée à la perception d'une décentralisation transparente dans l'hôpital.

2.2.3.4. Qualité du bien-être au travail

Il existe une relation d'interdépendance inverse entre la mise en place des flexibilités procédurales et le management des crises. La liberté d'action octroyée aux médecins réduit le poids des procédures administratives. Cette flexibilité diminue les conflits et les problèmes internes. La prise de l'initiative, la décentralisation des prises de décisions et la consultation des médecins affaiblissent les crises internes. La résolution des problèmes et le management des crises sont perçus comme étant la responsabilité des médecins à travers leur engagement dans la culture de responsabilité dans l'hôpital. La consultation des avis de l'ensemble des parties permet donc de proposer des solutions intégrées. Cela permet d'optimiser l'intérêt commun et de renforcer les valeurs partagées. Ces valeurs sont donc acceptées et transformées en habitudes de travail basées sur la confiance mutuelle.

L'intégration des flexibilités procédurales renforce la qualité du bien-être au travail. L'harmonie au travail qui en découle régule les différentes sources de pressions intra et inter groupes. Le simplisme managérial facilite une collaboration en réseau. Il permet de simplifier les mécanismes des processus d'actions. Toutefois, la collaboration en réseau dépend de la capacité de l'équipe dirigeante à intégrer des résolutions durables. Le post-NPM a un rôle de régulateur dans l'hôpital à travers la sécurisation de l'environnement du travail et de la maîtrise des risques aboutissant aux sources de conflits¹. Le post-NPM doit cibler la qualité du bien-être au travail. La réduction des sources de stress et de tension améliore l'épanouissement des médecins. De ce fait, la qualité du bien-être au travail détermine le niveau de responsabilisation des médecins dans l'hôpital.

2.2.3.5. Niveau d'applicabilité des principes du post-NPM dans l'hôpital

Le niveau d'applicabilité des principes du post-NPM dans l'hôpital dépend du niveau d'engagement de toutes les parties dans des démarches de modernisations organisationnelles. La force de la culture de responsabilité institutionnelle ainsi que la force de la sous-culture de responsabilité des médecins dépendent de la qualité de la collaboration transversale. Elles

¹ Moore, C., & al., *Why employees do bad things: moral disengagement and unethical organizational behaviour*, *Personnel Psychology*, Vol 65, N.1, 2012, pages 1-48, pp. 2-17.

relèvent aussi de l'association de la confiance comme un facteur déterminant du niveau de responsabilisation et de désengagement¹. La prise en compte du volet sociétal par l'équipe dirigeante démontre une volonté de pérennité. Néanmoins, un engagement de l'équipe dirigeante n'induit pas automatiquement une forte responsabilisation. Il est donc nécessaire d'avoir une régulation des jeux de pouvoir permettant de réduire le niveau d'incertitudes organisationnelles pour un renforcement des valeurs responsables des médecins.

Cette section montre que la responsabilisation des acteurs internes vise à développer la confiance et l'autonomie organisationnelle. Un management par la confiance renforce donc la culture de responsabilité impliquant l'ensemble des acteurs internes dans les démarches d'excellence. Le post-new public management occasionne un choc générationnel interne opposant des pratiques flexibles aux groupes influents rigides. Il vise ainsi à transformer la définition même de la culture organisationnelle hospitalière. Le post-NPM développe une image positive de l'hôpital. Il renforce la perception de croyances et de valeurs partagées positives. Ces valeurs confortent la crédibilité et l'image de marque de l'hôpital, autrement dit au renforcement de la croyance en la performance responsable. Cette performance vise à satisfaire les besoins sociétaux implicites et explicites de l'ensemble des parties prenantes de l'hôpital.

Le post-NPM est une image de simplisme de l'idéologie managériale de l'hôpital. Ce simplisme réduit les oppositions entre les intérêts individuels des parties prenantes et les intérêts assignés par l'hôpital. La réduction de ces oppositions favorise le volontarisme managérial. Ce volontarisme est proportionnel au renforcement de la valeur de l'idéologie progressiste de l'excellence sociétale hospitalière². Le simplisme est aussi l'image d'un hôpital valorisant la légitimité participative à travers la décentralisation par le downsizing.

Le post-new public management renforce la visibilité de la volonté de la décentralisation de la responsabilité. Cette visibilité satisfait les besoins de reconnaissances et génère un engagement plus responsable. La mise en place des pratiques du post-NPM renforce la culture organisationnelle de l'hôpital. Elle fortifie des valeurs communes induisant un bien-être interne et une confiance mutuelle. Le post-NPM consolide des valeurs innées de médecins sensibles au

¹ Phillips, J., J., Phillips, P., P., Smith, K., *Accountability in human resource management: connecting HR to business results*, Ed. Routledge, 2nd ed., New York, 2016, pp. 23-46.

² Nissim, C., *For going new public management and adopting post-new public management principles: The on-going civil service reform in Isreal*, Public Administration and Development, Vol. 36, N. 1, 2016, pages 20-34, pp.20-26.

volontarisme. Il intègre aussi des valeurs construites basées sur les retombés de la responsabilisation partagée.

2.3. Explication des questions et hypothèses de recherche

Les hôpitaux algériens sont des établissements publics à caractère administratif. Les prestations de soins sont gratuites pour les patients admis sans paiement grâce à des subventions étatiques. L'état représente l'actionnaire unique qui régit leur autonomie financière. Les hôpitaux se placent sous la tutelle administrative du ministère de la santé algérien. Ils ont toutefois la responsabilité morale d'appliquer un particularisme managérial. Il existe une relation transversale entre les hôpitaux et le ministère de la santé. Ces hôpitaux ont une obligation d'amélioration de la performance hospitalière. Ils acquièrent une liberté d'exécution des budgets financiers attribués.

Les orientations managériales des hôpitaux dépendent des valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante. Les actions de répartition des budgets, de recrutement, d'expansion et de formation relèvent de la stratégie propre des hôpitaux. Cette décentralisation de pouvoir réduit l'impact d'un management public procédurier soumis par le ministère. L'équipe dirigeante de ces hôpitaux est constituée majoritairement de médecins. Celle-ci a donc des compétences transversales. L'objectif est d'optimiser la performance hospitalière à travers un regard médical. Toutefois, ce statut médical limite l'épanouissement managérial dans l'hôpital. Cette limite est due au manque de formation de l'équipe dirigeante aux pratiques d'un management responsable et intégrateur.

Les hôpitaux algériens sont constitués de plusieurs corps hospitaliers. Ces corps ont des statuts et des missions complémentaires. L'ensemble des acteurs internes représentent des salariés soumis aux catégories salariales publiques. Ils sont donc soumis au code de conduite interne. Ils sont régis par les composantes de la culture organisationnelle propres aux hôpitaux. Ce statut leur confère une stabilité d'emploi mais freine l'esprit de compétition. Ce blocage est lié à la compensation financière en fonction du grade et de l'ancienneté. L'interaction entre les différents corps hospitaliers complexifie les échanges et aboutit à une incertitude organisationnelle. La principale limite réside dans le manque de compréhension mutuelle entre l'équipe dirigeante et les médecins.

Le management hospitalier est perçu comme procédurier et décourageant. Cela donne naissance à un climat social hostile qui empêche et démotive le volontarisme managérial des médecins. La mise en place de pratiques du post-NPM dans les hôpitaux algériens fortifie

l'engagement de toutes les parties dans des actions volontaires sociétales. La transversalité du leadership permet de renforcer un management par la confiance.

La décentralisation de la responsabilisation permet de créer un climat social favorable à la collaboration entre l'équipe dirigeante et les médecins. Cette constatation introduit alors l'importance de l'influence exercée sur les valeurs que sur les pratiques managériales. Cela montre que le développement de la culture de responsabilité nécessite une régulation des valeurs partagées ainsi que la mise en place de pratiques managériales favorisant la responsabilisation partagée ainsi qu'une bonne transversalité entre les acteurs du système social interactionnel.

2.3.1. Théories centrales de la recherche

Après la recension de la revue de littérature permettant d'expliquer l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité des médecins, ce point présente les principales théories qui délimitent la cadre opératoire à réaliser en vue de répondre à la problématique et aux hypothèses de recherche. Cette recherche se base sur 4 grandes théories qui sont prises comme théories centrales et conductrices. Ces théories sont la théorie de l'identité sociale de Tajfel et de Turner, la théorie de la dynamique des groupes de Lewin, les dimensions de la culture de Schein et dernièrement les dimensions culturelles de Hofstede.

2.3.1.1. Théorie de l'identité sociale et de la catégorisation sociale de Tajfel et de Turner

Les travaux de Tajfel et de Turner dans les débuts des années 70 relient la problématique de l'identité à la catégorisation sociale. Ils conçoivent les comportements sociaux et interactionnels comme dépendant de 3 facteurs d'une manière simultanée, continue et interdépendante. Ils dépendent en premier de la personnalité des individus et principalement de leurs perceptions subjectives. Les comportements sociaux dépendent deuxièmement des spécificités de leurs environnements respectifs en prenant en compte leur situation spatio-temporelle, les sources de facilitations ainsi que les différentes contraintes dont ils font face. Le troisième facteur est la culture ou les croyances collectives et partagées. Il s'agit ici de croyances collectives propres à un pays comme la culture nationale ou propres à des groupes ou sous-groupes.

La théorie de l'identité sociale peut par ailleurs identifier l'identité locale, nationale et supranationale¹. Par cela, il est possible de déterminer les cultures propres aux sous-groupes des médecins et des CHU. Selon Tajfel, l'identité sociale des groupes est construite en fonction des idéologies, valeurs et cultures partagées avec les groupes d'appartenance. Elle représente donc la personnalité de base d'un groupe ainsi que la somme de ses expériences dont l'éducation et ses différentes interactions. L'identité sociale construit l'image de soi et l'image perçue du groupe social. Cette construction est réalisée à partir des savoirs partagés qui sont homogènes à l'intérieur de leur culture².

L'identité sociale représente des principes et des positions liés aux rapports sociaux, professionnels et symboliques qui illustrent bien une représentation sociale de leur personnalité commune. Par ailleurs, il existe deux types d'identités sociales. Le premier est relié à l'espace géographique (territorial) comme cité précédemment, et le deuxième type par contre est relié aux catégorisations sociales. La théorie de l'identité sociale appelée SIT (social identity theory) a donc pour finalité de comprendre les causes de l'apparition des conflits entre les membres d'un même groupe et entre des groupes différents ou sous-groupes différents. Elle permet à travers cela d'étudier les interactions interpersonnelles et les différentes influences, perceptions et actions.

En effet, la création d'un sous-groupe représente une combinaison d'identification et de catégorisation qui créent leur identité sociale. L'auto catégorisation qui représente l'image de soi et les stéréotypes de chaque membre définit en premier lieu les préférences inconscientes et guidées socialement. La catégorisation sociale décrit alors les caractéristiques typiques des groupes sociaux qui permettent d'identifier les différences idéologiques par rapport aux autres groupes appartenant à une même structure. La catégorisation sociale permet donc de définir l'identification sociale qui construit une similarité de pensée et une appartenance au groupe. Cet attachement augmente les valeurs et les émotions, telle que toute idée opposée ou différente représente une source d'anxiété et de contrariété³.

Les travaux de Turner se concentrent entre 1991 et 1999 sur l'auto catégorisation qui permet de relier les différentes interactions comme des processus avec la performance des organisations. Suivant sa théorie SCT (Self-Categorization Theory), chaque médecin représente des pratiques de travail qui sont constituées de la somme des compétences, d'une formation,

¹ Wittorski, R., *Op-Cit.*, pp. 199-203.

² Kunnen, S-E., Bosma, H-A., *Le développement de l'identité: un processus relationnel et dynamique, L'orientation scolaire et professionnelle*, Vol. 35, N. 2, 2006, pages 183-203, pp. 183-184.

³ Forsyth, D-R., *Group Dynamics*, Ed. Wadsworth Cengage Learning, 5th ed., London, 2010, pp. 77-79.

d'une expérience et d'un savoir être et faire. Systématiquement parlant, chaque médecin représente un input qui régit son propre processus telle que l'interaction entre les différents médecins qui met en confrontation ou raccorde les similarités et différences en termes de pratiques de travail.

Les interactions et échanges constituent des processus à l'échelle du groupe qui représentent ensuite à leur tour des inputs dans le système. Ces différents processus sont ensuite influencés par la motivation, le travail d'équipe, le leadership, les conflits, la communication, les objectifs et intérêts communs ainsi que par la cohérence des équipes de travail. L'impact causé par ces différentes variables affecte positivement comme négativement les outputs du système. Ces outputs représentent dans le cas de cette recherche la sensibilisation et le développement de la culture de responsabilité des médecins.

Etant un système dynamique, les constatations des outputs sont ensuite prises en compte au niveau des processus individuels et de groupe afin d'améliorer les pratiques de travail des médecins et d'améliorer leurs différentes interactions¹. Cette théorie permet donc de déterminer les sources de motivation et de démotivation des médecins en fonction de leur catégorisation sociale selon l'âge, le sexe, le grade et l'appartenance structurelle. Elle identifie les différences idéologiques et les différentes pratiques de travail des sous-groupes qui éclaircissent et qui sont à l'origine de création de conflits, de barrières sociales internes et de comportements opportunistes. Cela s'explique par la subjectivité vécue² et perçue par les médecins de la conscience commune d'appartenance qui est différente ou qui s'oppose aux autres groupes des médecins ou à l'équipe dirigeante³.

2.3.1.2. Théorie de la dynamique des groupes de Kurt Lewin

La théorie de la dynamique des groupes de Lewin met en lien le leadership, la relation dynamique dans le groupe et la communication d'influence inter et intragroupe. Premièrement, le style de leadership appliqué explique les phénomènes de groupes et des relations interpersonnelles. Il développe le système social interactionnel entre le médecin et l'équipe dirigeante, entre le médecin et les groupes catégoriels de médecins, et entre ces groupes catégoriels et l'équipe dirigeante. Le leadership détermine le climat organisationnel et

¹ Forsyth, D-R., *Op-Cit*, pp. 50-51.

² Kelly, J-R, Spoor, J-R., *Affective influence in groups*, 8th Annual Sydney Symposium of Social Psychology, University of New South Wales, Sydney, 14-17 Mars 2005, p. 5.

³ Dubar, C. *Identités professionnelles : le temps du bricolage*, pages 141-148, In *Identité(s) : l'individu, le groupe, la société*, Ed. Editions Sciences Humaines, Paris, 2004, pp. 142-143.

interactionnel¹. Il régule aussi le niveau de bien-être, d'harmonie et de stress dans l'organisation. Le leadership clarifie selon l'approche psychologique la qualité de la représentation sociale dans le groupe. Il explique aussi la cohérence et la cohésion affinitaire qui justifient la constitution de groupes restreints et informels.

2.3.1. 2.1. Impact des pratiques du leadership sur l'influence sociale

Le leadership détermine la qualité des bonnes attitudes de l'équipe dirigeante à développer une cohésion culturelle visant à unifier l'ensemble des groupes et acteurs dans le renforcement de valeurs, croyances et normes partagées et consensuelles. De ce fait, l'équipe dirigeante exerce par le biais du style de leadership appliqué une influence implicite et explicite sur le groupe². Cela résulte de la qualité des communications interpersonnelles entre l'équipe dirigeante et les différents groupes de médecins dans le cas de cette recherche. Toutefois, la rationalité limitée justifie la prise en compte des communications professionnelles et sociales entre les deux parties. Le poids formel et informel justifie alors l'influence que l'équipe dirigeante exerce sur les médecins dans les CHU.

L'influence exercée par les leaders représente des pressions exercées par l'équipe dirigeante reflétant le poids de l'autorité et de la hiérarchie formelle. Elle est aussi exercée par des leaders informels. Ces acteurs représentent des groupes de médecins influents³. Ces groupes influents jouent un rôle significatif dans le fonctionnement interactionnel et organisationnel des groupes. Leur système de pouvoir acquis ou attribué justifie le poids qu'ils peuvent exercer aussi sur l'autorité formelle. Cela démontre que les groupes catégoriels des médecins subissent l'influence de l'équipe dirigeante, l'influence des groupes influents et la résultante des jeux de pouvoir entre l'équipe dirigeante et les groupes influents. Toutefois, il faut mentionner que le poids des groupes influents dépend du style managérial et des orientations du leadership appliqué par l'équipe dirigeante. Cette résultante est expliquée dans l'approche par les traits de caractère, par l'approche situationnelle et par l'approche de la contingence.

Les travaux de Lewin en 1944 permettent ainsi d'expliquer les phénomènes des groupes restreints face aux groupes majoritaires. Ils s'orientent aussi aux limites engendrées par le leadership comme l'accroissement du pouvoir de l'autorité informelle à travers la multiplication

¹ Anzieu, D., Martin, J-Y., *La dynamique des groupes restreints*, Ed. Presses Universitaires de France PUF, 2^{ème} éd., Paris, 2013, pp. 211-223.

² Mucchielli, R., *La dynamique des groupes : Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Ed. ESF Editeur, 23^{ème} éd., Paris, 2015, pp.104-141.

³ Aebischer, V., Oberlé, D., *Le groupe en psychologie sociale*, Ed. Dunod, 4^{ème} éd., Paris, 2012, p.31.

des jeux de pouvoir. Ses travaux expliquent aussi le lien entre l'influence sociale, la qualité du climat interactionnel et le comportement des acteurs dans les groupes (inter et intra groupes). Lewin explique alors le mode d'action de l'autorité formelle à travers l'ensemble des pratiques managériales et sociales qui en découlent. Il explique aussi la dynamique des groupes qui représente une résultante de la satisfaction de l'autorité formelle.

2.3.1.2.2. Motivation et influence sociale

La régulation des pressions et jeux de pouvoir engendrée par l'influence de l'équipe dirigeante représente l'atteinte d'un équilibre entre les intérêts organisationnels, les intérêts de l'équipe dirigeante et les intérêts des médecins. Cela prend en compte les besoins, les attentes, les droits et les obligations de l'ensemble des parties en vue d'unifier et non de générer des exclusions internes. Cette unification renforce la motivation des médecins¹ qui explique à son tour un engagement plus significatif vis-à-vis des CHU. La régulation de l'influence sociale engendre donc une motivation vers le volontarisme sociétal à travers une régulation sociale des interactions internes.

L'accroissement de la motivation représente des relations intégrées. Cela satisfait le besoin d'appartenance, de considération et de valorisations tant sociales que professionnelles. Le renforcement de la motivation dépend donc de la forme d'autorité, du niveau de contrôle, du niveau de la compréhension et de l'écoute mutuelle ainsi que du niveau de confiance entre les deux parties. La culture de responsabilité est donc renforcée et acceptée à travers une amélioration de l'organisation par groupe². En effet, l'identification, la résolution et la responsabilisation de l'ensemble des acteurs dans l'absorption des problèmes internes renforce la perception de l'appartenance. La sensibilisation des médecins aux valeurs responsables, à la responsabilisation partagée et aux principes de la culture de responsabilité dépend de la mise en place d'un management participatif et transversal qui valorise la synergie de l'équipe. Celle-ci vise à basculer par ailleurs d'un commandement rigide vers une responsabilisation active à travers une liberté d'action des médecins dans les CHU.

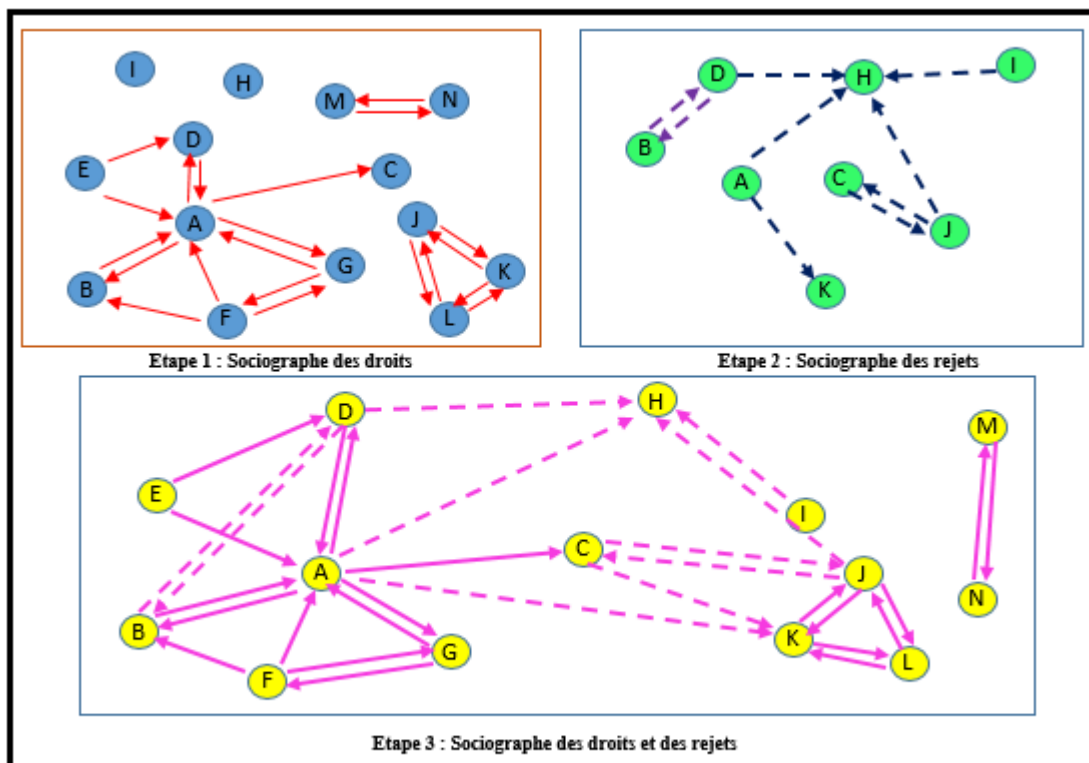
¹ Kaufmann, P., *Kurt Lewin : une théorie du champ dans les sciences de l'homme*, Ed. Librairie Philosophique Vrin, Paris, 2002, p.284-290.

² Autissier, D., *Méthode de conduite du changement : Diagnostic, accompagnement, pilotage (stratégies et management)*, Ed. Dunod, 3^{ème} éd., Paris, 2013, pp. 154-168.

2.3.1.2.3. Constitution des groupes et poids de l'influence sociale

La sociométrie explique la dimension sociale interactionnelle entre l'équipe dirigeante et les médecins. Elle explique le poids de la hiérarchie informelle sur la qualité des interactions dans le groupe. Par ailleurs, elle identifie la structure affective informelle qui conditionne les croyances, attitudes et comportements des acteurs et des groupes les uns par rapport aux autres. La sociométrie développe l'expression des relations vécues dans le groupe en justifiant les affinités et les sources de conflits interpersonnels. Elle dégage dans cette optique le niveau et les formes d'affectivité qui se tissent au sein même du groupe. Cela permet d'exposer ainsi l'engendrement du favoritisme et des groupes restreints.

Fig. 2.1. Affinité, affectivité et rejet dans le groupe



Source : Elaboré par nos soins sur la base de Moreno, J., L., Fondements de la sociométrie, Ed. Presses Universitaires de France PUF, 2^{ème} éd., Paris 1970, p55

La sociométrie explique l'ensemble des représentations et de la perception des autres (principalement la perception de l'équipe dirigeante par les médecins). Toutefois, ces représentations et perceptions se développent vis-à-vis de soi, du groupe de référence, du groupe d'appartenance, de soi dans le groupe d'appartenance et des autres groupes. L'ensemble de ces perceptions explique le niveau de conformisme, de soumission et de déviance vis-à-vis des valeurs et pratiques conduites par l'équipe dirigeante. La figure 2.1 montre l'exclusion des groupes en se référant aux affinités interpersonnelles informelles dans le groupe.

Elle montre à travers un Sociographe la constitution des différentes affinités interpersonnelles. Celles-ci expliquent l'affectivité et la qualité des interactions dans le groupe. La figure 2.1 illustre alors la peur du rejet des médecins face au groupe ou à l'équipe dirigeante. En effet, la qualité de collaboration et de communication entre l'équipe dirigeante ne se limite pas qu'aux rapports professionnels¹, elle se déploie aussi à travers des choix en fonction des groupes catégoriels, des intérêts recherchés, du niveau d'interdépendance et de la convergence des valeurs et des idéologies². Par ailleurs, le développement de comportements non conformistes par un acteur entraîne son rejet du groupe³. Cela affecte de ce fait le niveau de conformisme et de soumission aux autorités formelles et informelles.

Les travaux de Lewin sont dans une continuité des travaux de Moreno. Lewin explique par ce biais les interactions, les affinités et les rejets en fonction des normes, croyances, valeurs et perceptions qui régissent le groupe. Il développe dans ses recherches la notion de la constitution des groupes dépendant de plusieurs variables. De ce fait, il existe des groupes de médecins formés momentanément dans les CHU pour atteindre un intérêt à court terme défini majoritairement. Il représente pour la plupart du temps un groupe persistant et confrontant. Cela explique que le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins dans les CHU dépend des interactions, des normes, des intérêts et des objectifs communs, des émotions et des perceptions collectives, de la hiérarchie ou de la structure informelle, de l'inconscient collectif et du système social interactionnel⁴.

Le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante définit le pouvoir normatif exercé à l'encontre des médecins dans les CHU. Ce pouvoir représente la pression ou la conformité. Celles-ci représentent des tensions conscientes et inconscientes exercées par l'équipe dirigeante et les groupes influents afin de faire intégrer les médecins aux valeurs et normes communes. De ce fait, l'équipe dirigeante peut employer des pressions de conformité visant à renforcer l'adhésion des médecins aux valeurs responsables qui conditionnent la responsabilité partagée et la force de la culture de responsabilité. Le pouvoir normatif représente aussi le niveau de marginalisation et de déviance dans les CHU. Cela représente les médecins ou groupes catégoriels de médecins qui développent des valeurs et des comportements différents de ceux de l'équipe dirigeante. Ces médecins rejettent les valeurs, les pratiques, les idéologies et les

¹ Allard-Poesi, F., *Kurt Lewin : De la théorie du champ à une science du social*, Ed. EMS, Paris, 2009, pp. 8-14.

² Lewin, K., *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*, Ed. Martino Fine Books, Eastford, 2013, p.5-12.

³ Lewin, K., *Psychologie dynamique : Les relations humaines*, Ed. Presses Universitaires de France PUF, Paris, 1959, pp.145-186.

⁴ Mailhiot, G., B., *Dynamique et genèse des groupes : Actualité des découvertes de Kurt Lewin*, Ed. EPI, Paris, 1968, pp. 145-171.

orientations de l'équipe dirigeante ou des groupes influents qui conditionnent leur manière d'agir et de faire dans les CHU.

Le pouvoir normatif définit aussi la désignation de la catégorisation et de l'auto catégorisation des médecins à des groupes d'appartenances ou à des groupes de références. Il définit dans cette voie la focalisation du groupe soit, vers l'harmonie et le consensus interpersonnel soit, vers l'atteinte de la performance hospitalière. Cette orientation détermine les priorités propres aux médecins. Les médecins orientés vers l'harmonie au travail se focalisent sur l'amélioration des processus d'entente, de compréhension et d'application des règles de conduites. Ce groupe de médecins associe la culture de responsabilité à sa capacité à maintenir un bien-être social dans les CHU. Par contre, les médecins orientés vers la performance hospitalière se focalisent sur l'amélioration de la coopération en vue d'engendrer des flexibilités organisationnelles. Ce groupe de médecins associe la culture de responsabilité à sa capacité à renforcer la responsabilité partagée afin d'appliquer un leadership transversal orienté vers l'amélioration continue.

L'importance de l'appartenance des médecins s'explique par les besoins d'appartenance et d'estime de Maslow. Cette appartenance développe l'esprit d'équipe à travers la reconnaissance et la loyauté envers le groupe. Cela développe un engagement personnel et groupal à travers une identification au groupe¹. Cet engagement renforce le niveau de responsabilisation et de conscience des médecins des retombées sociétales des CHU. Cela explique que le niveau de responsabilisation des médecins à travers le renforcement de leurs valeurs et comportements représente un double engagement. Il symbolise non seulement un engagement interpersonnel mais aussi un engagement dans le travail commun assigné dans les CHU.

La satisfaction des médecins des valeurs et pratiques de l'équipe dirigeante améliore la communication interpersonnelle entre les deux parties. Par contre leur insatisfaction justifie la création de sous-groupes régis par des sous-cultures propres et distinctes. Leur insatisfaction aboutit dans cette voie au développement de contre cultures. Toutefois, une réduction d'uniformité et de conformisme est accrue avec l'amplification du poids de l'autorité informelle². De ce fait, plus il existe une forte sensibilité aux relations interpersonnelles informelles, et plus une déviance de la culture hospitalière est constatée dans les CHU. Le poids

¹ Kurt, L., *Une théorie du champ dans les sciences de l'homme*, Ed. Librairie Philosophique Vrin, Paris, 1968, pp. 290-315.

² Kurt, L., *Psychologie dynamique : les relations humaines*, Presses Universitaires de France PUF, Paris, 1967, pp.201-225.

de l'autorité informelle modifie donc les attitudes, les croyances, les idéologies, les opinions et les comportements des médecins.

2.3.1.3. Dimensions de la culture organisationnelle

L'idée principale des travaux de Schein est illustrée dans la recension des écrits. Il met en relation la culture organisationnelle sur le leadership appliqué au sein d'une entreprise. Il explique par ailleurs l'émergence de la culture dans des nouveaux groupes qui s'intègrent dans un lieu de travail où il existe préalablement des codes de conduites et des habitudes sociales et organisationnelles.

2.3.1.3.1. Niveaux et dimensions de la culture de Schein

Ce point présente les niveaux et les dimensions de la culture selon le chercheur Schein. Cela permet de démontrer le poids de chaque niveau et de chaque dimension sur le système interactionnel et sur la force des valeurs.

2.3.1.3.1.1. Modèle des niveaux de la culture de Schein

La figure 2.1 illustre les trois niveaux de la culture qui se composent des croyances de base, des valeurs partagées et des artefacts comme présentés dans la recension des écrits. Les titres suivants permettent de comprendre les fondements théoriques de Schein pour chaque niveau ainsi que leur utilité pour la recherche doctorale.

2.3.1.3.1.1.2. Niveau profond des croyances de base

Le niveau inconscient et invisible représente des postulats fondamentaux de la personnalité du groupe. Par l'étude de ce niveau, il est donc possible de déterminer les relations des médecins avec leur environnement. Il permet par ailleurs de connaître la vraie nature des relations humaines et des activités sociales au niveau des CHU. Suivant la théorie de l'identité sociale de Tajfel, cela permet de déterminer la personnalité innée ainsi que la personnalité construite. L'étude de ce niveau profond permet d'identifier les vraies valeurs qui peuvent être exprimées ou cachées. Ces valeurs sont alors la principale source conductrice qui justifie l'adhésion aux valeurs partagées et les actions des médecins.

Ces croyances de base permettent anthropologiquement parlant de déterminer les orientations des valeurs dominantes. Celles-ci déterminent par la suite les préférences de chacun. La théorie de Schein rejoint les travaux d'Argyris qui stipulent que les valeurs et

croances implicites guident les comportements de groupes. Celles-ci façonnent aussi leur manière d'apercevoir, de penser et de ressentir les différentes choses. Il est donc possible d'agir sur les sources de motivation et les volets de l'identité sociale qui sont construits en interaction avec l'environnement. En effet, l'identité sociale définit la personnalité de groupe qui est conjointe à la personnalité innée de chaque médecin.

L'analyse de ce niveau permet par cela de comprendre et de définir la signification de chaque paramètre, les différentes réactions propres à chaque situation, l'attention et l'importance accordée à chaque chose. Cela permet par ailleurs de déterminer les actions et décisions à prendre dans différentes situations en prenant en compte la partie tant visible qu'invisible de la personnalité de groupe des médecins¹. Les médecins comme tout être humain ont besoin de repères, de stabilité et d'un minimum de contrôle de leur environnement². De ce fait, toute nouvelle situation ou variable inconnue ou qui est à l'opposé de leur idéologies et croyances de base est une source d'anxiété. Celles-ci représentent aussi une source de réaction violente et opportuniste. Les changements ayant donc pour finalité de revoir les croyances de base partagées dans un groupe socioprofessionnel. Qu'elles soient propres aux médecins ou à chaque grade, elles font perdre les repères psychologiques individuels et de groupe.

Ces changements remettent automatiquement en question les fondements de la culture de base et à contredisent l'ensemble de leurs principes acquis dans leur enfance et à travers leurs différentes expériences. C'est à travers cela que la prise en compte des réels besoins des médecins dans les pratiques managériales et systèmes selon leurs croyances de base permet l'instauration d'une stabilité. L'épanouissement personnel et professionnel des médecins instaure alors une stabilité dans le climat de travail et crée l'ensemble des bonnes conditions pour une sensibilisation vers la responsabilité partagée et vers le renforcement des valeurs et pratiques sociétales³.

2.3.1.3.1.1.3. Niveau intermédiaire des croyances et valeurs partagées

Après le côté inné et personnel qui définit la personnalité des médecins, le niveau intermédiaire des valeurs acceptées représente l'ensemble des idéologies, philosophies, principes et stratégies organisationnelles communes. Ces valeurs sont conscientes et doivent être acceptées et partagées par tous afin d'arriver au consensus. Cela permet aussi l'atteinte de

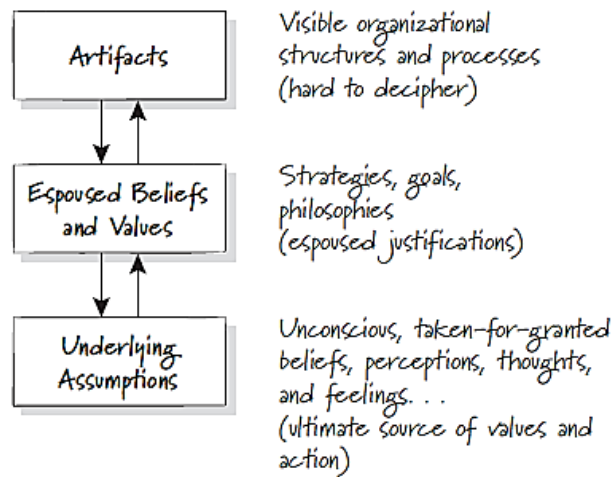
¹ Schein, E-H. *Op-Cit.*, 1995, pp. 30-36.

² Savoie, A., Brunet, L., *Climat organisationnel et culture organisationnelle: Apports distincts ou redondance?*, *Revue québécoise de psychologie*, Vol. 21, N. 3, 2000, pages 179-200, p.184.

³ Schein, E-H. *Op-Cit.*, pp. 30-36.

l'optimisation des intérêts communs. Ce niveau englobe alors les valeurs et croyances qui définissent la culture organisationnelle du CHU (figure 2.2).

Fig. 2.2.-Niveaux de la culture organisationnelle de Schein



Source: Schein, E-H. *Op-Cit.*, 2004, p. 26.

Cependant, l'ensemble des médecins ne peuvent pas pour autant partager et accepter les valeurs imposées par l'équipe dirigeante des CHU. Ce refus d'adhésion aux valeurs organisationnelles est à l'origine de l'apparition de tous types de barrières internes. Il influe aussi sur les processus d'exécution des politiques et stratégies managériales. De ce fait, l'équipe dirigeante des CHU joue un rôle important dans l'intégration des bonnes valeurs organisationnelles. Elle joue un rôle tout aussi stratégique dans l'adhésion des médecins à leurs valeurs afin d'implanter une forte culture organisationnelle.

Ces croyances et valeurs partagées représentent l'identité du CHU contrairement au premier niveau qui représente l'identité sociale des médecins. Les croyances et les valeurs partagées représentent un savoir partagé de part des expériences et des actions communes. Ces idéologies de groupes qui peuvent être en accord ou en désaccord avec celles de l'équipe dirigeante sont pour la plupart conduites par des meneurs leaders influents qui orientent l'idée commune des médecins. Ce meneur peut être une personne charismatique du corps médical, un groupe influent ou un responsable hiérarchique.

Ces nouvelles valeurs sont proposées, débattues, confrontées puis validées ou rejetées par les médecins. Il est nécessaire de savoir par cela que l'ensemble des croyances et valeurs ne peuvent être automatiquement une source de transformation positive ou négative au niveau des CHU. La première exigence reste la validation sociale d'une idéologie, croyance, valeur

ou coutume interne par les médecins. Il faut donc déterminer celles qui ont un fort impact et une concordance avec les croyances de base communes au plus grand nombre des médecins afin de pouvoir alors intégrer des valeurs responsables. Tel que, ces croyances et valeurs permettent alors de prédire les différents comportements dans le niveau des artefacts¹.

2.3.1.3.1.1.3. Niveau visible des artefacts

Le troisième niveau qui est le niveau supérieur comme présenté dans la figure 2.2 représente la somme des modes de comportements sociaux assumés qui sont visibles et audibles. Ces comportements sont la résultante de la confrontation entre les croyances et valeurs de base des médecins avec les croyances et valeurs partagées au niveau des CHU. Les artefacts représentent donc les structures et processus informels et formels qui influent sur les prises de décisions et orientations stratégiques des CHU.

Ce troisième niveau représente donc le climat interactionnel du groupe qui dépend toutefois des deux niveaux inférieurs. Il peut s'analyser en étudiant les manières, les rituels, les histoires, les mythes et la liste des valeurs formelles. Il permet par ailleurs d'analyser les processus organisationnels, les comportements de routine, les éléments de structure comme les chartes internes ainsi que les descriptions formelles expliquant le mode de fonctionnement des CHU². Il est à noter toutefois qu'il est dangereux d'essayer de changer l'identité sociale des médecins car elle reste inchangée. Le niveau intermédiaire par contre peut être amené à des changements dans le long terme à condition d'implanter une stratégie de changement continu sans pour autant rentrer en contradiction avec le cadre de référence, la culture existence et leur identité propre.

Les artefacts qui s'illustrent sous forme de climat social représentent une projection des émotions, interprétations et réactions des médecins. Les changements continus proposés et imposés par l'équipe dirigeante des CHU ou par les mutations de l'environnement interne hospitalier sont interprétés d'une manière différente d'un groupe à un autre suivant leurs idéologies³.

¹ Schein, E-H. *Op-Cit.*, 2004, pp. 28-30.

² Schein, E-H. *Op-Cit.*, 2004, pp. 25-27.

³ *Ibid.*

2.3.1.3.1.2. Dimensions de la culture organisationnelle selon Schein

Il existe selon Schein plusieurs dimensions qui se présentent sous une multitude de croyances et principes de base qui changent d'un individu à un autre et d'un groupe à un autre. Chaque groupe a une nature humaine différente. Cela se traduit par la différence de tempérament, des sens des priorités et des différentes visions idéologiques. Les médecins voient donc les activités des CHU d'un œil différent selon leurs groupes d'appartenance (que ce soit de grade ou d'idéologie). Ces différences perceptuelles concernent la répartition des activités, l'organisation des réunions ou de l'impact de la bureaucratie.

Les croyances de bases varient selon l'effet de la hiérarchie informelle sur la formelle. Elles changent en fonction de l'importance accordée à la nature du temps comme le principe du respect des délais. Elles se modifient aussi en fonction de l'effet de l'entretien des espaces verts, de l'aménagement des espaces et de l'ergonomie sur l'épanouissement au travail des médecins. Chaque groupe de médecins partage alors des croyances de base différentes et perçoit le mal/bien, la réalité/illusion et même la vérité/mensonge différemment. De ce fait, les adaptations externes et les intégrations managériales internes qui peuvent être proposées voire même changées d'un responsable à un autre sont continuellement ressenties, perçues et comprises différemment¹.

2.3.1.3.2. Modèle de l'oignon et dimensions de la culture nationale de Hofstede

Le point qui suit présente les couches intérieures et extérieures du modèle de l'oignon. Il présente aussi les différentes dimensions culturelles qui définissent aussi bien la force de la culture organisationnelle que les pratiques managériales et sociales qui en découlent. Les travaux de Hofstede proposent une vision un peu plus poussée que Schein en se focalisant sur l'étude de la culture nationale et des sous-cultures nationales comme présentées dans la recension des écrits. Selon ces travaux, il est nécessaire d'identifier les différentes dimensions de la culture nationale afin de comprendre le comportement des médecins dans leur contexte social et environnemental.

2.3.1.3.2.1. Modèle de l'Oignon de Hofstede

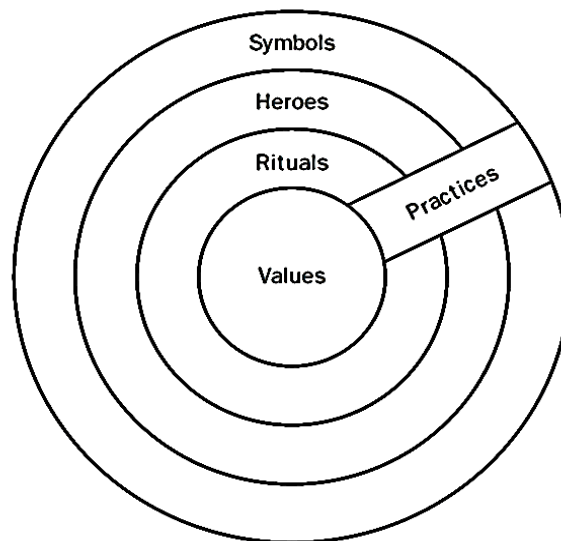
Hofstede s'inspire de son modèle des niveaux de l'unicité de la programmation mentale² pour élaborer son modèle de l'oignon qui se compose de 4 niveaux. Il insiste par ailleurs sur

¹ Schein, E-H. *Op-Cit.*, 2010, pp. 85-189.

² Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, p. 8.

l'impact de l'apprentissage social à travers l'éducation et les expériences qui composent la culture. Cet apprentissage démontre les différences constatées entre les différents groupes appartenant à des espaces ou à des classes différentes. Les niveaux de son modèle de l'oignon sont les valeurs, les rituels, les héros et les symboles. Ces trois derniers représentent les pratiques comme ils sont illustrés dans la figure 2.2. Ils sont superposés sous formes de couches exactement comme un oignon.

Fig. 2.3.-Modèle de l'Oignon de Hofstede



Source: Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, p. 8.

La couche superficielle/supérieure qui est visible et connue par tous représente les symboles. Par contre la plus profonde et invisible ou difficilement connaissable et identifiable représente par contre les valeurs. La culture se manifeste et fait ressortir les différences culturelles propres à chaque groupe pour les 4 niveaux¹. Le processus d'apprentissage des valeurs et des pratiques (rituels, héros et symboles) se divise en 2 parties. La première concerne les valeurs et s'acquière entre 0 à 10 ans grâce à la famille et à l'école. La deuxième partie concerne les pratiques et s'acquiert entre l'âge de 10 à 20 ans à travers l'école et le travail. Après l'âge de 20 ans, l'individu ou le groupe d'individus commencent graduellement à forger leurs propres valeurs et pratiques indépendamment de toute assistance.

Les symboles représentent des objets, mots, images, styles vestimentaires, drapeaux, slogans ou gestuels spécifiques aux médecins. Ils reflètent par cela l'image perçue (la réputation) des CHU, leurs spécificités culturelles et l'importance de leurs infrastructures

¹ Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, pp. 7-9.

(figure 2.3). Les héros par contre représentent un modèle à suivre en termes de comportements exemplaires et de réussites. Ils peuvent représenter un leader meneur, un médecin exemplaire de par ses réussites médicales ou scientifiques ou encore un responsable hiérarchique charismatique.

La dernière couche des pratiques représente les rituels. Ceux-ci représentent des activités collectives partagées entre les médecins comme des cérémonies sociales ou religieuses. Ils représentent aussi le déroulement des activités et des réunions ainsi que l'interaction quotidienne et toute forme d'échange de routine spécifique aux médecins au niveau des CHU. Ces trois couches supérieures de l'oignon représentent des pratiques car elles sont visibles par tous. Elles dégagent donc une compréhension et un message culturel qui est interprété différemment par les parties prenantes externes directes et indirectes des CHU. Le centre de l'oignon est dédié aux valeurs. Celles-ci déterminent les contradictions et fixe la barrière établissant les limites que le groupe ne doit pas dépasser pour rester intègre. Aucun groupe de médecins malgré ses différences idéologiques et catégorielles ne peut échapper à la culture nationale ou aux sous-cultures nationales et organisationnelles qui impactent à un petit ou à un grand pourcentage les comportements et principes des médecins¹.

2.3.1.3.2.2. Dimensions de la culture nationale de Hofstede

Hofstede identifie 5 dimensions culturelles à travers lesquelles il analyse les différentes orientations culturelles et pratiques organisationnelles dans plus de 150 pays². Il détermine par ailleurs les différences d'orientations au niveau des multinationales implantées dans différents pays en constatant l'effet de la culture sur les pratiques managériales.

2.3.1.3.2.2.1. Faible distance hiérarchique/ forte distance hiérarchique

Cette première dimension culturelle permet d'analyser la distance hiérarchique entre la direction des CHU ou tout responsable hiérarchique ou chef de service et les médecins. Il existe deux styles de distance hiérarchique qui sont la faible distance et la forte distance (tableau 2.1).

¹ Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, pp. 8-13.

² Voir : <http://geert-hofstede.com> pour comparer entre les dimensions culturelles des pays.

La faible distance se caractérise par une flexibilité managériale qui intègre le médecin dans les processus de prise de décision ; une importance capitale est par ailleurs attribuée à l'interdépendance et à l'équité.

Tab. 2.1.- Styles de distance hiérarchique de Hofstede

<i>Faible distance hiérarchique</i>	<i>Forte distance hiérarchique</i>
- Inégalités sont réduites	-Inégalités souhaitées
- Interdépendance entre ceux qui ont et n'ont pas de pouvoir	-Les plus faibles dépendent des plus forts
- Décentralisation de pouvoir	-Centralisation du pouvoir
- Consultation des subordonnés	-Commandement des subordonnés
- Leadership démocrate	-Leadership autocrate
- Les symboles de prestige sont mal perçus	-Les privilèges sont considérés comme normaux
- Droits égaux	-Les puissants ont des privilèges

Source : Construit par nos soins à partir de : Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, pp.53-86.

La forte distance hiérarchique se caractérise par contre par une rigidité administrative et une organisation procédurière et hiérarchique. Le respect de la voie hiérarchique est donc très important ou chaque médecin est traité, respecté et est consulté selon l'importance de son grade ou fonction.

2.3.1.3.2.2. Individualisme/ Collectivisme

La deuxième dimension culturelle analyse le niveau d'individualisme ou de collectivisme dans l'organisation. Elle détermine si la priorité est tournée vers l'atteinte des intérêts personnels ou vers les intérêts communs du CHU (Tableau 2.2).

Tab. 2.2.- Tendance collectiviste et individualiste de Hofstede

<i>Collectivisme</i>	<i>Individualisme</i>
- Appartenance à un groupe	-Chacun pour soi
- Nous	-Je
- Relation employeur/employé : base moral et lien familial	-Relation employeur/employé : contrat fondé sur des avantages réciproques
- Recrutement et promotion selon l'appartenance aux groupes	-Recrutement et promotion selon la compétence
- La relation avant l'affaire	-L'affaire avant la relation
- Vie privée est liée à la vie professionnelle	-Séparation entre la vie privée et la vie professionnelle
- Intérêts collectifs	-Intérêts personnels
- Harmonie et consensus	-Épanouissement personnel

Source : Construit par nos soins à partir de : Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, pp.89-

L'orientation collectiviste permet de considérer les collègues comme une seconde famille. Dans ce cas, les relations informelles et la hiérarchie informelle prennent une grande place dans les pratiques managériales et dans les processus de prise de décision. La tendance

est alors permissive ou les sentiments affectent sur la rationalité. L'individualisme par contre met une nette séparation entre la vie privée et professionnelle. Il n'y a donc aucune place à la familiarité ou à n'importe quel privilège accordé. Dans une orientation collectiviste, l'approche est de type gagnant/gagnant ou perdant/gagnant. Les membres d'un groupe peuvent donc se sacrifier pour l'intérêt commun et pour primer l'harmonie générale. L'orientation individualiste par contre prime la compétence, l'éthique et l'équité.

2.3.1.3.2.2.3. Degré de masculinité/ Degré de féminité

Cette troisième dimension étudie l'orientation managériale et organisationnelle qui peut être masculine ou féminine. Une orientation managériale à tendance féminine prime l'harmonie, le consensus et la qualité de vie. L'orientation masculine par contre se concentre sur la compétition, la compétence et l'affirmation de soi. Le tableau 2.3 ci-après présente leurs spécificités respectives.

Tab. 2.3.- Orientation managériale féminine et masculine de Hofstede

<i>Orientation managériale féminine</i>	<i>Orientation managériale masculine</i>
- L'attention aux autres	- Succès matériel
- Modestie	- Ambition et affirmation de soi
- Tendresse des hommes et femmes	- Tendresse des femmes uniquement
- On travaille pour vivre	- On vit pour travailler
- Égalité, solidarité et qualité de vie au travail	- Équité, concurrence et performance
- Résolution des conflits par le compromis	- Résolution des conflits par l'affrontement
- Priorité préservation de l'environnement	- Priorité maintien de la croissance économique

Source : Construit par nos soins à partir de : Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, pp. 135-

184.

Dans un CHU à orientation féminine, tout comportement opportuniste qui s'affirme et qui élève la voix est à bannir. Cette personne se verra alors isolée et bloquée. Le stress est mal accueilli et représente une source de frustration et de démotivation qui nuit négativement la performance. A l'inverse, un CHU à orientation masculine résout tout problème interne par une confrontation directe. Le stress est considéré comme un stimulus comme incite à la performance et à l'amélioration.

2.3.1.3.2.2.4. Faible contrôle de l'incertitude/ Fort contrôle de l'incertitude

La quatrième dimension traite de la perception de l'environnement et du besoin ou non de le contrôler. Un CHU caractérisé d'un faible contrôle de l'incertitude représente une structure flexible qui favorise l'innovation et l'amélioration. Ce CHU intègre alors les variables

et incertitudes environnementales externe en s’y adaptant. La création de valeur est donc optimisée à travers le consensus et à la maîtrise de soi et de ses émotions (tableau 2.4).

Tab. 2.4.- Niveau de contrôle de l’incertitude

<i>Faible contrôle de l’incertitude</i>	<i>Fort contrôle de l’incertitude</i>
- Chaque jour comme il vient	-Se battre de jour en jour
- Peu de stress, bien-être	-Beaucoup de stress, anxiété
- Dissimuler ses émotions	-Exprimer ses émotions
- La nouveauté est curieuse	-La nouveauté est dangereuse
- Bon accueil des idées	-Résistance à l’innovation

Source : Construit par nos soins à partir de : Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, pp. 187-233.

Une structure qui aime contrôle toute incertitude dans son environnement voit l’évolution comme une lutte et une source d’anxiété. Les CHU contrôlant l’incertitude voient la nouveauté comme une source de perte de repère et comme un danger potentiel.

2.3.1.3.2.2.5. Orientation à court terme/ Orientation à long terme

La dernière dimension oppose une vision à long terme à une vision à court terme. Dans le cas où un CHU s’oriente à long terme, son système social représente alors une famille ou les différentes interactions suivent les règles familiales.

Tab. 2.5.- Orientation à long terme et à court terme de Hofstede

<i>Vision à long terme</i>	<i>Vision à court terme</i>
- Importance de la valeur de la formation	-Importance de l’auto-actualisation
- importance de l’équité	-Traiter les autres comme on veut être traité
- Séniors ont plus d’autorités sur les jeunes	-Créativité et individualisme
- L’entreprise est une famille	-Égalité des promotions

Source : Construit par nos soins à partir de : Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, pp. 235-274.

De ce fait, les seniors ont de l’autorité de par leur expérience et leur âge. D’un autre côté, les plus jeunes ou moins expérimentés doivent être soumis (Tableau. 2.5). Dans une organisation à orientation de long terme, l’investissement en formation et en amélioration des compétences représente une source centrale de motivation. Par contre dans une vision à court terme, la principale source de motivation des médecins représente la transparence et l’égalité des opportunités. Etant individualiste, la création de valeur est favorisée à travers l’épanouissement personnel et professionnel des médecins dans un environnement créatif et évolutif.

Ce point a recensé les fondements théoriques qui permettent de positionner une question de recherche pertinente et méritant réflexion. Par ailleurs, le point qui suit présente la question de recherche principale ainsi que les questions secondaires qui en découlent. Ces questions secondaires facilitent par ailleurs l'étude des hypothèses de recherches qui découlent d'idées théoriques et de d'observations.

2.3.2. Finalités des questions de recherche

Dans ce point sont présentés la question principale de recherche et les questions secondaires de recherche. L'objectif est d'avoir une compréhension des principaux éléments à étudier et à analyser.

2.3.2.1. Question principale de recherche

Le développement de la culture de responsabilité induit des améliorations sur la performance sociétale. La prise en compte de l'amélioration des prestations sanitaires ainsi que la prise en compte du volet tant social qu'environnemental dans les CHU passe par plusieurs points. Le premier étant le développement des processus de management internes vers des systèmes transversaux flexibles et régulateurs. Il représente aussi les programmes de formations visant à développer les compétences et les connaissances de l'équipe dirigeante et des médecins sur les principes de la responsabilité partagée. Le développement des compétences s'élargit aussi sur la mise en place d'un leadership renforçant les valeurs partagées et consensuelles entre l'ensemble des parties.

Le deuxième s'oriente autour de la sensibilisation à la compétitivité, à la citoyenneté, ainsi qu'à la responsabilisation à la durabilité des ressources. Le post-new public management hospitalier prend en compte les axes de la responsabilité sociétale et oriente sa stratégie sur la responsabilité sociale au service de la sociétale. De ce fait, la culture de responsabilité hospitalière permet particulièrement de prendre en considération les variables de deux composantes. La première, étant donné le management d'une organisation publique, joue un rôle actif dans sa communauté.

La deuxième traite la spécificité de relations interpersonnelles existantes entre les différents corps médical, paramédical, administratif et technique. La diversité des différents profils existant au sein d'une même organisation permet à travers l'étude des pressions sociales internes de détecter les défaillances, limites et risques organisationnelles. Ceci a pour objectif

d'identifier les variables qui freinent le renforcement des valeurs et comportements responsables des médecins dans les CHU à travers l'étude du système de pouvoir interne.

La culture de responsabilité intègre les indicateurs du contrôle de gestion sociale. Elle représente la résultante de la qualité des interactions professionnelles et interpersonnelles entre l'équipe dirigeante et les médecins. Elle résulte du niveau de satisfaction des pratiques managériales appliquées. La force de la culture de responsabilité permet de mettre en évidence les insuffisances sociales organisationnelles affectant le niveau d'engagement interpersonnel et le travail de groupe des médecins. Ces insuffisances qui affectent la force de la culture de responsabilité représentent un manque en formation ou en compétences, une existence de conflits entre groupes restreints et une dépréciation des conditions de travail.

Par ailleurs, le niveau de sensibilisation des médecins à la responsabilisation partagée reflète le niveau de rationalisation optimale de l'efficacité de la ressource humaine hospitalière. Le but est d'étudier la relation entre le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens. Il faut savoir par ailleurs que les dimensions culturelles internes sont réparties en différents niveaux qui composent ensuite la culture organisationnelle propre aux CHU selon les modèles de Schein¹ et de Hofstede². Cette question de recherche analyse plusieurs interactions telles que l'effet des deux niveaux du modèle de l'oignon sur le niveau de sensibilisation et d'implication des médecins dans la culture de responsabilité dans les CHU.

Le premier représente les influences et pressions exercées sur l'orientation des valeurs organisationnelles des médecins. Le deuxième représente le poids et la perception des pressions de pouvoir afin d'identifier si les pratiques managériales engendrent une motivation ou une démotivation à la responsabilisation partagée. Cette question de recherche prend en compte les spécificités environnementales, culturelles et temporelles. Les résultats de la recherche opératoire ne sont donc vérifiables que dans leur contexte spatio-temporel. Cela est dû à la variation des spécificités environnementales, à la rotation du personnel médical et de l'équipe dirigeante.

¹ Schein, E-H. *Op-Cit.*, p. 26.

² Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Op-Cit.*, 2010, p. 8.

2.3.2.2. Questions secondaires de recherche

De la question de recherche principale découle 7 questions secondaires, elles apportent plus de compréhension et proposent une méthodologie de recherche appropriée. Cela permet entre autre de mieux analyser et de répondre à la question de recherche.

2.3.2.2. 1. Première question secondaire

La première question secondaire vise à analyser le poids et la perception de l'influence sociale de l'équipe dirigeante dans les CHU algériens. Celle-ci détermine le poids de l'autorité formelle et informelle à travers la régulation des pressions et jeux de pouvoir engendrés par l'équipe dirigeante, les groupes influents et les groupes catégoriels des médecins. Par conséquent, elle représente un indicateur significatif qui démontre les différences de perception des pressions de pouvoir en fonction des groupes catégoriels des médecins. La différence entre ces groupes détermine la sensibilité des médecins aux jeux psychologiques et les éléments représentés comme pressions par les médecins.

La différence entre les groupes catégoriels détermine aussi le poids de la valorisation par le groupe dans le niveau de conformisme, de soumission ou de déviation. L'identification du poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante dans les CHU algériens détermine ainsi la qualité du climat interactionnel. Elle reflète aussi l'importance accordée à l'harmonie au travail et à l'amélioration continue. Cette analyse identifie la dominance d'une des deux orientations et les conflits qui y émergent afin de valoriser les valeurs majoritaires des groupes influents. Cette question secondaire permet aussi de déterminer si les pressions exercées sont implicites ou explicites. Elle détermine aussi si ces influences renvoient vers une cohésion ou vers une croissance des sous-groupes.

2.3.2.2.2. Deuxième question secondaire

La deuxième question de recherche approfondie le domaine de recherche de la première question secondaire. Elle permet de montrer si le poids et la perception du poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins sont les mêmes. Cela affiche l'effet de la perception du groupe ainsi que de l'inconscience du groupe sur l'identification du poids des influences. Cette question secondaire permet d'analyser si les perceptions diffèrent d'un groupe à un autre. Elle détermine aussi si la perception reflète avant tout un aspect individuel ou groupal. Cette analyse permet par ce biais de démontrer les idées et préceptes reçues. Elle

identifie aussi le poids du système de pouvoir des leaders meneurs dans le renforcement d'une perception positive ou négative de l'équipe dirigeante.

2.3.2.2.3. Troisième question secondaire

La troisième question secondaire s'oriente sur la détermination même de l'existence ou de l'absence d'une culture organisationnelle forte au niveau des CHU algériens. En effet, l'existence d'une culture organisationnelle forte démontre la forte implication des médecins et de l'équipe dirigeante des CHU dans des actions d'amélioration continue ou dans le renforcement d'une culture de responsabilité¹. Ces actions résultent dans l'amélioration de la qualité du climat social interne, le niveau d'engagement des médecins dans la responsabilité partagée et finalement le niveau de décentralisation du pouvoir décisionnel par l'équipe dirigeante dans les CHU.

L'analyse de la force de la culture organisationnelle montre si les CHU ont une culture hospitalière basée sur la cohésion des valeurs partagées et consensuelles. Cette analyse identifie les contre cultures et le niveau d'adhésion des valeurs des sous-cultures dans la culture hospitalière. Elle identifie par cette voie le niveau d'adhésion des médecins aux valeurs, normes, croyances et pratiques de l'équipe dirigeante. Cette analyse détermine aussi la fierté d'appartenance des médecins aux CHU respectifs à travers leur engagement dans des actions sociétales.

L'analyse de la force de la culture organisationnelle identifie si l'environnement et les acteurs internes accueillent d'une manière optimale l'intégration et le renforcement des principes de la culture de responsabilité. Par contre, l'existence d'une culture organisationnelle faible affiche un désintérêt de la part des médecins et de l'équipe dirigeante des CHU au renforcement de la responsabilisation partagée. Elle démontre aussi leur désintéressement du développement des normes, actions et comportements responsables à travers la conduite de projets à visée sociétale. Cela s'explique par l'absence de valeurs organisationnelles responsables et par l'existence de plusieurs sources de démotivation. Ces sources sont par ailleurs à l'origine de création de conflits, de comportements opportunistes et de l'existence d'un climat social hostile².

¹ Bertrand, Y., *Culture organisationnelle*, Ed. Presses de l'Université du Québec, Montréal, 1991, p. 47.

² Welhoff, T., Claude, J-F., Comte-Sponville, A., *L'entreprise en 80 valeurs : Dictionnaire des valeurs d'entreprise*, Ed. Editions Liaisons, Paris, 2011, p. 21.

2.3.2.2.4. Quatrième question secondaire

La quatrième question secondaire rejoint l'analyse de la troisième question secondaire de recherche. Toutefois, il existe une différence entre la force de la culture hospitalière et la force des valeurs organisationnelles des médecins. La première reflète une image des CHU centrés sur l'adhésion aux valeurs institutionnelles de l'équipe dirigeante par l'ensemble des parties prenantes. Elle renvoie à une image reflétant la force des orientations de l'équipe dirigeante. Par contre, la force des valeurs organisationnelles des médecins démontre le niveau d'implication et de sensibilisation des médecins à des principes d'engagement. L'existence de fortes valeurs des médecins induit une acceptation du renforcement de valeurs intégratrices et socialement responsables.

Les principes d'engagement des médecins démontrent la différence entre leurs valeurs innées, leurs valeurs construites et leurs valeurs épousées. Cette question secondaire identifie si les médecins se réfèrent aux valeurs personnelles et idéologiques ou bien s'ils se réfèrent aux valeurs construites donc majoritairement partagées par les groupes de référence ou les groupes d'appartenance. Elle analyse aussi si les valeurs épousées (valeurs imposées explicitement ou implicitement par l'équipe dirigeante) s'accordent avec les perceptions personnelles. Cette analyse explique donc avant tout les causes d'adhésion et de non adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante.

2.3.2.2.5. Cinquième question secondaire

La cinquième question secondaire rentre dans une optique d'amélioration continue et d'interdépendance en reliant des variables comme dans un système. La responsabilisation partagée entraîne des améliorations internes en vue de renforcer le système interactionnel et de générer des changements intégrateurs à travers une amélioration de la performance hospitalière. Cette question secondaire identifie l'impact de la qualité du climat relationnel qui définit les bonnes conditions de santé et de sécurité au travail. Elle identifie aussi l'effet du climat relationnel sur la qualité des collaborations et des interactions entre les groupes. De ce fait, la satisfaction de la qualité du climat interactionnel par les médecins réduit tout opportunisme ou comportement néfaste. Cela a pour conséquence aussi de réduire l'hostilité de l'environnement à cause de la multiplication des sources de pressions sociales.

L'identification des composantes de l'influence sociale permet de déterminer alors les pressions qui agissent négativement sur l'acceptation et la perception positive de la responsabilisation partagée. Elle analyse les composantes qui génèrent des barrières sociales

et organisationnelles internes et identifie aussi la source de ces pressions à travers l'identification des acteurs qui peuvent être des groupes minoritaires, des groupes influents ou l'équipe dirigeante. Toutefois, l'influence sociale n'agit pas que négativement sur la responsabilisation partagée. Les pressions sociales découlent aussi sur des comportements intégrateurs visant à réguler les orientations idéologiques des acteurs internes. Ces pressions sociales induisent aussi à une influence groupale vers les bienfondés de la responsabilisation partagée.

Les composantes de l'influence sociale peuvent aussi engendrer une augmentation de satisfaction et de comportements positives qui prônent l'intérêt commun et le consensus entre les groupes. De ce fait, l'idée principale de cette question secondaire de recherche est d'étudier l'existence de corrélation positive pouvant relier la satisfaction des médecins et la génération d'une perception positive de la responsabilisation partagée. Par existence de ces valeurs¹, il est question de développement de comportements, de principes et d'actions d'implication tant sur le volet de la performance individuel et de groupe, que sur le volet social et écologique.

Par ce point, la relation de cause à effet lie d'une manière systémique la motivation et le sentiment d'appartenance des médecins avec le respect des valeurs organisationnelles développées conjointement. Cette recherche des points communs reflète l'influence sociale comme condition de régulation des différences entre l'équipe dirigeante et les médecins. Elle identifie aussi les composantes qui contribuent à l'amélioration de l'épanouissement personnel et professionnel tout en rationalisant la consommation des ressources grâce au développement de valeurs de responsabilité.

2.3.2.2.6. Sixième question secondaire

La sixième question secondaire permet de faire valoir les différences de vision et d'importance accordée à la culture de responsabilité par les médecins. Il s'agit de l'identification des dimensions culturelles qui impactent le plus sur le niveau de motivation des médecins à l'engagement et au volontarisme sociétal dans les CHU. En effet, l'existence d'un même poids de l'influence sociale n'engendre pas systématiquement une même sensibilisation à la culture de responsabilité par les médecins.

La sensibilisation à la responsabilisation, aux valeurs responsables et à l'adoption de comportements responsables dépendent en premier lieu des valeurs innées des médecins. Elle

¹ Wach, M., Hammer, B., *La structure des valeurs est-elle universelle ? Genèse et validation du modèle compréhensif de Schwartz, Orientation Scolaire et Professionnelle*, Vol.32, N.3, 2003, pages 556-557, p.556.

varie ensuite en fonction de la perception groupal et en fonction du niveau d'atteinte de l'épanouissement social et professionnel dans les CHU. Donc les différences de sensibilisation des médecins à la culture de responsabilité peuvent changer en fonction de l'environnement et de la priorisation des actions. Cela change aussi selon les croyances de base, selon les valeurs partagées par le groupe et selon la résultante des différentes interactions.

Cette question secondaire permet d'identifier les points de similitudes entre les groupes catégoriels des médecins. Cette analyse identifie les similitudes et différences en termes de valeurs, de pratiques managériales et de climat social. Elle analyse aussi l'effet des fondements de la culture hospitalière sur le niveau de sensibilisation des médecins à un engagement actif dans la croissance de la culture de responsabilité. La sixième question secondaire détermine ainsi les variables qui renforcent ou qui freinent leur sensibilisation à la responsabilité partagée en fonction de leur perception du groupe, de l'équipe dirigeante et des CHU. Elle cite donc les facteurs qui incitent les médecins à s'engager d'une manière responsable dans les CHU et confirme alors si la priorité va dans le sens de l'harmonie du groupe ou dans la conduite des changements organisationnels.

2.3.2.2.7. Septième question secondaire

La dernière question secondaire identifie de son côté les facteurs et conditions qui optimisent le renforcement de la culture de responsabilité des médecins. Cette question se focalise sur les dimensions culturelles prioritaires à prendre en compte et à optimiser dans le but de réduire les sources d'insatisfaction et de démotivation. Elle favorise dans un autre sens une plus grande perception positive des bienfondés de la responsabilisation partagée et des principes d'engagement sur le volet sociétal. Partant toujours du principe qu'il est nécessaire de prendre en compte les spécificités culturelles et environnementales, les dimensions culturelles prioritaires à améliorer sont différentes en fonction des attentes des médecins, de l'équipe dirigeante et du système social interactionnel des CHU. Néanmoins, cette analyse ne se focalise que sur les conditions d'optimisation de la sous-culture de responsabilité des médecins. Elle ne prend pas en compte la force de la culture de responsabilité des CHU vu que l'analyse ne traite que le cas du corps médical.

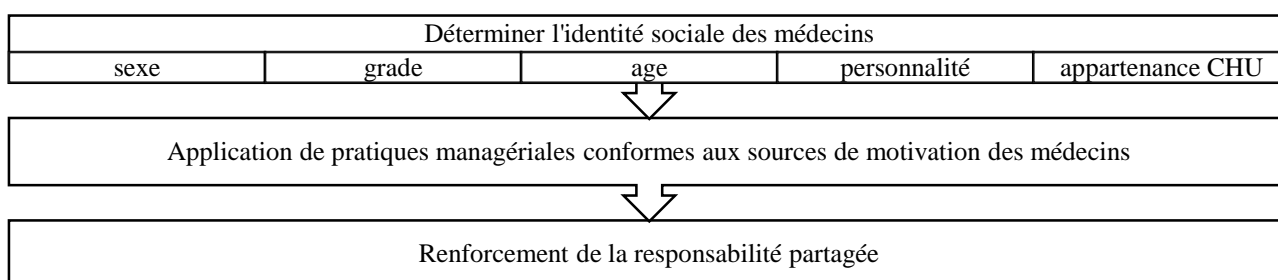
2.3.3. Modélisation du cadre opératoire à partir des hypothèses de recherche

Afin de répondre à la question principale de recherche et aux questions secondaires qui en découlent, cinq hypothèses sont formulées et expliquées. Afin de mener à bien la recherche, l'idée de base de celle-ci prône que la culture organisationnelle est composée de deux niveaux (valeurs et pratiques). Ces hypothèses se basent de théories ayant pour finalité d'étudier les croyances de bases donc la personnalité des médecins. Cela permet par ailleurs de comprendre alors l'existence ou non de valeurs organisationnelles responsables. Les théories ayant aussi pour but d'expliquer l'impact des valeurs sur le management et d'expliquer les différentes interactions sociales sont prises en compte.

2.3.3.1. Première hypothèse

La première hypothèse stipule que la prise en compte de l'identité sociale des médecins dans les pratiques renforce la responsabilisation partagée. De ce fait la prise en compte des différences catégorielles en fonction du genre, du grade, de l'âge, de la personnalité et des spécificités culturelles propres aux CHU impacte significativement sur le niveau de responsabilisation des médecins. Selon cette première hypothèse, le renforcement de la responsabilisation partagée des médecins est permis à travers la mise en place des pratiques managériales qui permettent de créer des conditions favorables. Celles-ci doivent aussi constituer un facteur de motivation et de satisfaction des médecins.

Fig 2.4. Illustration de la première hypothèse de recherche



Les pratiques managériales à appliquer doivent donc être choisies en fonction des besoins et personnalité des médecins. Elles doivent aussi prendre compte des spécificités, limites et opportunités qu'apporte l'environnement. Par ailleurs, les spécificités culturelles de la culture nationale doivent aussi être prises en compte pour une meilleure compréhension du système social. La figure 2.4 illustre schématiquement l'idée de base de cette première hypothèse. En effet, il y a une relation de dépendance ou de cause à effet entre les trois

variables ; l'identité sociale par exemple représente une variable exogène qui doit être prise en compte.

En se référant aux travaux de Tajfel, il est nécessaire de connaître la vraie personnalité des médecins afin de mieux comprendre leurs vraies sources de motivation et de démotivation selon leurs personnalités et leurs besoins. Il faut par ailleurs aussi connaître l'environnement dans lequel il travaille et de déterminer les différentes contraintes qu'ils subissent et qui impactent sur leurs valeurs et actions. La culture nationale ou locale peut orienter le sens des coutumes et pratiques organisationnelles dans les CHU. Les CHU peuvent néanmoins se référer à la culture nationale en gardant des spécificités et en ayant aussi d'autres diversités propres à chaque catégorie. En effet, les différentes catégories représentent des catégories selon l'âge, le sexe et le statut ou le grade. Les CHU sont donc spécifiques en vue de la culture hospitalière qui diffère par rapport à une simple organisation administrative. Les différences idéologiques sont par ailleurs caractérisées par des différences de catégories. Ces différences sont à l'origine de disparités de point de vue et d'idéologie concernant les prises de décisions et les processus à mettre en place pour un accroissement de la responsabilisation partagée.

L'application des pratiques managériales doit prendre en compte les motivations et aspects importants dominants de la plupart des médecins selon leurs idéologies et croyances de base afin d'assurer un certain épanouissement professionnel. Cet épanouissement permet par ailleurs de motiver les médecins à s'investir plus et à se sentir concernés par le devenir de leurs CHU respectifs. La variable des pratiques managériales est considérée comme variable exogène. Elle est mixte dans le sens où elle dépend de l'identité sociale et aussi de son effet sur la responsabilisation partagée.

Ainsi, pour assurer la mise en place de pratiques managériales ayant pour objectif d'épanouir les médecins, il est nécessaire d'identifier les valeurs de base des différents groupes. En effet, les croyances de base et les valeurs changent selon la personnalité, l'expérience et les différentes interactions. Les théoriciens Halman et Moor définissent les valeurs en 1994 comme suit: « *Values can be seen as deeply rooted motivation and orientations guiding certain attitudes, norms and opinions, which in turn direct human action at least part of it* ». De part cette définition, il est important de retenir la relation existante entre les valeurs et la motivation. Par conséquent, l'application d'un style managérial motivant et valorisant permet de

comprendre l'effet des valeurs et croyances de base sur les attitudes, les comportements et les actions¹.

La théorie des valeurs universelles de Schwartz permet d'ailleurs de mieux comprendre ces valeurs de base ou valeurs innées qu'il définit comme des domaines motivationnels. Selon sa théorie, les valeurs sont intimement liées aux sentiments si les médecins sont dans un environnement qui les déstabilise et qui leur fait perdre leurs repères. Cela va de même avec un environnement qui est régi avec idéologies de base contraires à leur personnalité ou principes. Dans ce cas, les médecins développent des sentiments de peur, d'anxiété, de perte de repère et de perte de sécurité. Ce sentiment de déstabilisation peut engendrer soit, une démotivation générale soit, un comportement de rébellion et d'opportunisme. Il est important de déterminer alors les objectifs désirables des médecins qui représentent une source de motivation. Ces valeurs de base sont alors des critères de raisonnement et d'acceptation. Ils représentent aussi des critères de refus des pratiques managériales qui peuvent être appliquées au sein des CHU².

2.3.3.2. Deuxième hypothèse

Cette deuxième hypothèse stipule que la normalisation des valeurs renforce la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens. De par la normalisation des valeurs, la construction de nouvelles valeurs ainsi que la réduction de la comparaison sociale entre les groupes catégoriels renforce les principes d'engagement dans des actions et comportements à contenance sociétal. De ce fait, la construction de nouvelles valeurs basées sur le consensus et l'acceptation contribue à l'acceptation et le renforcement de la responsabilisation partagée. Donc, la généralisation de valeurs organisationnelles partagées et responsables au niveau des CHU contribue à la régulation des influences sociales en vue de l'implication et de l'engagement de tous³.

Ces valeurs permettent de développer une culture de responsabilité sociétale qui touche non seulement à l'amélioration des interactions sociales⁴, mais aussi à la préservation des environnements et au développement des principes d'éthique.⁵ L'équipe dirigeante doit donc

¹ Borsenberger, M., Dickes, P., *Valeurs de base et cohésion sociale : enquête EVS Luxembourg 2008*, CEPS INSTEAD Working Papers, Fonds National de la Recherche Luxembourg, N°2011-18, Janvier 2011, pp. 4-7.

² Borsenberger, M., Dickes, P., *Op-Cit.*, pp. 11-12.

³ Schwartz, S., *Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications*, Revue Française de Sociologie, Vol.47, N. 4, 2006, pages 929-968, pp. 930-933.

⁴ Wood, D-J., *Measuring corporate social performance: A review*, British Academy of Management, Vol. 12, N. 1, February 2010 pages 50-84, p 55.

⁵ Wood, D-J., *Corporate social performance revisited*, The Academy of Management Review, Vol. 16, N.4, October 1991, pages 691-718, p.694.

jouer un rôle actif dans le développement de ces valeurs en se focalisant sur l'adhésion volontaire¹. En effet, une indifférence de la part de l'équipe dirigeante vis-à-vis de la normalisation des valeurs développe un sentiment d'isolement et de non appartenance. Cela entraîne aussi la perception du manque de valorisation sociale et professionnelle des médecins. Ce point accroît à son tour les sources d'insatisfaction et de démotivation des médecins².

En suivant l'idée maitresse du modèle théorique des relations entre les dix valeurs de base de Schwartz, la prise en compte des sources de motivations et des besoins fondamentaux des médecins dans l'orientation des pratiques managériales permet une affirmation de soi. Ce sens de l'écoute et cette flexibilité permet par ailleurs un meilleur échange et une communication plus transparente. L'équipe dirigeante des CHU doit donc en premier lieu déterminer les valeurs organisationnelles des médecins. Ces valeurs englobent l'ensemble des implications, des engagements et des idées reçues sur les valeurs universelles ainsi que sur les valeurs de travail. Ces valeurs sont ensuite décryptées en jugements et en manières de travailler en déterminant les barrières et limites à ne pas franchir. La prise en compte des valeurs de base et des valeurs organisationnelles des médecins permet alors d'identifier les limites organisationnelles qui freinent la généralisation d'une normalisation des valeurs qui incite à une forte culture organisationnelle.

Les valeurs organisationnelles peuvent être amenées à être construites et à se développer selon les travaux de Durkheim et de Weber³. Le système social que représentent les médecins est assuré par des valeurs apprises, partagées et acceptées par ses membres. Elles sont donc inculquées individuellement et assimilées par le groupe de sorte qu'elles deviennent ensuite des idées reçues et une idéologie affirmée par le groupe de référence ou d'appartenance. L'équipe dirigeante des CHU doit donc jouer un rôle important pour intégrer des valeurs organisationnelles responsables qui prônent l'intérêt général et l'épanouissement au travail. Effectivement, les actions entreprises par celle-ci dans la sensibilisation et la valorisation d'une culture de responsabilité permettent d'augmenter le sentiment de valorisation des médecins. Ils se sentent par ailleurs entendus, estimés et pris en compte dans un environnement qui ne les bloque pas. Cela est dû à la prise en compte des limites et spécificités des environnements internes et externes. Cette affirmation de soi est due à la mise en place de pratiques managériales conformes à leurs sources de motivation permet alors de mieux accepter le changement (figure 2.5).

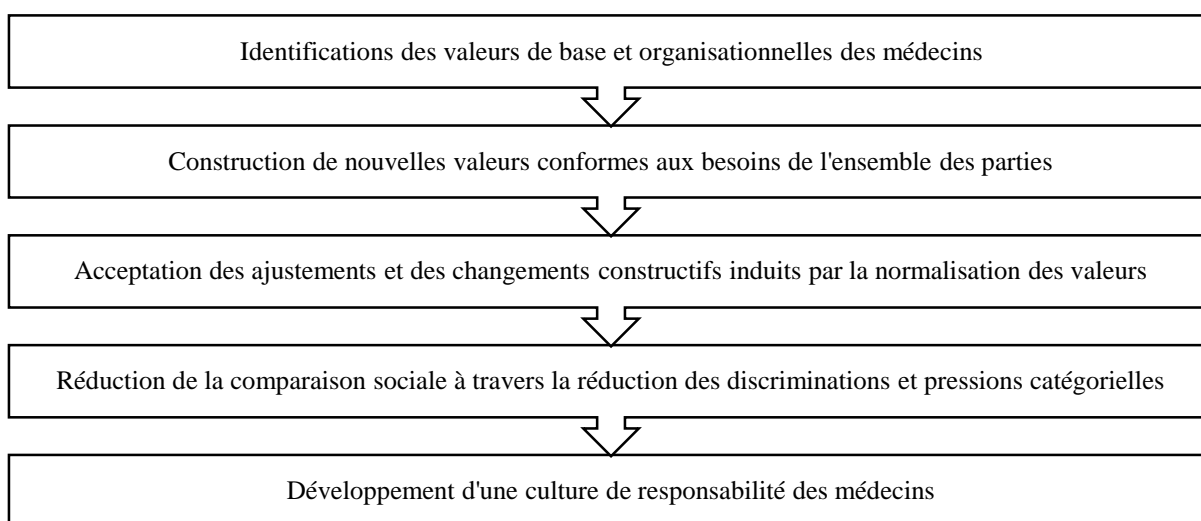
¹ Mishra, S., Suar, D., *Does corporate social responsibility influence firm performance of indian companies?*, *Journal of Business Ethics*, Vol. 95, 2010, pages 571-601, p.573.

² Borsenberger, M., Dickes, P., *Op-Cit.*, pp. 11-12.

³ Borsenberger, M., Dickes, P., *Op-Cit.*, pp. 10.

La sensation de compréhension et d'épanouissement permet d'avoir une idéologie flexible et le besoin d'offrir et de contribuer à l'intérêt général. Ce n'est qu'à ce moment-là que l'équipe dirigeante peut enfin intégrer de nouvelles valeurs organisationnelles. L'acceptation du changement visant à faire des concessions et des ajustements facilite la mise en place d'une normalisation de valeurs. Par ailleurs cette normalisation arrive à une intégration progressive de nouvelles idéologies, coutumes et processus de travail. Cette ouverture au changement qui permet la mise en place d'une culture de responsabilité influe systématiquement le dépassement de soi. A ce stade-là, une grande partie des sources de motivation sont présentes. Cela pousse les médecins à se surpasser, à être efficace et à émettre des actions dans le but de favoriser encore plus la responsabilisation de tous dans le renforcement de la culture de responsabilité.

Fig 2.5. Illustration de la deuxième hypothèse de recherche



L'intégration de nouvelles valeurs organisationnelles responsables réduit les sources de conflits et unit les médecins et les responsables hiérarchiques des CHU. La normalisation induit des processus d'amélioration continue et d'optimisation de la création de valeur partagé et engagé par tous. Les conditions de travail et les règles régissant la dynamique relationnelle deviennent alors sécurisantes et tout comportement menaçant l'harmonie du groupe ou du système aboutit à nouveau à un comportement défensif¹.

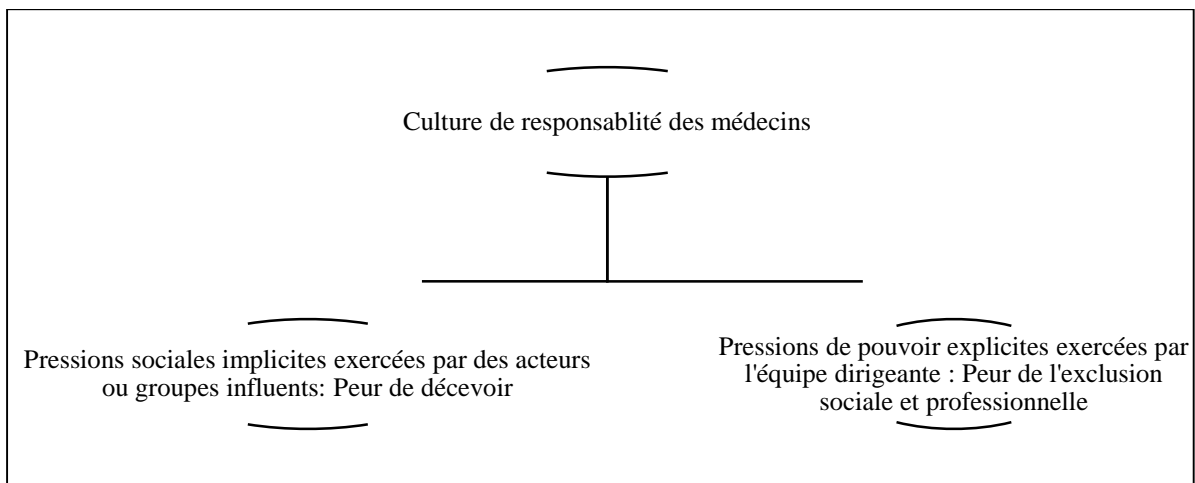
2.3.3.3. Troisième hypothèse

Cette hypothèse valorise le poids du conformisme aux valeurs partagées sur le renforcement de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU. Elle lie le poids du

¹ Borsenberger, M., Dickes, P., *Op-Cit.*, p. 10.

conformisme aux valeurs partagées et aux pressions sociales exercées. Elle le lie aussi à la peur de l'exclusion du groupe. Le conformisme peut être implicite et explicite. Il peut aussi s'exercer d'une manière consciente et inconsciente. Cette hypothèse insiste donc sur l'importance des pressions positives et négatives exercées par le groupe et par l'équipe dirigeante. La culture de responsabilité ne dépend donc pas uniquement du changement et des concessions formulées par l'équipe dirigeante et par les médecins. Celle-ci dépend aussi des pressions de pouvoir visant à affirmer les valeurs et normes des groupes majoritaires. Par ailleurs, tout comportement visant à remettre en doute la validité de cette réalité sociale est sanctionnée par une exclusion ou un isolement des acteurs déviants.

Fig. 2.6. Illustration de la troisième hypothèse de recherche



Le niveau de conformisme des médecins aux valeurs partagées des groupes influents dépend de la qualité des relations interpersonnelles entre les deux. L'existence de leaders charismatiques incite à un conformisme inconscient. Celui-ci est soutenu par des pressions implicites visant à adopter en douceur un comportement conforme aux attentes du groupe. Cela est principalement lié au besoin de satisfaire et de ne pas décevoir le groupe de référence. Par contre, l'existence de pressions de pouvoir incitant à adopter les comportements conformes au groupe engendre bien plus un système de sanctions. Ces sanctions donnent en fin de compte des barrières sociales et organisationnelles qui limitent l'épanouissement des médecins.

La figure 2.6 illustre le cheminement des idées de cette dernière hypothèse. Elle montre déjà que le renforcement de la culture de responsabilité est induit par des pressions sociales implicites ou explicites. Ces pressions peuvent soit, la renforcer soit, la fragiliser. Ces pressions de groupe dénotent l'importance de la cohésion sociale dans le niveau de sensibilisation et dans la manière de percevoir les bienfondés de la responsabilisation partagée en premier lieu. De ce

fait, une perception positive de la culture de responsabilité par l'équipe dirigeante et par les groupes influents entraîne un accroissement de la sensibilisation des médecins aux valeurs responsables et à la culture de responsabilité.

Par contre, une perception négative de l'intégration de la culture de responsabilité par les groupes influents entraîne des pressions de pouvoir. Ces pressions visent à isoler les acteurs confrontant qui risque d'introduire des valeurs non conformes ou différentes de celles majoritairement appliquées. Il existe toutefois une relation d'interdépendance entre les pressions sociales explicites et implicites. Il s'agit ici de démarches conscientes et inconscientes conduites par les groupes afin d'arriver à un consensus et à une harmonie interne.

Cette relation interdépendante améliore continuellement l'environnement interne et crée une stabilité tout en favorisant le changement adaptatif, intégratif et flexible. L'équilibre entre les pressions implicites et explicites régule entre l'intégration d'une flexibilité et le maintien des normes et croyances des groupes. Il est utopique de prétendre que cet équilibre élimine les effets sociaux négatifs affectant la culture de responsabilité. Cependant, si les relations d'interdépendances sont optimales, le CHU peut alors pratiquer les principes d'un management responsable et intégré à travers le maintien du conformisme des valeurs partagées.

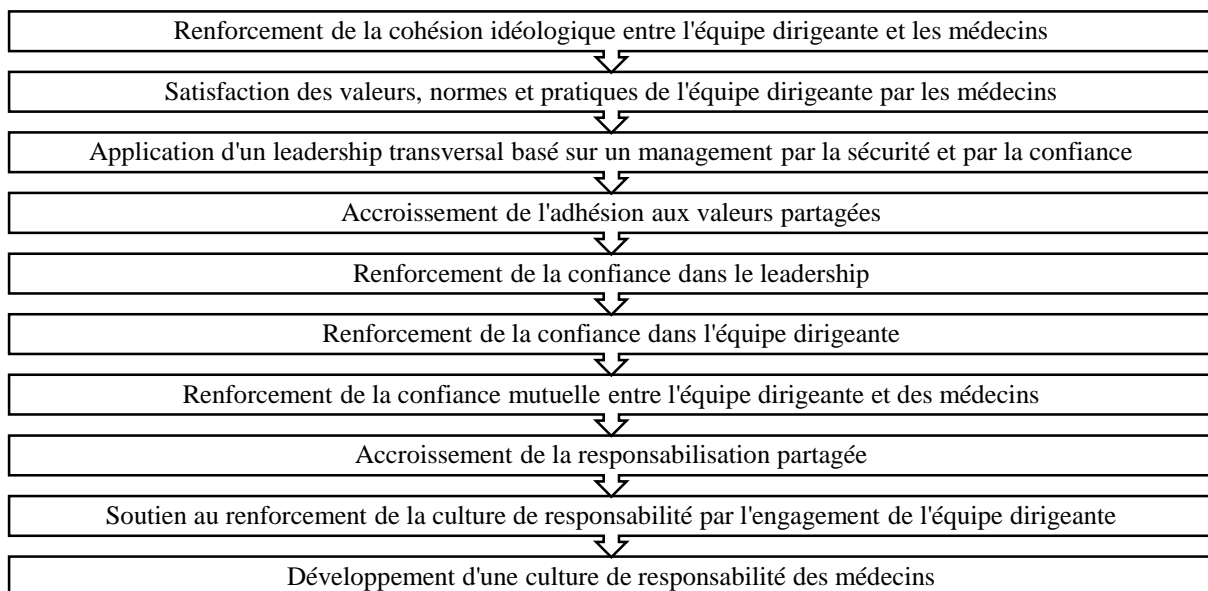
2.3.3.4. Quatrième hypothèse

La quatrième hypothèse met en lien l'importance des orientations des pratiques avec le renforcement de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens. Elle analyse l'effet de l'application des pratiques du post-new public management sur le niveau de responsabilisation. Elle analyse aussi son effet sur la perception positive de la culture de responsabilité à travers l'étude de la transversalité et de la confiance entre les parties. Sachant que le post-NPM valorise la force des valeurs partagées et la force de la culture organisationnelle, celui-ci se concentre sur l'importance de l'adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante.

Par ailleurs, une forte adhésion démontre une satisfaction du leadership et des orientations des pratiques managériales, éthiques et idéologiques. L'adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante confirme la satisfaction des médecins qui dénotent la prise en compte des besoins et intérêts recherchés par eux. Une forte adhésion relève une bonne qualité du climat interactionnel. Elle indique aussi une réduction des sources de pressions de pouvoir. Une forte adhésion reflète le niveau de l'harmonie au travail qui est régi par des rapports intégrateurs entre l'équipe dirigeante et les médecins.

La figure 2.7 illustre le cheminement des avantages de la mise en place de pratiques du post-NPM dans le renforcement de la culture de responsabilité des médecins. Celle-ci montre que le niveau d'adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante se termine par un renforcement de la cohésion idéologique et sociale entre les deux parties. Elle montre une satisfaction de l'orientation appliquée. Par ailleurs, la satisfaction des médecins est favorisée avec la mise en place d'un leadership transversal. Celui-ci permet de réduire les sources de pouvoir à travers une régulation des poids des groupes. Ce style de leadership favorise le travail en réseau à travers une focalisation sur l'interdépendance entre les acteurs. Ce style de leadership associe donc la décentralisation du pouvoir à travers la responsabilité partagée comme un facteur renforçant une sensibilisation plus significative à la culture de responsabilité des médecins.

Fig. 2.7. Illustration de la quatrième hypothèse de recherche



La valorisation de la responsabilité partagée à travers la transversalité renforce la confiance dans le leadership. Il s'agit ici de la confiance professionnelle et personnelle envers les pratiques et valeurs conduites par les membres de l'équipe dirigeante. De ce fait, celle-ci représente des repères de références, des héros et des leaders. L'équipe dirigeante reflète un symbole interne qui incite au volontarisme sociétal ou au désengagement sociétal.

Sur un autre plan, la décentralisation du pouvoir qui renforce la participation active entraîne la perception d'une confiance mutuelle entre les deux parties. Cette confiance facilite l'adhésion, la soumission et le conformisme à travers la confiance accordée à l'autre partie. La confiance mutuelle engendre un effet de réactivité entre les deux parties. Elle représente un facteur de motivation des médecins à travers l'engagement de l'équipe dirigeante dans des

actions sociétales. Sur un autre plan, la sensibilisation et le niveau d'engagement des médecins dans ces actions entreprises motive l'équipe dirigeante à soutenir et à renforcer les actions mises afin de renforcer la culture de responsabilité.

2.3.3.5. Cinquième hypothèse

Selon le modèle hiérarchique des valeurs proposé par les auteurs de l'enquête de Tilgurg, il est nécessaire de distinguer les valeurs de base des valeurs particulières. Il est tout aussi important d'en connaître leurs composantes. Chaque valeur se compose d'attitudes, de normes et de croyances. Ces trois composantes engendrent ensuite des conduites, des actions et des comportements. Cette hypothèse s'inspire des théories de Hofstede qui insiste sur les pratiques dans son modèle de l'oignon et de Schein avec les artéfacts qui représentent le niveau supérieur et visible des 3 niveaux de la culture organisationnelle. En suivant une approche systémique, les valeurs de base influent sur les valeurs organisationnelles propres aux médecins. Celles-ci rentrent en interaction avec les valeurs organisationnelles et permettent donc de comprendre les différentes interactions sociales existantes au sein des CHU.

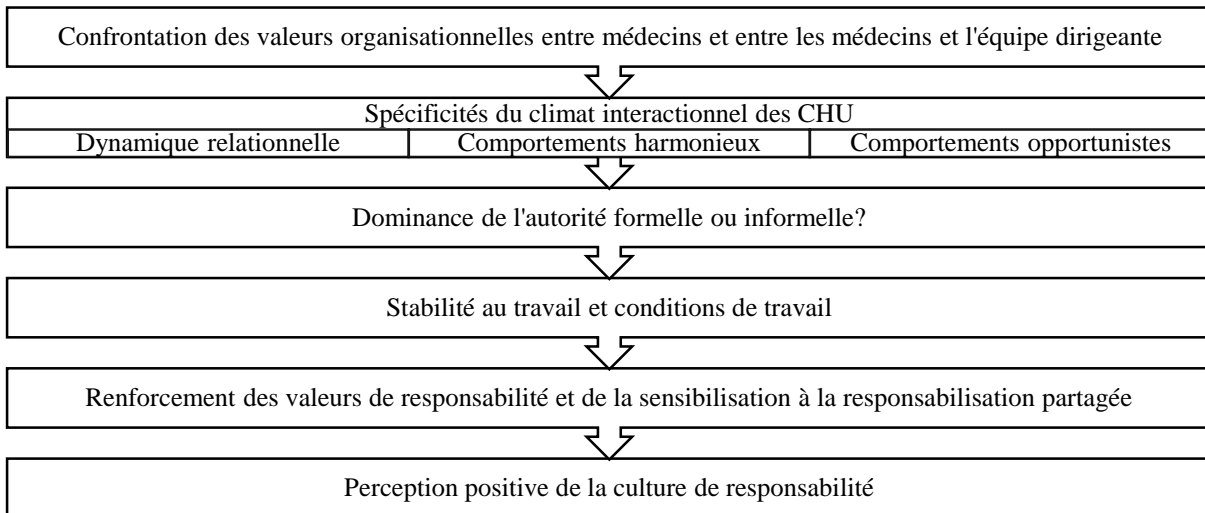
Fromage et Chamak définissent le climat social interactionnel comme suit : *“Le climat social et ses différentes composantes sont des facteurs qui déterminent, au moins en partie, le niveau de compétitivité des entreprises. En effet, les caractéristiques fondamentales du climat social telles que la qualité des conditions de travail, la communication et le dialogue social, l'attention portée au progrès social, le respect du principe d'équité dans toute décision relevant de la gestion des ressources humaines, constituent bien évidemment autant de conditions qui, lorsqu'elles sont réunies, participent à la performance des salariés”*¹. De par cette définition, il est important d'insister sur l'impact de la qualité du climat interactionnel sur la force de la culture de responsabilité.

Le climat interactionnel représente alors un environnement visible de par les caractéristiques des dynamiques relationnelles et des comportements tant intégrateurs qu'opportunistes au sein des CHU. Un bon climat social interne représente alors la réunion de l'ensemble des bonnes conditions de travail en réduisant au maximum l'impact social négatif. Pour cela, une transparence, une bonne communication, une compréhension mutuelle, un intérêt porté vers les intérêts communs et une existence d'une culture de responsabilité sont nécessaires.

¹ Chamak, A., Fromage, C., *Op-Cit.*, p.165.

La mesure de la qualité du climat interactionnel ou social est faite à travers l'identification du poids de l'autorité informelle. Elle est aussi déterminée par le niveau d'harmonie au travail et par l'impact des comportements non conformistes sur la cohésion du groupe. La qualité du climat interactionnel est proportionnelle à la réduction des taux des grèves, des conflits, des départs, d'absentéisme, de turn-over, de désalignement stratégique et de l'insatisfaction de la valorisation sociale.

Fig. 2.8. Illustration de la cinquième hypothèse de recherche



La figure 2.8 schématise le cheminement de la dernière hypothèse. En effet, la confrontation entre les différentes valeurs de base et les valeurs organisationnelles des médecins appartenant à différentes catégories définit la dynamique relationnelle interne. Ces différentes interactions sont ensuite confrontées à celle des supérieurs hiérarchiques et de la direction des CHU. De par ces différences, la dynamique relationnelle permet d'étudier les sources de satisfaction et d'insatisfaction des médecins. Elle identifie l'intégration aux valeurs morales et organisationnelles du CHU en étudiant aussi la satisfaction des actions liées aux conditions de santé et de sécurité au travail ainsi qu'à tout facteur se répercutant sur le système social interactionnel.

Cette dynamique relationnelle explique par la suite les différentes actions et les différents comportements des médecins au sein de leurs CHU respectifs. Leurs comportements affectent ensuite la stabilité au travail de par leur sérieux et leur dévouement. Donc la relation de cause à effet existante entre le climat interactionnel et la responsabilisation justifie un effet positif comme négatif. L'existence d'un climat social interne favorable influe sur l'amélioration des conditions de travail et sur la réduction des barrières sociales et organisationnelles internes. Ce climat incite donc au renforcement des valeurs responsables. Il

permet aussi de réguler le poids de la hiérarchie informelle à travers la limitation des acteurs engendrant des pressions de pouvoir.

Un bon climat interactionnel permet donc de favoriser l'harmonie interne en réduisant les conflits. Un climat interactionnel favorable permet aussi d'engendrer des comportements harmonieux qui valorisent le consensus et les intérêts communs à travers la motivation et la satisfaction des médecins. Les comportements opportunistes sont alors moins importants en vue de la réduction des comportements de "je m'en-foutistes" (Laisser-aller) et de la responsabilité que chaque médecin a dans le processus de renforcement de la culture de responsabilité¹. Cela leur permet aussi de répartir plus efficacement leur travail afin de se consacrer aux tâches créant de la valeur sociétale.

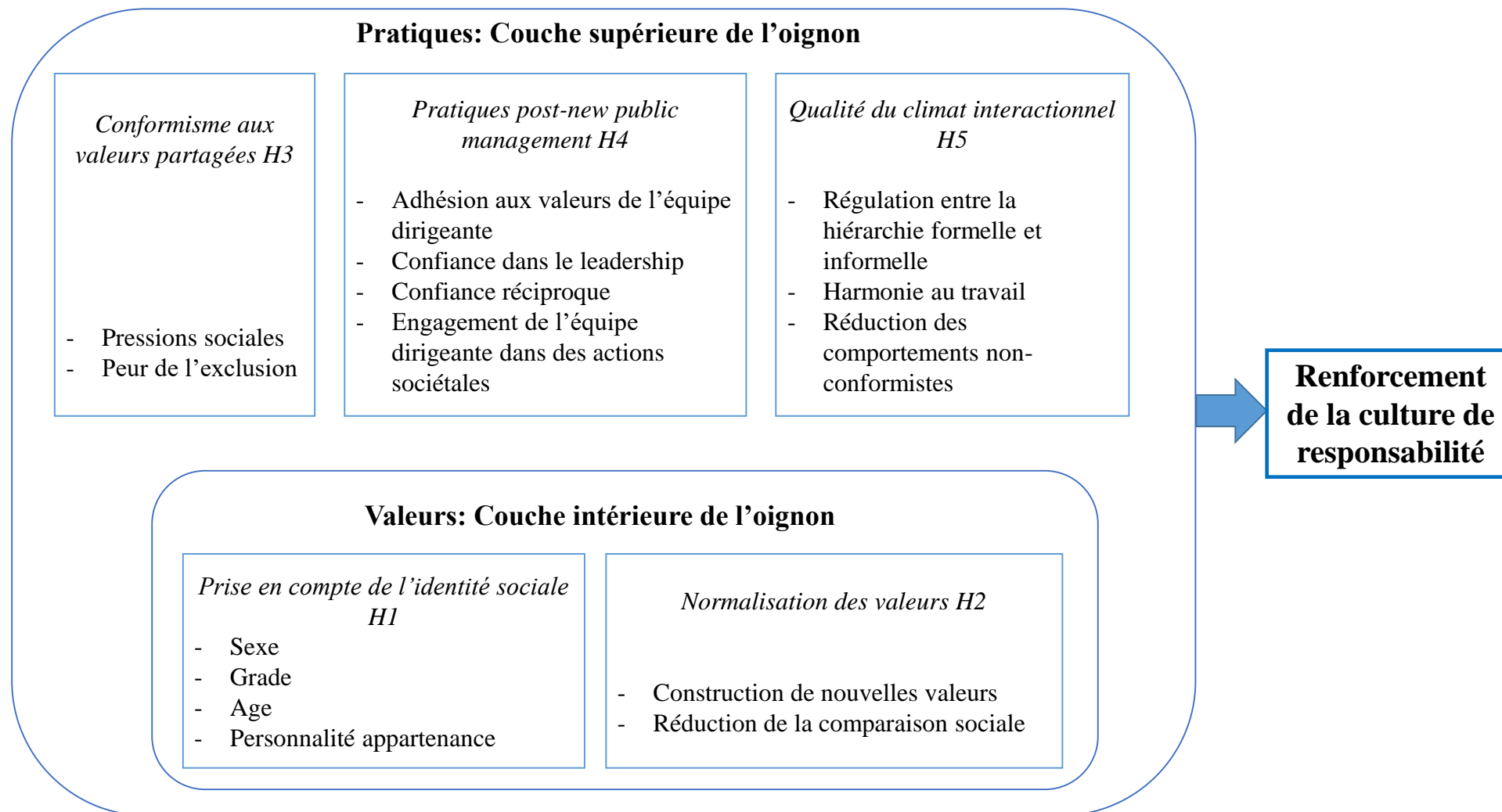
Sur un autre plan, la détérioration du climat interactionnel entre les médecins et l'équipe dirigeante engendre systématiquement à son tour une forte démotivation et des sentiments de désintéressements. L'augmentation de l'absentéisme, des conflits ou des barrières internes rend l'environnement interne hostile. Celui-ci affecte à son tour les valeurs organisationnelles des médecins. Ils vont alors revoir leurs principes et les adapter au contexte environnemental qui les entoure². Il s'agit alors d'un système souple qui est régi par une multitude d'interactions interdépendantes entre différentes dimensions culturelles. Cette interdépendance justifie alors un changement considérable qui peut être constaté sur la perception positive ou négative de l'intégration de la culture de responsabilité.

2.3.3.6. Présentation du cadre opératoire de la recherche

Après avoir introduit et expliqué les questions de recherche ainsi que les hypothèses qui en découlent, un modèle conceptuel est alors proposé. L'étude opératoire suit ce modèle conceptuel proposé comme illustré dans la figure 2.9. Suivant la méthode du système souple, ce modèle théorique proposé à partir des théories centrales de la recherche permet d'être utilisé comme modèle opératoire. Selon ce modèle proposé, il est nécessaire de prendre en compte et de comprendre en premier lieu l'identité sociale avant de s'orienter vers les valeurs et pratiques existantes au sein des CHU.

¹ Attarça, M., Jacquot, T., *La représentation de la responsabilité sociale des entreprises : une confrontation entre les approches théoriques et les visions managériales*, XIV^{ième} conférence internationale de management stratégique, AIMS, Pays de la Loire, Angers, 6-9 Juin 2005, p.6.

Fig. 2.9. Modèle opératoire de la recherche



Ce modèle identifie deux couches suivant le modèle de l'oignon. Il met en lien la relation entre la couche intérieure de l'oignon avec le renforcement de la culture de responsabilité. Il analyse ainsi la relation de la culture de responsabilité avec la prise en compte de l'identité sociale et de la normalisation des valeurs. Le modèle analyse ensuite la relation entre la couche supérieure du modèle de l'oignon et le renforcement de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens. Il analyse de ce fait la relation entre cette culture et le niveau de conformisme, les avantages des pratiques du post-NPM et la qualité du climat interactionnel. Il est donc nécessaire de prendre en compte et de comprendre les traits de la personnalité des médecins afin de déchiffrer ce qui les motivent et ce qui les démotivent. Cela identifie ce qui risque d'être perçu comme source de satisfaction et d'insatisfaction. Il est à noter que ces traits peuvent être conscients comme inconscients.

L'analyse prend en compte les réelles facilitations et contraintes exercés par l'environnement interne à travers la dynamique du système social interactionnel qui définit le poids des influences sociales. Le modèle opératoire permet d'identifier les valeurs organisationnelles des médecins qui peuvent être partagées ou non-partagées, ainsi que la perception des valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante. L'étude des valeurs des médecins identifie les croyances, les principes et les engagements des médecins. Cela permet entre autre d'identifier les différences idéologiques pouvant exister entre les sous-groupes ou entre des médecins appartenant à différentes catégories d'âge ou de grade.

Le modèle opératoire identifie la satisfaction et la confiance dans les valeurs de l'équipe dirigeante en analysant la perception de leurs orientations stratégiques. Cela permet ainsi d'étudier la qualité de communication et d'échanges existante et leur degré d'implication dans le développement de valeurs responsables partagées entre les deux parties. Ces orientations affectent donc les pratiques managériales appliquées qui peuvent être source de facilitation et d'optimisation de la responsabilisation et de la culture de responsabilité. Ces orientations peuvent tout autant représenter une barrière organisationnelle qui freine la perception positive de la culture de responsabilité par les médecins.

L'étude de la qualité du climat interactionnel analyse les rapports de force, de pouvoir et de confiance ainsi que l'effet des conflits internes sur le travail d'équipe et sur les perspectives futurs des médecins. De ces différentes interactions peuvent naître soit, un épanouissement professionnel et personnel des médecins soit, une forme de désengagement, de démotivation et de 'je-m'en-foutisme'. Les comportements harmonieux représentent alors les actions et les efforts fournis par les médecins afin d'atteindre le consensus et de favoriser le renforcement des valeurs et comportements responsables.

Les comportements opportunistes par contre représentent toute action négative qui ne crée pas un avantage partagé par tous, et qui au contraire représente une limite en perturbant d'une manière directe et indirecte la culture de responsabilité. Cette troisième section a donc présenté la question de recherche qui s'est construite après des observations de l'état des lieux au niveau des CHU et d'une recherche conceptuelle et théorique sur la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité. Les hypothèses proposées orientent la recherche opératoire afin de mieux comprendre le réel effet de l'ensemble des interactions sur la culture de responsabilité des médecins.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre a permis de faire une modélisation propre à l'objet de la problématique. Il a permis de définir l'importance de la culture de responsabilité dans l'hôpital. A travers cela, le rôle de l'équipe dirigeante est déterminé dans le niveau de sensibilisation des médecins aux valeurs et aux comportements responsables. Le chapitre affiche aussi le lien entre la force de la culture organisationnelle hospitalière et le développement des valeurs responsables des sous-groupes de médecins. Il annonce aussi le feedback perceptible à travers l'identification de la réactivité des médecins face au niveau d'engagement de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité.

Le chapitre insiste sur l'importance de la perception du système de pouvoir et de l'équipe dirigeante. Il relève l'impact des pressions de pouvoir sur la culture de responsabilité ainsi que le niveau du conformisme qui en découle. Dans la finalité de comprendre cette interaction, le lien entre le poids des pressions de pouvoir et la force des valeurs de responsabilité est prise en compte. Cette interaction explique l'impact des dimensions culturelles hospitalières afin de comprendre l'impact des orientations culturelles sur les pratiques organisationnelles mises en place.

Le chapitre mentionne ensuite le lien interdépendant entre la perception/la motivation à la responsabilité partagée et la régulation des sources d'influence sociale dans l'hôpital. Il permet de comprendre aussi le rôle de l'équipe dirigeante aussi bien dans le renforcement de la responsabilisation partagée que dans la réduction des facteurs du désengagement. Dans cette finalité, l'équipe dirigeante doit se focaliser sur un management transversal par la confiance. Le but est de maintenir un environnement sécurisant à travers la maîtrise des risques et à travers l'intégration de changements intégrateurs.

Le chapitre insiste aussi sur l'importance de la prise en compte des spécificités de l'identité sociale des médecins dans le renforcement de leur niveau d'engagement. Il se focalise principalement sur l'impact du choc générationnel qui oppose les idéologies et pratiques entre les médecins juniors et les médecins séniors. Dans le but de réduire ce choc générationnel qui justifie les pressions de pouvoir, le chapitre propose des régulations internes. Celles-ci mentionnent le lien entre l'application du management par la confiance et la responsabilisation des médecins. Elles mentionnent aussi l'importance de la confiance dans le leadership dans la réduction des facteurs de désengagement sociétal. Ces régulations concernent aussi la perception de la confiance mutuelle, la qualité du bien-être au travail ou de l'harmonie au travail, et aussi le niveau d'applicabilité des principes du post-NPM dans un contexte hospitalier.

Afin de comprendre l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens, la recherche se focalise sur 4 théories centrales. En effet, elle justifie ce lien avec la théorie de l'identité sociale et de la catégorisation sociale de Tajfel et de Turner. Elle justifie ce lien aussi avec la théorie de la dynamique des groupes. Elle se réfère aussi aux travaux de Schein et de Hofstede afin de comprendre les dimensions de la culture. Ces théories centrales permettent de modéliser le cadre opératoire de la recherche. Par ailleurs, celui-ci analyse le lien entre les couches de l'oignon et le renforcement de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens.

Le modèle opératoire proposé place l'identité sociale et la normalisation des valeurs dans la couche intérieure de l'oignon. Il place le conformisme, l'orientation des pratiques managériales et la qualité du climat interactionnel dans la partie visible de l'oignon. Cela est réalisé dans la finalité de démontrer qu'il est plus facile d'agir sur les variables de la couche supérieure de l'oignon que sur les variables de la couche intérieure de l'oignon car la couche supérieure représente les pratiques. Celles-ci peuvent varier en fonction des régulations, des adaptations et des changements intégrateurs dans les CHU. Par contre les variables de la couche intérieure renvoient aux rapports avec le soi et avec les fondements même de la perception et des valeurs innées. La présentation du cadre opératoire introduit la recherche opératoire à travers la présentation de la méthodologie de la recherche opératoire en premier lieu dans le chapitre qui suit.

Chapitre 3

Méthodologie de recherche

Chapitre 3 : Méthodologie de recherche

Introduction du chapitre

Après avoir présenté le cadre conceptuel et sa modélisation à l'objet de la problématique de la recherche, ce chapitre présente la méthodologie de recherche. En premier lieu une présentation du contexte hospitalier algérien est arborée. La finalité de ce point est d'avoir une première compréhension de l'environnement hospitalier en Algérie. Cette compréhension permet entre autre d'expliquer et de justifier le poids des variables en fonction des spécificités environnementales et culturelles. A travers cette voie ci, une présentation des spécificités de la culture organisationnelle dominante algérienne est prise en compte, cela identifie l'orientation des dimensions culturelles en prenant en compte la culture nationale algérienne.

Même si celle-ci n'explique pas les cultures locales ni même les cultures propres aux CHU, l'étude de la culture nationale détermine les orientations globales qui définissent les priorités, l'idéologie, les valeurs et les orientations organisationnelles dans les organisations algériennes. Cela identifie les facteurs qui engendrent une motivation et une démotivation des employés et aussi explique les rapports entre l'équipe dirigeante et les employés. Le chapitre présente ensuite l'environnement de travail des médecins dans les organismes sanitaires publics en Algérie. Pour une meilleure compréhension de l'environnement hospitalier, une présentation des spécificités du management des CHU algériens est présentée pour les années 2011, 2012 et 2013.

Le chapitre présente par la suite les délimitations de la recherche opératoire. Ce point présente l'ajustement à réaliser entre le cadre conceptuel et la pertinence des données à récolter. Il présente tout aussi les obstacles rencontrés lors de l'administration et de la collecte des données. Le chapitre expose finalement le contenu du questionnaire (Annexe 4) ainsi que l'ensemble des matrices utilisées afin de comprendre les données recherchées.

3.1. Présentation du contexte hospitalier algérien

Ce premier sous chapitre arbore en premier lieu les dimensions culturelles organisationnelles dominantes dans les organisations algériennes. Il présente ensuite l'environnement de travail des médecins dans les organisations sanitaires publics en Algérie. En dernier lieu, il définit les spécificités du management hospitalier dans les CHU algériens.

3.1.1. Présentation des dimensions culturelles dominantes en Algérie

La présentation des dimensions culturelles dominantes en Algérie permet d'identifier l'orientation des valeurs organisationnelles qui régit le système social interactionnel entre les employés et l'équipe dirigeante. Ceci détermine les pratiques managériales dominantes appliquées. Par cela, une détermination des facteurs de motivation et de démotivation est réalisée.

3.1.1.1. Selon les travaux de Hofstede, Bond et de Minkov

L'étude des dimensions culturelles selon les travaux de Hofstede et de son équipe traite la distance hiérarchique, le niveau de l'individualisme, la différenciation sexuelle, la tolérance de l'incertitude, le niveau d'orientation à long terme et le niveau d'indulgence/retenue.

3.1.1.1.1. Distance hiérarchique

Les activités de recherche de Hofstede permettent de comparer les dimensions culturelles des pays afin de distinguer les différences en termes de pratiques managériales¹. Primo, il existe une forte distance hiérarchique dans les organisations algérienne et cela prouve qu'il existe une répartition inégale du pouvoir entre les employés. Un favoritisme et une forte comparaison sociale en fonction du niveau hiérarchique des employés sont donc présents. La forte distance hiérarchique reflète une forte centralisation du pouvoir. De ce fait, la délégation par le downsizing et la responsabilisation partagée à travers l'implication de tous ne sont pas des pratiques acceptées. La forte distance hiérarchique démontre la multiplication des acteurs encadrants. Cela engendre une multitude d'acteurs exerçant une pression de pouvoir à l'encontre du groupe dans les organisations algériennes.

La forte distance hiérarchique désigne un écart salarial entre les niveaux hiérarchiques ; les procédures formelles définissent donc le management appliqué et que par ailleurs, la

¹ Voir Annexe 1 : Dimensions culturelles organisationnelles des organisations algériennes.

flexibilité et le travail en réseau en est amoindri. Une focalisation sur les règles formelles et sur les directives exclusives de la voie hiérarchique réduit le sens de l'initiative ainsi que des démarches de changements intégrateurs en interne¹. La relation interpersonnelle entre l'équipe dirigeante et les employés représente un échange par la subordination et par la soumission à l'autorité. Par conséquent, la dominance du style du leadership est l'autocratie bienveillante.

Les normes régissant le système social interactionnel s'établissent à travers les normes régissant une famille. L'équipe dirigeante reflète alors un père de famille qui fixe des lois tout en développant une bienveillance vis-à-vis de ses employés. Le poids de la hiérarchie informelle prend alors son sens. Dans cette perception, les interactions entre les deux parties sont avant tout subjectives et émotionnelles. L'irrationalité domine alors sur la qualité des collaborations. Celle-ci impacte ensuite sur le niveau de performance. La dominance du subjectivisme entraîne une acceptation des symboles et des privilèges à l'égard de sous-groupes au sein d'une même organisation.

3.1.1.1.2. Individualisme

Les dimensions culturelles organisationnelles algériennes s'orientent vers la dominance du collectivisme autrement dit que la priorité va vers la recherche du bien-être et de l'harmonie du groupe. Cette recherche de la paix sociale informelle engendre la recherche de l'atteinte des intérêts communs du groupe. Par ailleurs, les politiques de recrutements et de promotions dépendent de la dominance de la subjectivité. Les employés à intégrer dans l'équipe doivent avoir des valeurs similaires à celles du groupe afin de favoriser une intégration sociale et professionnelle. Ce point est important car il réduit les risques de développement des conflits interpersonnels entre les acteurs internes, les groupes et entre les employés et l'équipe dirigeante. Cela est donc visible, la valorisation des employés ne prend pas uniquement compte de la compétence et de l'ambition des employés mais aussi des qualités sociales visant à assurer la cohésion du groupe.

La relation interpersonnelle entre l'équipe dirigeante et les employés dans les organisations algériennes est basée sur un rapport moral de type lien familial. Cela focalise les pratiques managériales vers un management de groupe et par le groupe. L'importance de la relation interpersonnelle morale accroît la réfraction vis-à-vis des procédures de contrôle et d'appréciation des compétences des employés. Comme conséquence, une critique professionnelle qui est perçue comme personnelle apparaît alors. La non distinction entre les

¹ Hofstede, G., Hofstede, G., J., Minkov, M., *Op-Cit*, 2010, p.76.

critiques personnelles et professionnelles déstabilise l'harmonie du groupe à travers la perception d'un rejet et d'un manque de valorisation sociale dans les organisations.

La dominance du collectivisme privilégie le particularisme, il y a donc un traitement particulier en rapport avec l'appartenance aux groupes restreints et aux sous-groupes informels de référence dans les organisations. Le particularisme incite alors au clanisme au sein d'un même groupe catégoriel¹. Par conséquent, il existe une forte sensibilité vers le développement de valeurs sociales qui renforce l'harmonie du groupe. Par contre, la recherche constante de cette harmonie freine les changements nécessaires à mettre en place afin de réaliser des croissances significatives. Toutefois, la dominance de la qualité des relations interpersonnelles insiste sur le poids de la hiérarchie informelle. Les échanges sont à dominance oraux et en face-à-face. Il existe donc une faible formalisation et traçabilité des échanges entre les acteurs internes.

3.1.1.1.3. Différenciation sexuelle

Les valeurs organisationnelles algériennes s'équilibrent entre la recherche de l'assurance et la recherche de la modestie. Il existe donc un conflit, pour la plupart générationnel, qui oppose la mobilité des rôles aux rôles traditionnels. Sur un premier plan, les pratiques managériales assurent la recherche permanente de modestie, d'importance des relations et de la qualité de vie. Sur un autre plan, les organisations algériennes comprennent l'enjeu de la compétition, de l'assurance, du succès matériel et des réalisations personnelles et groupales. De ce fait, les organisations algériennes sont en recherche de l'équilibre entre l'atteinte du consensus tout en étant dans un environnement décisif, compétitif et agressif. Cette orientation influe sur le processus de résolution des conflits internes. De ce fait, la résolution des conflits se fait par la recherche du compromis. Nonobstant, ce compromis est la résultante des pressions des groupes influents.

Hormis les conflits, la valorisation sociale et professionnelle des employés se bascule entre la recherche de l'équité et de l'égalité. Il y a donc une interdépendance de croyance qui se développe. Celle-ci donne deux types de valeurs. La première est l'impact de l'épanouissement des employés sur la performance. La deuxième représente par contre l'impact de l'amélioration de la performance dans l'épanouissement social et professionnel des employés. L'importance est donc accordée aussi bien dans la croissance des promotions que dans l'amélioration de la satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail. Cet

¹ Hofstede, G., Hofstede, G., J., Minkov, M., *Op-Cit*, 2010, p.124.

environnement égalise donc les chances de promotion pour les hommes et pour les femmes. Les organisations algériennes renforcent à travers cela une humanisation du travail par la coopération et par l'enrichissement des tâches.

3.1.1.1.4. Tolérance de l'incertitude

Les dimensions culturelles organisationnelles en Algérie sont dominées par une homogénéité groupale. Cela mentionne qu'il existe un fort contrôle de l'incertitude. Les organisations algériennes sont donc régies par des règles précises et formelles. Le sens de l'initiative représente des situations imprévisibles et à risques. Les changements représentent des situations incertaines, inconnues et non structurées. Ils sont perçus comme une menace en vue du changement du cadre de référence connu. Cela démontre que le turnover est très faible. Par cela, il existe une faible rotation des compétences ; les organisations algériennes maintiennent sur du moyen terme, les mêmes profils que ce soit dans des postes de responsabilité ou dans les postes affectés.

La durée des promotions et de la valorisation des compétences se fait progressivement et lentement. Les pratiques managériales connaissent donc peu de flexibilités en vue du maintien de la même équipe dirigeante. La forte tolérance de l'incertitude dans les organisations algériennes affirme le besoin émotionnel dans la formulation et dans l'exécution des règles. Par ailleurs, la préférence va vers le maintien des règles préalablement appliquées même si celles-ci n'apportent pas une plus-value à l'organisation¹.

La perception des normes, valeurs et règles de conduite internes représente un cadre de référence tant organisationnel qu'émotionnel. De ce fait, l'intégration des changements sur ce cadre de référence génère des perceptions négatives liées à la sécurité au travail. Par ailleurs, la dominance du subjectivisme illustre la nécessité d'atteindre les résultats assignés afin de montrer sa dévotion envers le groupe. Une participation significative représente alors un engagement non pas envers l'organisation mais envers le groupe social interactionnel. Par conséquent, l'existence d'un mauvais climat interactionnel engendre un désengagement et une indifférence vis-à-vis de toute action d'amélioration ou de régulation consensuelles.

Le fort contrôle de l'incertitude illustre l'importance de la précision et de la formalisation dans les organisations algériennes. Cela explique le poids de la bureaucratie et des démarches hiérarchiques qui définissent les processus internes. Le fort contrôle de l'incertitude montre aussi une orientation vers l'expertise. De ce fait, les employés doivent avoir

¹ Hofstede, G., Hofstede, G., J., Minkov, M., *Op-Cit*, 2010, p. 217.

des profils fortement spécialisés. L'inexistence des profils recherchés explique la grande demande des contrats de consulting auprès d'organismes externes de conseil. Le besoin accru en contrôle mentionne une focalisation sur les actions quotidiennes plutôt que sur des activités de planification de la stratégie à moyen et à long terme. Les organisations algériennes préfèrent alors affronter chaque situation comme cela se présente afin de mieux s'adapter aux variations environnementales.

Le fort contrôle de l'incertitude insiste avant tout sur le contenu de la décision au lieu de la fiabilité des processus de prise de décision. De ce fait, un accroissement de la centralisation de pouvoir est promu. Cette centralisation foisonne la multiplication des sous-groupes dans l'organisation. Cette génération de sous-groupes renforce le travail individuel au lieu que ce soit le travail en réseau. Le manque de focalisation sur la synergie de groupe explique alors les résistances face à l'innovation. La tendance s'oriente bien plus vers un conformisme des normes préalablement implantées. De ce fait, la motivation dans les organisations algériennes est atteinte à travers la sécurité et la recherche de l'estime sociale et du sentiment d'appartenance aux groupes catégoriels et informels.

3.1.1.1.5. Orientation à long terme

Les dimensions culturelles organisationnelles algériennes ont une vision temporelle sur le court terme. Les valeurs organisationnelles sont tournées vers le présent et vers la gratification immédiate. De ce fait, les valeurs au travail sont modélisées par la liberté d'expression à travers le poids du subjectivisme. Elles sont modélisées aussi à travers une focalisation des réalisations personnelles et de la pensée pour soi-même. Cela explique alors que l'appartenance aux groupes est liée aux avantages à promouvoir en vue d'intégrer les intérêts individuels dans les intérêts communs. Toutefois, de nombreux comportements opportunistes se développent. Cela est lié encore une fois à l'importance de l'épanouissement social et professionnel. Ce besoin d'épanouissement régule le management du temps des employés et de l'équipe dirigeante. Par conséquent, un temps est dédié aux loisirs afin de maintenir une harmonie au travail à travers l'amélioration du système interactionnel¹.

Les organisations algériennes ont une orientation à court terme de la profitabilité. Elles n'investissent que dans des secteurs "vache-à-lait" permettant d'engendrer des profits rapides et immédiats. Cela ralentit entre autre l'investissement dans des pratiques et processus de R&D. L'orientation à court oppose les visions idéologiques, sociales, culturelles et organisationnelles

¹ Hofstede, G., Hofstede, G., J., Minkov, M., *Op-Cit*, 2010, p.251.

entre l'équipe dirigeante et les employés. L'équipe dirigeante perçoit les employés comme des acteurs à commander afin de maintenir une conformité interne. Par contre, les employés perçoivent l'équipe dirigeante comme un facteur limitant leur épanouissement. Ces perceptions sont apparues par le manque de compréhension mutuelle entre les deux parties. L'opposition entre les valeurs des employés et l'équipe dirigeante réduit la loyauté réciproque. De ce fait, un licenciement tout comme une démission est les premières options suite à un conflit d'intérêt ou de valeur.

3.1.1.1.6. Niveau d'indulgence et de retenue

Les dimensions culturelles organisationnelles algériennes sont dominées par la retenue. Les valeurs, conduites et comportements dans le système interactionnel sont donc régis par des normes sociales et organisationnelles strictes. Cela démontre que l'existence d'un conflit interpersonnel entre des acteurs internes agit fortement sur le niveau du bien-être au travail. La priorité n'est donc pas vers l'épanouissement mais plutôt vers le conformisme aux normes institutionnelles. Ce conformisme est par ailleurs conduit à travers une discipline morale. Le conformisme incite à son tour au développement d'acteurs névrotiques et pessimistes. Leurs réactivités se déploient à travers une déviation ou à travers une indifférence organisationnelle¹.

3.1.1.2. Selon les travaux de Mercure & al.

Les travaux de Mercure, de Harricane, de Seghir et de Streenhaut lient les dimensions culturelles au système de management et aux facteurs de motivation des employés en Algérie. La figure 3.1 synthèse l'ensemble de leurs résultats. En effet, elle affiche les employés algériens s'épanouir dans des organisations de petites et de moyennes tailles. La taille des organisations est en lien avec la qualité du climat interactionnel et du système social. Une petite et moyenne structure renforce la perception de l'appartenance sociale au groupe.

La taille de l'organisation détermine alors la force des relations interpersonnelles et le poids des relations informelles. De ce fait, les employés algériens ne peuvent être épanouis dans un environnement strictement rationnel et professionnel. Ils ont besoin de percevoir une forte appartenance au groupe afin d'être valorisés socialement parlant. Même s'il existe une forte distance hiérarchique, le modèle algérien reste plus souple que l'environnement japonais. Toutefois, la décentralisation du pouvoir décisionnel est sélective. Elle est accrue

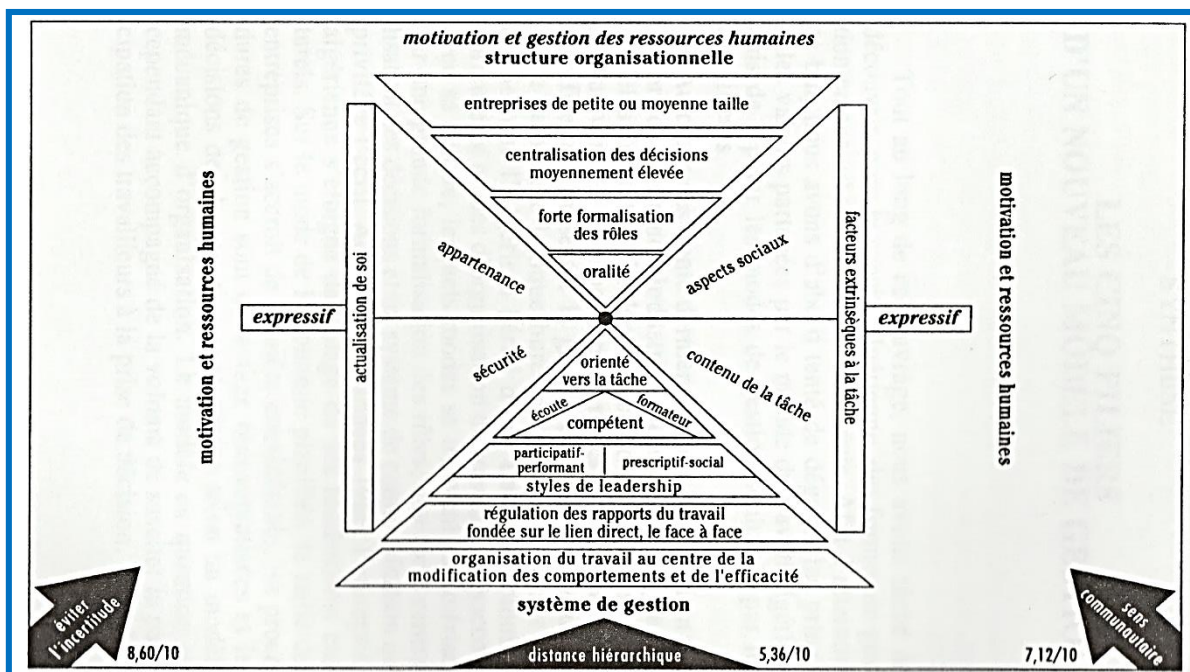
¹ Hofstede, G., Hofstede, G., J., Minkov, M., *Op-Cit*, 2010, pp. 291-297.

principalement aux hauts niveaux hiérarchiques. Cela est fortement accentué par l'importance de la formalisation des rôles des acteurs.

Le niveau de décentralisation affirme que le sens de l'initiative, le niveau de consultation et le niveau de décentralisation dépend du pouvoir décisionnel attribué par les droits et les obligations de la fonction représentée par les acteurs internes. Par contre, la formalisation ainsi que l'ensemble des directives sont orales. Les pratiques managériales se basent donc sur le poids des relations informelles. La parole est donc un signe d'engagement de bonne foi vis-à-vis du groupe. Par ailleurs, le non-respect de celles-ci entraîne une méfiance et la perte de la confiance mutuelle entre les acteurs.

Les dimensions culturelles algériennes favorisent l'expressivité des acteurs internes. Cette expressivité est liée au poids du subjectivisme qui régule la qualité des perceptions et de la représentation sociale de soi et des autres. Le niveau de motivation des employés à un engagement active dans l'organisation et dépend des aspects sociaux au sein de l'organisation même. Aussi, leur niveau de responsabilisation est principalement limitée au contenu de la tâche afin d'éviter de subir une surcharge des obligations de travail.

Fig. 3.1.- Relation entre la culture organisationnelle, le système de gestion et les facteurs de motivation en Algérie



Source : Mercure, D., & al., *Culture & gestion en Algérie*, Ed. ANEP, Alger, 2006, p. 137.

Le niveau d'implication des employés est aussi proportionnel à deux autres facteurs. Le premier représente la perception de l'appartenance sociale dans l'organisation. Il s'agit ici de

l'importance accordée à l'identification de soi dans le groupe et de l'identification du groupe d'appartenance au groupe de référence. Toutefois, ce besoin d'appartenance accroît le besoin de sécurité. Il s'agit ici principalement de la sécurité de l'emploi et de la sécurité liée à la maîtrise de l'incertitude. Le système de gestion doit donc prendre en compte les besoins des employés en vue de renforcer leur motivation dans l'organisation.

Le système de gestion appliqué dans les organisations algériennes montre que l'organisation du travail est centrée sur la modification des comportements et de l'efficacité. Par conséquent, la fixation des objectifs détermine en premier lieu les adaptations à mettre en place en vue de réguler l'organisation de travail. Celle-ci diffère aussi en fonction des comportements adoptés au sein de l'organisation. La qualité du climat interactionnel impacte par conséquent directement sur l'efficacité et sur l'amélioration de la performance organisationnelle dans les organisations algériennes.

La dominance du subjectivisme se définit aussi dans la régulation des rapports hiérarchiques. Les échanges de valorisation, de sanction et de contrôle se font par voie verbale et en face à face. Néanmoins, ces échanges se font dans la finalité de maintenir une stabilité au travail fondée sur la qualité des relations interpersonnelles. Ces échanges expliquent dans cette voie le style du leadership dominant dans les organisations algériennes. En effet, la dominance va vers un leadership participatif performant et vers un leadership prescriptif social. Le premier désigne l'importance de désigner l'équipe dirigeante comme des acteurs-leaders qui représentent des héros et symboles internes. La personnalité charismatique de l'équipe dirigeante motive les employés en vue de montrer une reconnaissance des qualités sociales et professionnelles de celle-ci.

Le deuxième indique bien plus l'importance de la subordination et du respect du pouvoir décisionnel propre à chaque fonction. Toutefois, cette prescription se base sur la qualité des échanges tant professionnels que sociaux. Ce style de leadership puise dans la force des pressions de pouvoir exercées par l'ensemble des acteurs internes. Il incite donc aux jeux psychologiques entre les parties dans le cas du développement d'acteurs déviants. La qualité de la relation interpersonnelle entre l'équipe dirigeante et les employés est centrale dans la perception et la satisfaction du système de gestion appliqué. Les employés algériens allient la compétence de l'équipe dirigeante à sa capacité à comprendre et à écouter les employés. Par ailleurs, ses qualités personnelles déterminent la confiance accordée pour les pratiques managériales conduites par l'équipe dirigeante.

3.1.2. Facteurs impactant la création de valeur des médecins dans les CHU algériens

Afin de déterminer les facteurs qui impactent sur la création de valeur des médecins dans les CHU algériens, il est nécessaire de comprendre le rôle de l'équipe dirigeante et de déterminer le bilan social. Par cela, une identification de l'évolution du rôle administratif vers un rôle d'intégration est abordée. Le deuxième point étant le rôle de l'équipe dirigeante sur les politiques de motivation, de recrutement et de promotion.

3.1.2.1. Evolution des missions de l'équipe dirigeante

L'équipe dirigeante constitue le pilier qui contribue à la pérennisation des CHU. Elle se charge de la réalisation des politiques, des programmes et des activités permettant de définir les pratiques managériales et culturelles dans les CHU. L'équipe dirigeante des CHU intervient sur les politiques de recrutement, de formation, de motivation, de management des compétences et des carrières, d'audit et de suivi du personnel, d'élaboration des tâches, des fonctions et des organigrammes, et de la gestion prévisionnelle. Elle intervient aussi dans le développement des aptitudes, des valeurs, des croyances, des normes et des comportements visant à renforcer la culture hospitalière. Le but essentiel de l'équipe dirigeante est donc d'attirer les compétences tout en leur offrant un environnement de travail optimal pour leur création de valeur. Cela permet entre-autre de réduire le turnover et les sources conflictuelles internes dans le système social interactionnel.

L'équipe dirigeante dans les CHU algériens joue aussi un rôle important dans le développement de la polyvalence des compétences des médecins. Pour cela, elle intervient sur la stabilité au travail, la réduction des risques organisationnels, l'accroissement des opportunités et sur le niveau de flexibilité procédurale. Par ailleurs, cette flexibilité prend en compte les besoins et les attentes de l'ensemble des parties prenantes. L'équipe dirigeante joue un rôle dans la détermination de la qualité des programmes de formation. Elle impacte donc sur le développement des nouveaux savoir-faire et savoir-être dans les CHU algériens.

Le style de leadership appliqué par l'équipe dirigeante impacte sur le niveau de motivation des médecins. Pour cela, l'équipe dirigeante influe sur le niveau de stabilité de l'environnement de travail. Elle agit aussi sur le management du stress et des conflits. Cela a par ailleurs pour objectif de favoriser la synergie de groupe et de réguler le système interactionnel. Ainsi, l'équipe dirigeante agit sur le niveau de motivation à travers la proactivité engendrée par le système de rémunération, des primes, des compensations de contraintes et des

différents avantages sociaux. Par ailleurs, l'équipe dirigeante possède une influence aussi sur l'optimisation du management du temps. Ceci détermine la qualité de la communication, la transparence de l'information, la correction des dysfonctionnements sociaux et des tendances syndicalistes¹.

3.1.2.1.1. D'un acteur administratif vers un acteur d'intégration stratégique

Le rôle de l'équipe dirigeante est passée de l'organisationnelle orientée sur l'administration du personnel vers une plus grande intégration des décisions stratégiques de l'organisation. L'équipe dirigeante se compose de la direction des CHU et des chefs de service propres aux différents services dans les CHU. Ces chefs de services médicaux relèvent directement de la direction générale des CHU. Ils assument généralement une double mission.

D'autre part, ils participent aux activités traditionnellement administratives tels que l'enregistrement des départs, la paie et la rémunération, la participation dans les structures internes et externes, et la gestion prévisionnelle à court terme. Ils élaborent à travers cela les processus de recrutement et de sélection des médecins. Les chefs de service participent aussi aux missions plus stratégiques. Il s'agit ici de leur impact sur le système de la transparence de l'information, de la qualité du climat interactionnel et sur le renforcement des valeurs et normes de conduite. Toutefois, les missions stratégiques à portée de moyen et long terme sont de l'ordre de la direction générale des CHU.

Avec le développement des services de soins et des exigences de l'intégration des valeurs RSE, l'équipe dirigeante est consciente de l'importance de la modernisation des processus et des pratiques. Pour cela, elle favorise l'interdépendance hiérarchique à travers l'implication, la participation et la responsabilisation des médecins. Par conséquent, elle motive l'ensemble des acteurs internes à contribuer significativement dans la création de la valeur hospitalière.

Néanmoins, le manque de formation de l'équipe dirigeante dans le management responsable délimite des freins organisationnels. Ces empêchements représentent les règles strictes touchant les rémunérations ; l'évaluation est perçue par les médecins comme un contrôle et par les paramédicaux comme une atteinte à leur mission proprement dite. Ces entraves représentent aussi la qualité du taux d'encadrement des patients et le nombre de lits

¹ Selon les attentes de la direction des ressources humaines du ministère de la santé algérien.

disponibles dans les services. Par conséquent, la réduction de ces freins ne peut exister que par la révision de l'organigramme et par la décentralisation du pouvoir.

3.1.2.1.2. Rôle de l'équipe dirigeante dans la régulation des interactions internes

L'équipe dirigeante joue un rôle important dans la régulation des interactions internes. Celle-ci agit sur les différentes influences et jeux interactionnels entre les différents corps hospitaliers. L'équipe dirigeante régule aussi le système de pouvoir attribué à chaque corps en fonction de ses fonctions et de son statut. Elle détermine par cette voie l'autonomie dans la conception et la réalisation des tâches quotidiennes des médecins. En effet, les médecins ont la possibilité de contrôler en partie les décisions qui les concernent en termes de préoccupations professionnelles -le bien-être du patient- ou de position dans l'autonomie d'action. Toutefois, ces décisions ne correspondent pas forcément aux objectifs organisationnels globaux. Cette différenciation idéologique entre les médecins et l'équipe dirigeante finissent souvent par des ambiguïtés voire des conflits.

De plus, l'équipe dirigeante régule les interactions entre les médecins, les infirmiers et les aides-soignants d'un côté et régule aussi la qualité des collaborations avec les fonctions d'administration, de logistique, d'aide technique, de nettoyage et de distribution des repas de l'autre côté. L'équipe dirigeante surveille les interactions interpersonnelles en vue de maintenir le respect de la structure hiérarchique établie. Ce respect incite soit au conformisme, soit à la soumission à l'autorité formelle. La régulation établie par l'équipe dirigeante renforce les valeurs des médecins d'où, le renforcement du don de soi et du dévouement au bien-être du patient.

L'équipe dirigeante renforce tout autant la compétence médicale et le travail d'équipe. Elle a un rôle de régulateur des interactions sociales dans la finalité d'accroître le travail d'équipe malgré les différences catégorielles entre les différents corps. Elle détermine par conséquent le niveau de centralisation des décisions et la qualité de la circulation de l'information. Son impact est perceptible dans ses actions en vue d'arriver au cloisonnement des départements poursuivant des buts spécifiques au détriment de la cohésion globale.

3.1.2.1.2.1. Evolution des statuts des médecins

L'évolution du statut et des rôles des médecins dans les CHU a connu 5 étapes réparties entre les années 1960 et 1980, puis après 1989 et finalement à partir de 2006. En 1962, le nombre de médecins algériens ne dépassait pas les 300 (de 25 à 75ans) alors qu'il y avait en

fait 1800 praticiens, européens pour la plupart qui avaient quitté le pays après l'indépendance. Dans un tel contexte, l'état a investi dans le développement du système de santé. L'université algérienne était chargée de former suffisamment de médecins et de paramédicaux afin de couvrir les besoins de la population au niveau national suite au départ massif des praticiens européens.

En 1984, la formation des médecins était excédentaire et dépassait largement les besoins en professionnels médicaux et paramédicaux. Afin d'assurer une médecine gratuite (1974-1984), donner accès aux citoyens de l'intérieur du pays et du sud aux soins, et d'un autre côté garantir aux étudiants la création d'un poste de travail, la loi du service civil est instaurée. Celle-ci comparable au service militaire, concernait aussi bien les médecins généralistes que les spécialistes qui sont affectés selon le besoin en soins médicaux pendant 2 ans à travers le pays. Une fois son devoir achevé, le médecin se voit attribué un poste de travail permanent dans la fonction publique. La saturation du marché a par la suite incité à l'autorisation de s'installer dans le privé à travers le territoire national.

En 1989, la loi du service civil est abrogée à cause du contexte économique et social défavorable. Cette nouvelle variable crée une distribution non équitable des ressources humaines médicales et paramédicales en créant un phénomène de concentration au niveau du centre du pays, notamment à Alger. Par contre, à partir de 2006, plusieurs réformes et améliorations sont apportées. En premier lieu, l'intégration de la notion de management des ressources humaines permet en collaboration avec l'équipe dirigeante d'intégrer des pratiques managériales visant à valoriser la création de valeur des médecins.

La réforme hospitalière introduit aussi une autre modification. Celle-ci représente la désignation des praticiens hospitalo-universitaires comme enseignants-chercheurs hospitaliers. Cela donne donc de l'importance au transfert du savoir-être et du savoir-faire et de l'importance à la prise en compte conjointe des valeurs des directions de santé et des universités. Une troisième réforme est orientée vers les modalités du recrutement des médecins généralistes. Avec une offre excédentaire de nouveaux diplômés dans le secteur médical, le recrutement ne se fait plus sur titre mais par voie de concours.

Depuis les années 2000, les médecins spécialistes, toutes disciplines confondues, posent problème souvent par manque de structure d'accueil convenable à l'intérieur du pays. Cela concerne principalement le service civil imposé aux spécialistes afin de desservir la région des hauts plateaux et du grand sud. De ce fait, suite aux changements dans le statut de la fonction publique, deux nouvelles réformes ont vu le jour. La première représente la réintégration de la

loi du service civil pour les médecins spécialistes uniquement. La deuxième représente la contractualisation des médecins généralistes. Cela induit que même après la réussite du concours écrit, les médecins généralistes sont affectés en tant que stagiaires pendant une année. Passé ce délai, ils sont soit recrutés, soit réévalués pour une durée d'un an supplémentaire, voire dans certains cas précis licenciés sans préavis¹.

3.1.2.1.2.2. Politique de motivation

Les médecins et les paramédicaux subissent généralement un abus de pouvoir exercés par les chefs de services. L'abus de pouvoir est particulièrement perceptible chez les résidents. Cela prouve du système un facteur dominant qui régit l'ensemble des influences et pressions de pouvoir sur ces acteurs. L'équipe dirigeante peut donc représenter un facteur de démotivation pour les médecins. La contrainte réside dans la planification des inspections dans le cadre de l'évaluation du stress et des conditions de travail beaucoup plus en tant que problème purement médical.

La recherche de l'identification des risques organisationnels ainsi que des facteurs source de démotivation ne représentent pas une action inscrite dans la politique de l'amélioration continue. L'équipe dirigeante ne déploie pas des politiques optimales dans la finalité de promouvoir la motivation, la participation et la responsabilisation des médecins. Cette situation est due à l'absence de stratégie de communication visée à sensibiliser les chefs de service afin d'appliquer un management participatif, de créer une culture et une harmonie dans le travail ou même favoriser un autre style de communication et de gestion des conflits.

3.1.2.1.2.3. Politique de recrutement

Les médecins généralistes sont recrutés désormais sur concours avec épreuve écrite pour une période indéterminée. Les spécialistes sont recrutés en fonction de l'examen DEMS et selon la moyenne obtenue.

3.1.2.1.2.4. Politique de promotion

Les médecins spécialistes ayant validé leur diplôme d'études médicales spécialisées DEMS peuvent bénéficier d'une double promotion. La promotion par poste concerne l'évolution hiérarchique du médecin spécialiste grâce à son expérience. Cela consiste à évoluer de praticiens spécialistes assistants jusqu'à atteindre les postes dits supérieurs qui nécessitent

¹ Selon la direction des ressources humaines du ministère de la santé en Algérie.

une responsabilité d'ordre managériale. Cependant, les médecins spécialistes peuvent en parallèle bénéficier de la promotion par carrière. Celle-ci contrairement à la première ne se fie pas du nombre d'années d'expériences, mais exige plutôt des concours pour débiter en tant que maître-assistant hospitalo-universitaire et finir en tant que professeur émérite¹.

Contrairement aux médecins spécialistes, l'enseignant chercheur est soumis à une double tutelle. Cela veut dire qu'il dépend du ministère de la santé mais aussi du ministère de l'enseignement supérieur. Le cas du chef de service a par contre un triple rôle, de soignant (dépendant du ministère de la santé), d'enseignant (dépendant du ministère de l'enseignement supérieur), et de responsable qui exige de lui des responsabilités et obligations managériales. Celles-ci le définissent en tant que garant de son service et du management de son personnel médical, paramédical et administratif. Par contre, dans une position autre que celles citées, les médecins résidents réclament un statut particulier, une rémunération et des indemnités hospitalières telles que les indemnités de contagion et autres.

3.1.2.2. Appréciation de l'environnement hospitalier dans les CHU

Ce sous paragraphe est destiné à présenter l'environnement hospitalier dans les Centres Hospitaliers Universitaires. Dans cette finalité, des indicateurs sociaux sont formulés et proposés. Ces indicateurs se réfèrent aux indicateurs et domaines du bilan social. Les données utilisées dans cette analyse sont des années précédentes. La recherche opératoire qui suit dans les chapitres suivants est réalisée en 2013. Par ailleurs, les médecins participants à l'étude ont un minimum d'ancienneté de 3 ans dans leurs CHU respectifs.

L'étude de l'environnement hospitalier de 2010 reflète l'environnement de départ pris en compte pour ajuster les variables à analyser dans la recherche opératoire. Il est à noter que les médecins participant à l'étude ont pris en compte la réalité hospitalière comprise entre 2011 et 2013. Les résultats de l'analyse reflètent une initiative personnelle du chercheur à proposer des constatations abouties suite à une proposition d'indicateurs. La résultante des résultats et des indicateurs sont illustrés dans l'annexe 3².

L'étude se réfère aux données sanitaires du ministère de la santé pour l'évaluation de l'ensemble des CHU algériens. Cette étude cerne les difficultés et les problèmes rencontrés par les corps hospitaliers dont principalement les médecins. Le choix des CHU comme organisations d'analyse est lié à l'importance des CHU en termes de prestations et d'activités

¹ Voir Annexe 2 : Politique de promotion par poste et par carrière des médecins dans les CHU algériens.

² Voir Annexe 3 : Appréciation de l'environnement de travail des médecins dans les CHU algériens pour l'année 2010

sanitaires, de diversification des services et de spécialités, de formation et de transfert du savoir, de recherches médicales et d'interactions. En se référant aux domaines du bilan social, les indicateurs sociaux évaluant les CHU algériens sont quantitatifs afin d'avoir une appréciation chiffrée. Pour ce, 20 indicateurs sont proposés pour l'évaluation des domaines de création de valeur du corps hospitalier, de la structure hospitalière, de la formation et rémunération, du climat social et de la santé et la sécurité au travail. Afin de mesurer la création de valeur ajoutée, cette étude se concentre sur les médecins.

En prenant en compte un ratio moyen de répartition des cas à traiter en 2010 dans les CHU algériens actifs, chaque médecin de tous corps confondus traite 20 cas différents par an. Cependant, chaque médecin réussit à soigner 14 patients par an dont 11 en pronostic vital menacé. Ces 14 patients représentent des malades soignés avec ou sans apparition de complications. Le calcul de l'indice individuel de la performance des soins ne comptabilise pas les patients incurables (morts certaines). Il se concentre sur le nombre de patients curables soignés. Cependant l'indice individuel de la performance en soins vitaux se concentre sur les cas d'admission d'urgence transférés par la suite vers les services appropriés.

Etant en relation direct avec le patient, les médecins et les paramédicaux proposent des prestations sanitaires. Ce personnel offrant une valeur ajoutée représente 68,97% de l'effectif total des CHU. Par contre l'effectif purement médical représente 32,24%. De ce fait, les CHU ont un actif de 15,13% apte à encadrer le reste du personnel créant de la valeur ajoutée. Ce taux représente l'effectif allant du médecin spécialiste jusqu'au professeur. Leur rôle est de former, superviser et orienter le reste de l'équipe. La finalité de cela est l'optimisation du rendement de chaque médecin ou paramédical. Cependant pour la formation performante qui représente l'encadrement des futurs diplômés en médecine spécialisée, le taux d'encadrement est égal à 35,49%.

Sachant que 14 000 praticiens spécialistes ont quitté le secteur public entre 2002 et 2010 pour s'orienter vers le secteur privé ou l'immigration¹, le concours de gradation des spécialistes assistants a pour objectif de réduire le nombre de départs en leur offrant la possibilité d'être promu à des postes à responsabilité en toute transparence. Inexistant depuis trente-ans en Algérie, la moyenne de candidature pour un poste est égale à 9 candidats.

L'annexe 3 illustre l'importance accordée à la formation au niveau des CHU algériens. Représentant 2,16% des frais totaux de fonctionnement, 96,63% du budget de la formation est

¹ Selon le responsable du syndicat national des praticiens spécialistes de la santé publique.

consommé¹. Cela revient à une dépense moyenne de l'ensemble de l'effectif à raison de 129 121,15 DA par employé. Mobilisant 80% du budget de la formation, chaque médecin bénéficie indirectement ou directement d'un montant moyen de 320 373,55 DA par an pour la formation. Ce budget personnel comprend les frais de stage à l'étranger, d'organisation de séminaires, de journées d'études et de sensibilisations, ainsi que les frais de formations internes/externes.

En prenant tous corps hospitaliers confondus, le salaire moyen d'un employé au niveau des CHU est de 39 270,20 DA par mois. Ce salaire mensuel comprend le salaire fixe et variable. En termes d'évaluation du climat social interne, il est à noter que 616 médecins spécialistes quittent les CHU par an. Cela revient à un taux de 42% de leur effectif. En prenant en compte les 2000 diplômés en médecine spécialisée par an², cela revient à un départ de 70% des spécialistes. Pour ceux qui s'investissent toutefois dans le secteur public, chaque employé de CHU perçoit en moyenne 8 028,42 DA par an en œuvres sociales.

Le dernier domaine d'évaluation évalue l'hygiène, la santé et sécurité au travail. Il est à noter que chaque CHU a un budget de 180 635,11 DA par jour pour son entretien. Cela comprend les frais de l'aménagement des espaces communs, de la propreté, du tri des déchets médicaux et consommables, et de tout problème pouvant causer un manque d'efficacité du personnel. Par contre, le budget quotidien attribué à chaque CHU dans le but d'émettre des actions spécifiques de prévention est de 28 748,55 DA.

Avec un taux de 32,24%, des services au niveau des CHU algériens souffrent d'un manque de médecins spécialistes. Ce manque est constaté dans les spécialités de dermatologie, de rhumatologie et d'épidémiologie. Concernant les spécialités chirurgicales, un manque est accru pour les spécialités d'oncologie chirurgicale, de chirurgie thoracique, vasculaire, cardiaque et plastique. Submergés par les obligations médicales dues au manque de spécialistes, la recherche médicale et la qualité de l'encadrement des internes et des résidents en sont affectées. Par ailleurs, chaque hospitalo-universitaire se doit d'encadrer au minimum 3 résidents plus des internes (étudiants 7^{ème} année médecine) ainsi que des étudiants stagiaires.

Pour l'année de 2010, un solde de 172 074 000 DA est enregistré pour le budget de formation (3,37%). Ce solde est dû aux décisions du conseil médical qui affecte les formations en fonction des priorités et besoins des CHU et des services. Deux autres contraintes affectent négativement la performance sociale du corps médical, cela concerne le recrutement et la rémunération des médecins spécialistes. Ces deux points représentent des facteurs de

¹ *Statistiques sanitaires année 2010*, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2012, p 69.

² Selon le syndicat national des praticiens spécialistes de la santé publique.

démotivation dû à leur insatisfaction. La première étant le manque d'opportunité de promotion par carrière et par poste. La deuxième représente le manque financier à gagner par rapport à l'offre proposé par les cliniques privées en termes de rémunération fixe et variable.

A raison d'un montant de 8 028,42 DA pour les œuvres sociales¹, les avantages qu'offrent un poste au niveau de la fonction publique encourage l'augmentation du taux de rotation (70%) et de départ (616 médecins spécialistes par an) comparativement aux avantages financiers du secteur privé. L'existence d'un climat interactionnel défavorable à l'épanouissement professionnel des médecins est aussi dû à une consommation non optimale des frais d'entretien des CHU. Il y a un solde de 144 741 000 DA enregistré pour 2010. Ce point affecte à son tour la mise en place d'actions de prévention qui laisse un solde de 107 591 000 DA. Toutefois, la non-consommation de ces soldes s'explique aussi par des variables bureaucratiques comme le déblocage des budgets. Elle s'explique aussi par la rotation de l'équipe dirigeante nécessitant une réadaptation des budgets et des priorités organisationnelles.

Les médecins ne s'orientent pas vers la généralisation d'une culture de responsabilité sociétale qui a pour but de promouvoir le respect de l'environnement et l'application d'un management responsable. La première priorité s'oriente vers une réadaptation des pratiques organisationnelles et vers la résolution des conflits internes. Elle s'oriente aussi vers l'amélioration du système de motivation financier, matériel et d'accomplissement. Finalement, elle s'oriente à la disponibilité de l'ensemble des bonnes conditions de travail².

L'analyse des indicateurs sociaux proposés démontrent l'existence d'une relation d'interdépendance entre les différents domaines analysés. La figure 3.2 montre que les domaines d'évaluation de formation, de recrutement, de rémunération et de santé/sécurité au travail sont des variables endogènes. Chacune de ces variables doit entreprendre des actions d'amélioration continue afin de générer une relation positive de cause à effet. Ces 4 variables sont à l'origine du désintéressement de l'intégration d'une culture orienté vers la responsabilisation de chaque acteur. Cela affecte la motivation des médecins à atteindre l'efficacité et à adopter la politique de l'équipe dirigeante.

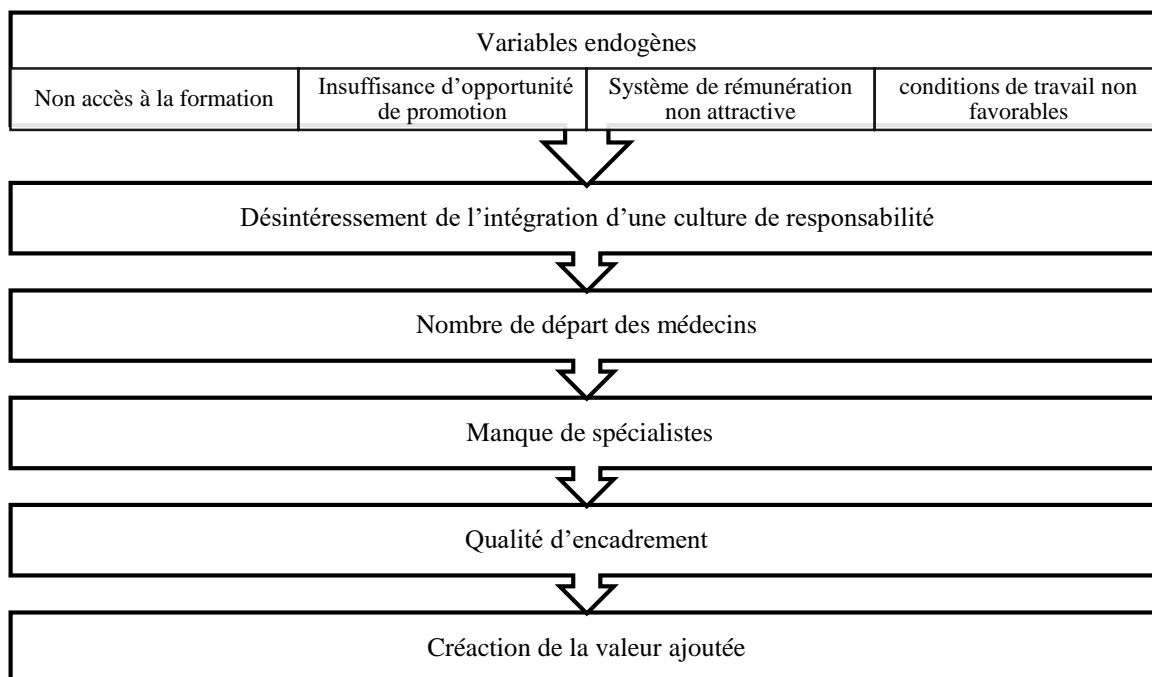
L'accumulation des facteurs de non satisfaction (je m'en-foutisme (Laisser-Aller), le travail minimum et la fréquence de l'absentéisme) augmente le nombre de départ. Ce taux élevé de rotation affecte la performance des différents services souffrant d'un manque d'effectif et de

¹ Pour le corps médical hors les hospitalo-universitaires qui bénéficient des œuvres sociales universitaires.

² *Statistiques sanitaires année 2010, Op cit*, p 69-70.

compétence. A son tour, cela affecte la qualité de l'encadrement des étudiants, internes et résidents qui se découragent et cherchent des opportunités de recrutement dans le secteur privé.

Fig. 3.2.- Relation d'interdépendance des facteurs définissant l'environnement hospitalier dans les CHU



L'ensemble de ces facteurs impactent négativement la création de valeur qui tourne autour de la performance individuelle et de groupe. Elle s'oriente aussi autour de l'intérêt accordé au processus d'amélioration. En effet, l'amélioration des variables endogènes réduit le nombre de départs et d'améliore la motivation des médecins. Cela se traduit par l'augmentation du nombre d'hospitalisations, réduction du nombre de patients normalement curables mais décédés à cause du manque de compétence, fautes professionnelles et par l'augmentation des négligences ou de surcharge de travail.

Les résultats des indicateurs sociaux identifient les dysfonctionnements au niveau des centres hospitalo-universitaires en Algérie. La grande partie des limites rencontrées sont d'ordre social. Il est donc important de former les cadres responsables hospitaliers aux notions du post-new public management. Cela permet entre autres de réduire l'asymétrie informationnelle, d'améliorer l'échange de la communication verticale (directeur du CHU, chefs de services, équipes médicales et paramédicales) et la communication horizontale entre les différents services. Il est important aussi de sensibiliser l'ensemble du personnel aux valeurs

de la responsabilité sociale et sociétale en l'utilisant comme outil de résolution des conflits existants.

Il est nécessaire aussi d'intégrer les notions de mesure de la performance et de la prise en compte des valeurs sociales dont la mise en place annuelle de bilans sociaux. La finalité est de s'inscrire dans une bonne gouvernance hospitalière permettant de rendre les CHU algériens actifs et citoyens. C'est dans ce sens que le ministère de la santé et de la réforme hospitalière doit jouer un rôle central. En effet, la décentralisation du pouvoir de décision de la direction des ressources humaines, vers les DSP puis vers les CHU crée un manque de suivi. Le ministère de la santé analyse l'état des lieux des CHU uniquement à base des rapports envoyés par les directeurs et responsables hospitaliers. Celui-ci doit donc imposer des ratios d'atteinte de performance sociale dans le but d'améliorer le climat social interne. Il doit ensuite se concentrer sur l'intégration des processus d'amélioration continue de la performance sociétale hospitalière.

3.1.3. Performance sociétale des CHU algériens

Le management hospitalier est l'une des filières les plus importantes du management publique. En effet, l'amélioration de la performance des CHU est primordiale. Cependant, même si les CHU n'ont pas un objectif de rentabilité vu qu'ils offrent des services non lucratifs, leurs obligations par contre s'élargissent. Avec la prise en compte du développement territorial et du rôle des collectivités locales, les CHU doivent répondre aux exigences de leurs parties prenantes. Les CHU sont face aux indicateurs de la RSE/RSO dans l'évaluation de leur performance. Un nouveau concept fait donc son apparition qui est le management hospitalier responsable. Ce concept montre alors tout l'intérêt que doit accorder un CHU à l'atteinte d'une performance sociétale. Cela a pour objectif de contribuer au développement territorial et d'améliorer le système national de santé en Algérie.

Comme les CHU sont composés de différents corps d'employés, le management organisationnel est spécifique à ce type d'organisme. En effet le faussé créé entre le corps médical, paramédical et administratif augmente l'apparition de conflits. Cela augmente aussi les couts d'agences, la dégradation des relations de travail et la baisse de motivation. Les rapports conflictuels engendrés par les différentes pressions de pouvoir favorisent l'application d'un style managérial qui prime soit le je m'en-foutisme, soit l'autorité. Cela engendre la discrimination et le manque de communication transversale et verticale entre les différents corps.

Ce manque de communication et de collaboration impacte aussi la communication horizontale entre les différents services. Le but de cette étude est d'évaluer différents indicateurs dans le but d'arriver à une évaluation globale de la performance qui regroupe les valeurs sociétales. Un diagramme d'influence est tracé pour identifier les relations de causalité entre les différentes variables. Par ailleurs, ces variables respectent les principes de la théorie du chaos. Comme la performance se mesure, des statistiques sanitaires sont utilisées pour quantifier les résultats sur l'ensemble des CHU algériens.

3.1.3.1. Performance sociale

Cette partie analyse la performance sociale dans les CHU. Elle permet dans sa finalité d'analyser le management des carrières, les conditions de travail et le climat interactionnel. Les résultats sont présentés entre 2011 et 2013 (données de la direction de planification du ministère algérien de la santé, de la population et de la réforme hospitalière).

3.1.3.1.1. Management des carrières

Le tableau 3.1 illustre l'évolution du nombre de médecins dans les CHU algériens entre 2011 et 2013. Les résultats montrent le taux de masculinisation et de féminisation pour chaque grade des médecins.

Tab. 3.1.- Evolution du corps médical dans les CHU algériens (2011-2013)

<i>Grade du médecin</i>	<i>Année</i>	<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>2013</i>	
		<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Professeurs		347	152	363	159	358	158
Maitres de conférences		139	106	144	113	176	140
Maitre assistants		964	1175	1009	1272	958	1228
Résidents		3201	4398	3434	4669	3450	5145
Spécialistes		566	1140	647	1326	650	1366
Généralistes		291	770	301	789	287	804
Chirurgiens-dentistes		21	77	21	76	23	71
Pharmaciens		17	93	2	8	17	112

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Les médecins de sexe féminin dominent l'ensemble des grades compris entre les maitres assistants et les pharmaciens. Par contre, la composition des deux plus grands grades des hospitalo-universitaires est dominé par les médecins de sexe masculin^{1, 2, 3}. Cela est dû aux

¹ *Statistiques sanitaires année 2011*, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, Juillet 2013, pp.276-279.

² *Statistiques sanitaires année 2012*, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, Mars 2014, pp. 88-110.

³ *Statistiques sanitaires année 2013*, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, Mai 2015, pp.298-301.

contraintes personnelles familiales qui limitent la disponibilité des médecins de sexe féminin dans l'avancement de carrière. Les résultats du tableau affichent aussi une évolution dans l'ensemble des effectifs du corps médical. Cela fait apparaître l'accroissement des structures des CHU qui sont en développement continu afin de répondre aux exigences des prestations médicales.

Tab. 3.2.- Evolution des autres corps hospitaliers dans les CHU algériens (2011-2013)

<i>Type du corps hospitalier</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Corps paramédical	15609	16315	16643
Corps administratif, technique et de service	12024	12231	12139

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Le tableau 3.2 résume l'évolution des autres corps hospitaliers dans les CHU algériens entre 2011 et 2013. Tout comme les résultats constatés pour le corps médical, il existe une évolution dans l'effectif des autres corps hospitaliers. Cette donnée est importante particulièrement vis-à-vis du manque accru des paramédicaux dans les CHU.

Tab. 3.3.- Investissement direct en ressources humaines dans les CHU algériens (2011-2013)

<i>Nature des dépenses</i>	<i>Année</i>	<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>2013</i>	
		<i>C.O</i>	<i>T.C</i>	<i>C.O</i>	<i>T.C</i>	<i>C.O</i>	<i>T.C</i>
Personnel		39110957	95,08	43434200	96,37	37033500	94,37
Formation		13190950	101,23	17890800	98,92	13695072	92,69
Œuvres sociales		364000	100	382 000	100	600 000	100
Dépenses de recherche médicale		34500	57,70	35000	7,62	37000	51,16

Unité en KDA pour les crédits ouverts C.O ; Unité en % pour le taux consommé T.C

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Le tableau 3.3 étale l'importance de l'investissement direct en ressources humaines qui englobe l'ensemble des corps hospitaliers dans les CHU. Il est nécessaire de primer principalement la formation de l'ensemble des corps médical et paramédical. L'étude opératoire montre que beaucoup de médecins n'ont pas accès aux formations qu'ils ont demandées¹.

¹ Cela dépend des décisions du conseil médical.

La motivation du corps médical et paramédical est limitée pour cause d'insatisfaction de la rémunération. Les médecins interrogés estiment que les chefs de services ne récompensent pas le rendement personnel par la valorisation des compétences. Par contre, le budget des œuvres sociales attribué au personnel est toujours consommé à 100%. Cela représente un facteur de motivation pour les médecins à travers l'acquisition d'un avantage social. Par ailleurs, le budget est doublé en 2013 comparativement aux deux années précédentes. Cependant, le taux de la recherche médicale montre que la priorité des CHU ne s'oriente pas vers le développement des recherches médicales poussées.

3.1.3.1.2. Conditions de travail

Le tableau 3.4 illustre quant à lui l'investissement accordé à l'amélioration des conditions de travail. Le taux élevé de consommation des produits médicaux consommables montre que les CHU disposent de suffisamment de stock afin de satisfaire le besoin en termes de médicaments. Toutefois, les stages réalisés au niveau des CHU arrivent à induire une forte disponibilité des médicaments. Cela est par ailleurs fortement insisté par les médecins. Les résultats mentionnés dans les rapports du ministère de la santé montrent bien au contraire une baisse de consommation des budgets attribués à la disponibilité des médicaments et des autres produits à usage médical. Cette variation dépend des besoins propres aux CHU.

Tab. 3.4.- Investissement indirect en ressources humaines dans les CHU algériens (2011-2013)

<i>Nature des dépenses</i>	<i>Année</i>	<i>2011</i>		<i>2012</i>		<i>2013</i>	
		<i>C.O</i>	<i>T.C</i>	<i>C.O</i>	<i>T.C</i>	<i>C.O</i>	<i>T.C</i>
Alimentation		1440153	88,57	1557620	86,04	1 873085	89,17
Médicaments et autres produits à usage médical		25139336	88,31	18102620	77,99	18808701	79,06
Actions spécifiques de prévention des risques		598071	54,40	328 960	60,64	296 206	58,81
Matériel et outillage médicaux		3119247	71,63	2338570	83,89	2 768 939	87,41
Entretien des infrastructures sanitaires		2137314	86,78	1816380	79,14	2 613 708	88,62
Autres dépenses de fonctionnement		3162592	76,92	2761850	85,34	2 790 861	90,80

Unité en KDA pour les crédits ouverts C.O ; Unité en % pour le taux consommé T.C

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Un investissement est accordé à la prévention et à la maîtrise des risques liés aux patients et acteurs internes. Par ailleurs, une culture d'identification des risques existe afin d'identifier et de réduire l'impact des risques organisationnels. Le pourcentage de consommation du budget alloué au matériel et outillages est compris entre 71,63% et 87,41%^{1,2,3}. Le pourcentage

¹ *Statistiques sanitaires année 2011, Op-Cit, pp.276-279.*

² *Statistiques sanitaires année 2012, Op-Cit, pp. 88-110.*

³ *Statistiques sanitaires année 2013, Op-Cit, pp.298-301.*

manquant est dû aux barrières administratives d'acquisitions des équipements ou de l'affectation du budget à l'année suivante.

Selon les médecins, des demandes d'achats des équipements sont formulées et transmises aux chefs de services et aux directeurs des CHU. Le refus des demandes est justifié par le manque de budget attribué dans cette rubrique. Cela représente une contradiction à analyser. Les médecins estiment que la durée d'attente de l'achat d'un équipement est relativement longue. Les responsables des CHU expliquent ce retard par le manque de budget attribué à leur établissement, ce qui devient contradictoire avec le taux non consommé. Idem pour l'entretien de l'infrastructure et de l'organisation des CHU. Cette contradiction s'explique par le renforcement de la centralisation et des coalitions visant à centraliser des services stratégiques mis à disposition de plusieurs CHU. Cela s'explique aussi par le délai du déblocage des budgets financiers alloués pour chaque CHU (en fonction des priorités et des besoins).

3.1.3.1.3. Climat interactionnel

Le système interactionnel est régi par des tensions existantes au niveau des services primant une différenciation du niveau hiérarchique. En effet, il existe une barrière communicative entre les trois corps, médical, paramédical et administratif. Les résidents souffrent d'une surcharge de travail, les étudiants en médecine quant à eux souffrent d'un manque d'accès à l'apprentissage. Le corps administratif peine à imposer un règlement intérieur uniforme pour l'ensemble des services. Cela est principalement dû à l'insoumission du corps professoral. D'un autre côté, le manque accru en personnel paramédical augmente la surcharge de travail sur les médecins.

Bousculés par le temps, les médecins optent pour les soins accordés aux patients au détriment du suivi des résidents et des étudiants en médecine. La discrimination existante entre les différents corps et services accentuent le phénomène du je m'en-foutisme créant une inégalité de répartition des tâches de travail. Les résidents et étudiants en médecine se retrouvent seuls en pleine garde et sont exposés aux dangers de la faute professionnelle. Cela est dû au manque de médecins spécialistes en garde qui sont dépassés par la surcharge de travail. Ce mauvais climat social favorise le turn-over et les demandes de mutation d'un service à un autre. Sur un autre plan, les chefs de service et les responsables des CHU se retrouvent bloqués par leurs tâches administratives au détriment de la valeur ajoutée qu'ils offrent à leur profession de base en tant que médecins.

3.1.3.2. Performance Organisationnelle

L'analyse de la performance organisationnelle se focalise principalement sur l'évaluation des différentes activités médicales dans les CHU. Pour une meilleure compréhension, ce point présente les moyens hospitaliers dans les CHU puis le management des activités au sein des CHU. Le tableau 3.5 affiche l'ensemble des équipements médicaux dans les CHU. Il présente par ailleurs le matériel en panne et le matériel fonctionnel sur 5 types de domaines. L'augmentation de la fonctionnalité du matériel lié aux techniques opératoires entre 2011 et 2013 est bien constatée ; cela démontre d'une forte activité visant à valoriser le traitement optimal des services de soins. Il est important aussi de mentionner que cette augmentation doit prendre en compte le ratio démographique et de rotation.

Cette amélioration impacte positivement la performance hospitalière à travers deux manières. La première est le gain en termes de délais du traitement des patients. La deuxième est l'amélioration des réussites médicales dans les CHU à travers une meilleure réactivité. L'amélioration de la fonctionnalité de ce matériel dénote d'un bon suivi des processus de maintien des équipements médicaux. Cela induit une collaboration effective entre le corps de support, l'équipe dirigeante et les médecins dans le processus de signalement et de réparation du matériel. Contrairement à l'équipement des techniques opératoires, celui de la stérilisation et de la désinfection enregistre une hausse du matériel en panne.

Tab. 3.5.- Fonctionnalité des équipements médicaux dans les CHU algériens (2011-2013)

	<i>Techniques opératoires</i>		<i>Stérilisation et désinfection</i>		<i>Exploration fonctionnelle</i>		<i>Imagerie médicale</i>		<i>Anesthésie soins intensifs</i>	
	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>
2011	1143	123	622	45	820	79	518	64	3060	334
2012	1074	117	610	31	752	69	523	68	2621	316
2013	1259	90	646	60	774	105	513	74	2269	395

M.F : Matériel Fonctionnel ; *M.P* : Matériel en Panne.

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

L'augmentation des pannes des équipements médicaux est aussi constatée pour le reste des domaines qui sont l'exploration fonctionnelle, l'imagerie médicale et l'anesthésie des soins intensifs. L'augmentation des pannes s'explique par une défaillance budgétaire causée par une non disponibilité immédiate du budget alloué à la réparation des équipements^{1,2,3}. Cette augmentation s'explique aussi par un manque de priorisation induite par les techniciens (priorité et planning des entretiens), les médecins ou l'équipe dirigeante. La troisième explication de l'accroissement des pannes est le manque de contrôle et d'entretien des équipements. La

¹ *Statistiques sanitaires année 2011, Op-Cit, p. 44.*

² *Statistiques sanitaires année 2012, Op-Cit, p. 46.*

³ *Statistiques sanitaires année 2013, Op-Cit, p. 44.*

quatrième explication est une forte sollicitation et à une usure des équipements liés à la surcharge du nombre des cas traités. La dernière explication par contre concerne les différentes barrières internes induites indirectement par des pressions sociales dans les CHU (visions idéologiques, managériales et organisationnelles différentes).

L'accroissement de ces pannes affecte négativement sur la performance des services ainsi que sur l'image de marque des CHU. Elle dénote d'un risque organisationnel qu'il est nécessaire d'identifier et d'améliorer afin de faire progresser les conditions de santé et de sécurité au travail pour l'ensemble des parties prenantes des CHU. Le tableau 3.6 illustre la fonctionnalité du parc automobile dans les CHU algériens entre l'année 2011 et 2013. Les résultats montrent une augmentation de la fonctionnalité des automobiles hospitalières durant ces trois dernières années. Cette augmentation est constatée dans les véhicules de liaisons, les camions, les microbus, les clino-mobiles, les véhicules CTS (navette hôpital civil) et pour les autres types d'automobiles^{1,2,3}.

Tab. 3.6.- Fonctionnalité du parc automobile dans les CHU algériens (2011-2013)

	<i>Ambulances</i>		<i>Véhicule de liaison</i>		<i>Camions</i>		<i>Microbus</i>		<i>Clino-mobiles</i>		<i>Véhicules de CTS</i>		<i>Autre</i>	
	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>	<i>M.F</i>	<i>M.P</i>
2011	212	30	119	17	62	6	7	0	13	2	10	3	20	10
2012	219	32	122	22	59	7	6	0	6	0	10	1	26	10
2013	204	27	116	14	50	5	6	0	5	1	7	2	28	9

M.F : Matériel Fonctionnel ; M.P : Matériel en Panne.

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Les efforts sont déployés dans la fonctionnalité de leur parc automobile. La fonctionnalité du parc automobile dénote un meilleur entretien des véhicules. Cela représente une variable pouvant influencer indirectement sur la performance hospitalière à travers la disponibilité des ressources. Toutefois, cette amélioration n'induit pas systématiquement la résolution des problèmes liés aux délais des livraisons, de la disponibilité des ambulances et des transports d'urgence. De ce fait, les délais d'attente et la réactivité des services hospitaliers dans le traitement des cas urgents dépendent premièrement de la réalité hospitalière (culture, pratiques, priorités, charge de travail).

3.1.3.2.1. Activité d'hospitalisation

Le tableau 3.7 illustre les activités d'hospitalisation dans les CHU entre 2011 et 2013. Les chiffres statistiques dévoilent une baisse de disponibilité des lits passant de 12 106 à 6 469

¹ *Statistiques sanitaires année 2011, Op-Cit, p. 71.*

² *Statistiques sanitaires année 2012, Op-Cit, p. 70.*

³ *Statistiques sanitaires année 2013, Op-Cit, p. 76.*

en 2013. Cette baisse s'explique par une réadaptation aux réels besoins des CHU en termes de rotation des prises en charge des patients. Elle s'explique aussi par une rationalisation des réelles capacités organisationnelles et médicales propres à chaque service et à chaque CHU.

Sur un autre plan, le nombre total de jour d'hospitalisation passe de 2 943 730 à 1 940 514 en 2013^{1,2,3}. La durée moyenne de séjour des patients est de 5,68 jours contrairement aux deux précédentes années. Cela révèle que la réadaptation du nombre de lits rationalise entre la capacité, la surcharge et la qualité des prestations.

Tab. 3.7.- Activités d'hospitalisation dans les CHU algériens (2011-2013)

<i>Rubriques</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Nombre de lits	11905	12106	6469
Admissions	596882	630048	275494
Jours d'hospitalisation	2792788	2943730	1940514
Durée moyenne de séjour	4,47	4,43	5,68
Taux d'occupation	70,57	71,69	66,70
Taux de rotation	67,65	69,50	41,53
Taux de létalité	15,03	14,06	30,34

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Toutefois, malgré la réduction du taux d'occupation et du taux de rotation dans les activités d'hospitalisation, le taux de létalité a doublé passant de 14,06% à 30,34%. Ce chiffre peut avoir une double interprétation. La première représente la complication exceptionnelle des cas à traiter. La deuxième représente une défaillance liée à la performance hospitalière liée aux services dans les CHU. Cette défaillance peut être d'ordre social, médical ou organisationnel ou encore de variables non prises en compte dans le cadre de cette recherche.

3.1.3.2.2. Activité des urgences et de maternité

Le tableau 3.8 illustre les activités des urgences dans les CHU algériens entre 2011 et 2013. Les comptages montrent une petite croissance dans le nombre de lits disponibles afin de traiter les urgences. Les résultats montrent une nette augmentation des admissions de moins de 24h en 2013 comparativement aux deux années précédentes^{4,5,6}.

¹ *Statistiques sanitaires année 2011, Op-Cit, pp. 577-592.*

² *Statistiques sanitaires année 2012, Op-Cit, pp. 595-610.*

³ *Statistiques sanitaires année 2013, Op-Cit, pp. 619-634.*

⁴ *Statistiques sanitaires année 2011, Op-Cit, pp. 577-592.*

⁵ *Statistiques sanitaires année 2012, Op-Cit, pp. 595-610.*

⁶ *Statistiques sanitaires année 2013, Op-Cit, pp. 619-634.*

Une hausse du nombre de décès et du taux de létalité s'affiche lors des dénombrements. Cette hausse s'explique par l'augmentation des admissions de moins de 24h.

Tab. 3.8.- Activités des urgences dans les CHU algériens (2011-2013)

<i>Rubriques</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Nombre de lits	714	717	718
Admissions moins de 24h	168807	169314	179185
Nombre de consultations	1710679	1856337	1828559
Nombre de décès	5916	6688	7171
Taux de rotation	236,42	236,14	249,56
Taux de létalité	35,05	39,50	40,02

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

. Elle reflète soit une circonstance exceptionnelle de l'augmentation de la létalité. Elle peut refléter aussi une surcharge des médecins. Cette surcharge impacte à son tour la qualité de la prise en charge de chaque patient intégré dans le service des urgences. Les activités de la maternité dans les CHU algériens entre 2011 et 2013 sont représentées dans le tableau 3.9. Les détails désignent ici encore une baisse du nombre de lits dans le service. De ce fait, une réduction des accouchements est aussi constatée. Cette baisse peut expliquer la réduction du taux de mortinatalité dans les CHU algériens^{1,2,3}.

Tab. 3.9.- Activités de maternité dans les CHU algériens (2011-2013)

Rubriques	2011	2012	2013
Nombre de lits	808	823	798
Nombre d'accouchement	102992	103830	90633
Nombre naissances vivantes	105141	105775	93195
Taux mortinatalité	21,43	20,92	16,95
Taux mort néonatale	16,74	14,82	14,35
Taux décès maternels	42,80	35,93	31,12

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Ceci explique aussi la baisse du taux de mortalité néonatale et de décès maternels suite à une complication en couche. Toutefois, cette constatation doit être vérifiée à travers les années qui suivent.

¹ *Statistiques sanitaires année 2011, Op-Cit, pp. 577-592.*

² *Statistiques sanitaires année 2012, Op-Cit, pp. 595-610.*

³ *Statistiques sanitaires année 2013, Op-Cit, pp. 619-634.*

3.1.3.2.3. Activités de consultation, de radiologie et d'exploration fonctionnelle

Les activités de consultation dans les CHU algériens entre 2011 et 2013 sont révélées par le tableau 3.10. Les décomptes effectués font montrer les consultations spécialisées et les consultations d'urgences. Ils dévoilent un accroissement significatif du nombre de consultations spécialisées dans les CHU. Toutefois, une petite baisse est constatée en 2013 pour les consultations exercées dans le service des urgences. Cette baisse est due à la décentralisation des activités vers les autres services.

Tab. 3.10.- Activités de consultation dans les CHU algériens (2011-2013)

Rubriques	2011	2012	2013
Consultations spécialisées	3251539	3747514	3817654
Consultations urgences	1710679	1856337	1828559

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

En effet, dans l'objectif d'assurer une amélioration de la performance hospitalière dans les urgences, les cas non urgents sont transférés de suite vers les services spécialisés. Cela facilite la prise en charge des patients en fonction de la nature du problème. Cela fluidifie aussi le service des urgences afin de se focaliser sur les cas impératifs et pressants. Cette fluidité réduit les temps d'attente lié à l'admission des patients nécessitant des soins vitaux.

Tab. 3.11.- Activités de radiologie et d'exploration fonctionnelle dans les CHU algériens (2011-2013)

Rubriques	2011	2012	2013
Activités de radiologie	2293970	2433511	2528729
Exploration fonctionnelle	789255	1168848	866052

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Les activités de radiologie et d'exploration fonctionnelle dans les CHU entre 2011 et 2013 sont exposées dans le tableau 3.11. Les résultats montrent une hausse dans les activités de radiologie. Cela est dû à une amélioration du processus du diagnostic et de suivi rigoureux des patients. La même constatation est faite par la hausse des activités d'exploration fonctionnelle dans les CHU algériens^{1,2,3}.

¹ *Statistiques sanitaires année 2011, Op-Cit*, pp. 577-592.

² *Statistiques sanitaires année 2012, Op-Cit*, pp. 595-610.

³ *Statistiques sanitaires année 2013, Op-Cit*, pp. 619-634.

3.1.3.2.4. Activités de laboratoire et de bloc d'opérateur

Par analogie, les activités de laboratoire réalisées dans les CHU algériens entre 2011 et 2013 sur le tableau 3.12. Les décomptes montrent une baisse dans les activités d'anacitopathologie, de biochimie, d'hémobiologie, de bactério-vérologie, d'immuno-sérologie et de toxicologie. Ces baisses s'expliquent en fonction des ratios démographique et du nombre des cas traités lors de l'année 2013.

Tab. 3.12.- Activités de laboratoire dans les CHU algériens (2011-2013)

<i>Rubriques</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Ana-cytopathologie	553827	361457	337399
Biochimie	6395189	6302823	5870886
Hémobiologie	3224687	3367553	3094238
Bactério-vérologie	642397	496390	390880
Micro-parasito	165686	154826	170927
Immuno-sérologie	1089423	1070557	743831
Hormonologie	233316	210437	250660
Toxicologie	186827	199211	174920

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

La réduction des activités de laboratoire permet sur un premier plan de rationaliser le financement des différents tests réalisés. Une amélioration est constatée dans ce sens à travers la rationalisation et la justification de la demande des tests à travers des contrôles et suivis des particularités des cas à traiter.

Tab. 3.13.- Activités de bloc opératoire dans les CHU algériens (2011-2013)

Rubriques	2011	2012	2013
Chir. Cardiaque	226	222	309
Chir. Générale	17190	20202	19931
Chir. Maxilo-faciale	3050	5439	3845
Chir. Plastique	5327	4400	2967
Chir. Thoracique	2744	3312	2899
Chir. Vasculaire	715	851	1343
Ophthalmologie	23868	32752	29627
O.R.L	15087	14346	15396
Ortho-traumato	24058	24614	24042
Urologie	7711	7619	8391
Néo-chirurgie	4922	6379	6384
Gynécologie	50441	56953	60362
Actes d'urgence	38460	18735	---

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Cette nouvelle procédure administrative fait apparaître un effet négatif sur le délai de traitement des cas des patients qui peuvent être assez urgents en fonction du temps de la réalisation du pronostic vital. De même, les activités du bloc opératoire dans les CHU algériens

entre 2011 et 2013 sont illustrées dans le tableau 3.13. La première constatation à faire est l'augmentation des chirurgies cardiaques, des chirurgies d'urologie, d'ORL et des chirurgies gynécologiques^{1,2,3}. Par contre, une baisse est constatée pour les autres chirurgies. Celle-ci est significative pour la chirurgie plastique. L'élimination des actes chirurgicaux d'urgence pousse à la décentralisation à travers l'affectation des cas non urgents vers les services appropriés.

3.1.3.2.5. Activités de stomatologie et d'hémodialyse

Entre 2011 et 2013, il y a eu une augmentation significative des fauteuils dentaires ; une activité importante est remarquée et une augmentation de fauteuils dentaires est à souligner. Cela explique la hausse du nombre de soins. Par contre une réduction des consultations générales et spécialisées est constatée durant ces trois années.

Tab. 3.14.- Activités de stomatologie dans les CHU algériens (2011-2013)

Rubriques	2011	2012	2013
Fauteuils dentaires	388	400	434
Consultations générales	17458	31940	26841
Consultation spécialisées	160066	161712	155755
Nombre de soins	73883	89099	128681

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

Quant à elles, les activités d'hémodialyse entre 2011 et 2013 dévoilent le bon fonctionnement de ce service (Tableau 3.15). Cette amélioration est liée à l'autorisation de construction de cliniques d'hémodialyse permettant de renforcer la qualité des prestations de soins.

Tab. 3.15.- Activités d'hémodialyse dans les CHU algériens (2011-2013)

Rubriques	2011	2012	2013
Nombre de lits	243	248	251
Malades traités	1253	1223	2155
Malades en liste d'attente	274	614	399
Nombre séances dialyse	168215	162854	159107

Source : Construit par nos soins à partir des statistiques sanitaires de 2013, 2014, et de 2015.

En premier lieu, un investissement est réalisé dans ces activités en vue de renforcer le nombre de lits disponibles (proportionnellement aux ratios). Cet investissement s'explique à travers la hausse du nombre de malades traités. Par ailleurs, une réduction significative est

¹ *Statistiques sanitaires année 2011, Op-Cit*, pp. 577-592.

² *Statistiques sanitaires année 2012, Op-Cit*, pp. 595-610.

³ *Statistiques sanitaires année 2013, Op-Cit*, pp. 619-634.

constatée entre 2012 et 2013 sur les listes d'attentes. Toutefois, une baisse est constatée dans le nombre de séances de dialyse.

3.1.3.3. Performance environnementale

L'analyse de la performance environnementale n'est pas approfondie en vue du manque de données sur les actions environnementales dans les CHU. Par conséquent, ce point traite de la consommation d'énergie, du traitement des déchets et de l'aménagement des espaces verts.

3.1.3.3.1. Consommation de l'énergie

Pour assurer la disponibilité du traitement et des soins des patients, les CHU disposent de groupes électrogènes afin d'éviter les problèmes liés aux coupures de courant. Les CHU ont une consommation comprise entre 88,57% et 89,17% du budget consacré à la consommation en énergie^{1,2,3}. Toutefois, cela ne révèle pas systématiquement des efforts pour réduire la consommation électrique tout en assurant la même qualité de service. Par contre, dans un souci de rationalisation des budgets, des lampes à basses consommations sont par exemple placées afin de réduire la facturation. Cependant, les corps médical et paramédical montrent un manque d'intérêt et de sensibilisation vis-à-vis des tendances écologiques.

Ce désengagement est constaté aussi vis-à-vis de la prise en compte de la performance environnementale. La priorité de ces deux corps va vers l'amélioration des infrastructures. Elle vise aussi la construction de nouvelles structures afin d'assurer une meilleure disponibilité. La priorité des médecins et des paramédicaux s'oriente finalement vers l'accent mis sur l'augmentation de la formation des paramédicaux à travers le renforcement des programmes de valorisation. De ce fait, l'atteinte d'une performance environnementale n'est pas un besoin exprimé par ces deux corps car la performance environnementale est considérée comme un besoin secondaire.

3.3.3.3.2. Traitement des déchets

Une importance secondaire est accordée aux traitements des déchets. Malgré cela, les déchets dangereux, inflammatoires et contagieux sont traités. Le traitement de ces déchets a pour finalité de réduire les risques pour la santé et la sécurité des patients et des acteurs internes. Sachant qu'un budget important est accordé à la prévention des risques, ces déchets sont traités ou brûlés afin d'assurer un environnement sain dans les CHU. Toutefois, les médecins ainsi

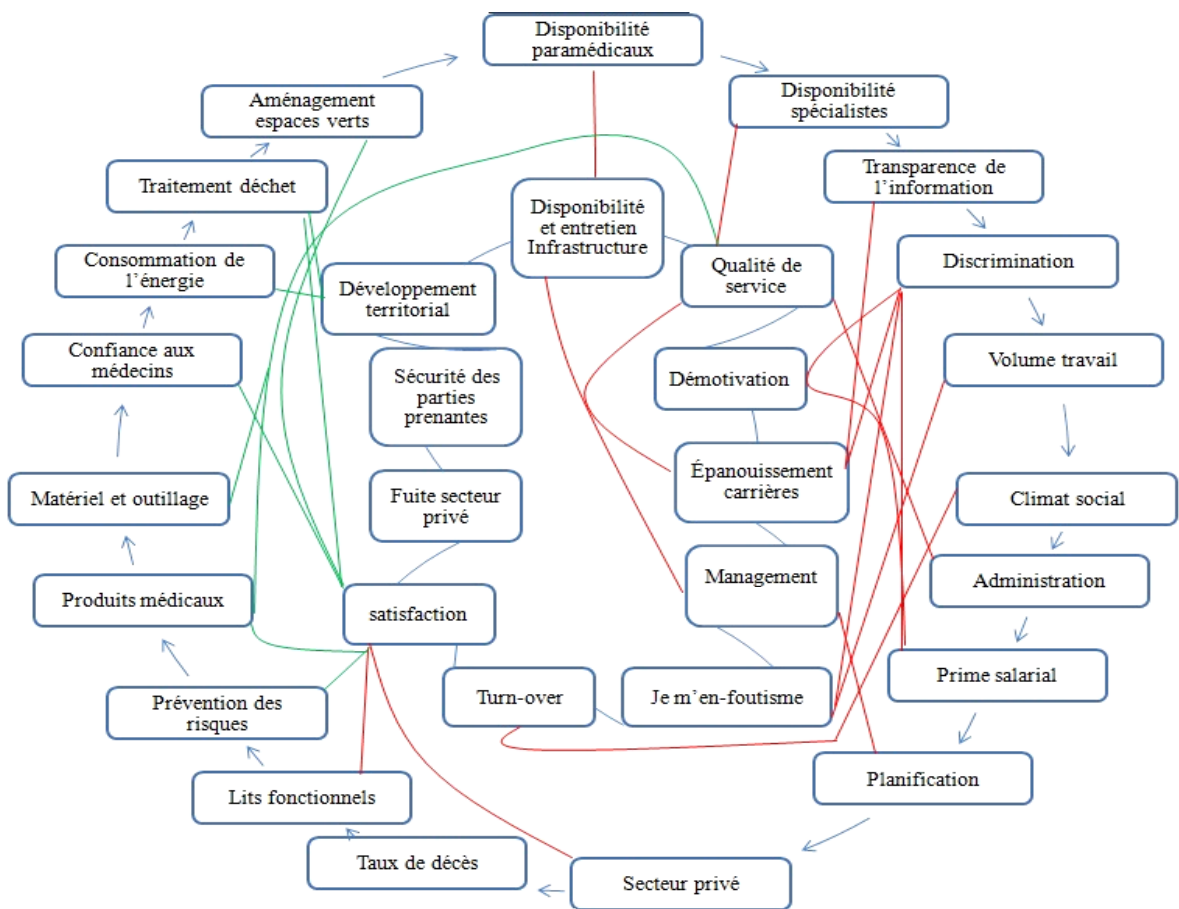
¹ *Statistiques sanitaires année 2011, Op-Cit*, p. 71.

² *Statistiques sanitaires année 2012, Op-Cit*, p. 70.

³ *Statistiques sanitaires année 2013, Op-Cit*, p. 76.

que l'ensemble des parties prenantes ne respectent pas l'ensemble des consignes et mesures à prendre en compte afin d'appliquer de réelles démarches de traitement des déchets. Le maintien de la propreté et de l'entretien de l'infrastructure investit dans la mise en place d'un bon service de nettoyage. Cependant, le traitement des déchets s'oriente principalement vers le maintien d'un environnement sain pour le patient et non comme une action volontaire d'un investissement durable. Ces activités se limitent aux exigences de base et doivent donc être développées au sein des CHU.

Fig. 3.3- Diagramme d'influence de la relation causale de la performance sociétale



Par conséquent, les chiffres statistiques du tableau 3.4 illustré précédemment dans cette section démontrent l'inexistence d'une culture de sécurité dans les CHU. De ce fait, les actions visant à sensibiliser les acteurs internes à la responsabilité sociétale et à l'amélioration des conditions de sécurité et de santé ne sont pas significatifs. L'équipe dirigeante des CHU ne s'investit donc pas dans le renforcement de valeurs sociétales dans les CHU. Cette constatation résulte du manque de consommation du budget attribué aux actions spécifiques de prévention.

En effet, le tableau 3.4 révèle une consommation comprise entre 54,40% et 58,81%. Il montre aussi que le budget attribué a baissé de 598 071 KDA à 296 206 KDA entre 2011 et

2013. Toutefois, cette baisse n'est pas volontaire. Elle dépend des budgets alloués et de leur disponibilité. Le manque d'implication de l'équipe dirigeante dans la valorisation des principes de responsabilité dans la culture organisationnelle fragilise la culture hospitalière. Cela désengage aussi les médecins de toute implication sociétale dans les CHU et explique par ailleurs le désintéressement des médecins vis-à-vis de l'atteinte d'une bonne performance environnementale.

Ce résultat souligne l'importance stratégique de l'équipe dirigeante dans le développement des valeurs responsables sur l'ensemble des niveaux et envers l'ensemble des corps hospitaliers dans les CHU. Ce manque de sensibilisation des corps hospitaliers et de l'équipe dirigeante aux valeurs sociétales place la réalisation d'espaces verts et de l'aménagement des espaces comme variables secondaires dans les CHU. Pourtant, les CHU ont un budget conséquent leur permettant de s'investir dans une politique de renforcement de la culture de responsabilité à travers le budget de l'entretien de l'infrastructure et des actions de prévention.

La figure 3.3 illustre le diagramme d'influence de la relation causale de la performance sociétale dans les CHU algériens. En effet, l'évaluation des trois types de performance identifie les relations d'influence et de causalité comme le mentionne le principe de la théorie du chaos. Les relations en bleu montrent l'interdépendance indirecte entre les différentes variables. Les traits en rouge montrent l'impact néfaste que peut avoir les éléments du grand cercle sur les éléments du petit cercle. L'impact négatif est principalement constaté entre un mauvais climat social entraînant le turn-over. Cela est constaté aussi entre la non-disponibilité des médecins spécialistes et la baisse de qualité de service, etc.

De l'autre côté, les relations en vert montrent l'impact positif des variables sur d'autres. Les relations intégratrices montrent le lien entre la confiance accordée aux médecins et l'augmentation de la satisfaction des patients. Ce diagramme d'influence est considéré comme un tableau de bord qui résume l'ensemble des interactions positives et négatives. Celui-ci peut être utilisé comme référence afin de traiter l'ensemble des problèmes et insuffisances liés à l'évaluation de la performance sociétale. Toutefois, la prise en compte de la performance sociétale a un ordre secondaire de priorité. Le développement de la sensibilité des médecins et des paramédicaux aux actions sociétales doit être accompagné par une régulation sociale et organisationnelle dans les CHU.

L'analyse de la performance sociétale des CHU algériens dénote le manque du personnel qualifié, le manque de structure et la perte sèche de performance productive. Ces

points génèrent une pression interne et une surcharge supplémentaire endossées par le corps médical et paramédical. Cela agit sur la qualité de service, le degré de satisfaction/motivation et la qualité du climat interactionnel. Le manque de communication et d'échange entre les différents niveaux hiérarchiques dévoile tout l'intérêt à appliquer les principes de la responsabilisation partagée pour une promotion de l'échange. Celle-ci reflète aussi un facteur de la prise en compte des besoins des parties prenantes internes et de l'intérêt général.

Pour une optimisation de la performance hospitalière, les chefs de service et les responsables de formation médicale doivent être sensibilisés et formés en management responsable. Cela a pour finalité d'instaurer un leadership transversal basé sur les principes du post-NPM. Par ailleurs, la prise en compte des valeurs sociétales doit être intégrée dans la stratégie de déploiement et d'amélioration des services. Cela a pour objectif d'assurer une pérennité et une optimisation de la qualité de service.

De ce fait, les médecins ont besoin d'une décentralisation de pouvoir de la part de l'équipe dirigeante. Ce besoin d'autonomie permet de réguler les pratiques managériales en fonction des besoins de l'ensemble des parties ainsi qu'en fonction des spécificités environnementales. Par conséquent, chaque partie interne doit être sensibilisée à la performance sociétale et à la responsabilisation partagée afin d'identifier et de réduire les défaillances internes.

3.2. Délimitations de la recherche opératoire

Ce point présente en premier lieu les ajustements réalisés entre le cadre conceptuel et la pertinence des données en fonction de leur accessibilité. La délimitation de la recherche opératoire cite ensuite les freins et les obstacles rencontrés lors de la réalisation de la recherche au niveau des CHU et du ministère de la santé algérien. En dernier lieu, il présente l'administration du questionnaire ayant permis de récolter les données à analyser.

3.2.1. Ajustement entre le cadre conceptuel et la pertinence des données opératoires

Le domaine de la recherche s'est ciblé au fur et à mesure de l'avancement de la réalisation de la recherche. L'idée de départ de la recherche est d'analyser l'impact de la performance sociétale sur la démarche volontaire de développement durable dans les CHU algériens. La finalité est d'arriver à analyser le climat social, la résolution des conflits, le système de motivation, l'engagement vis-à-vis des parties prenantes, l'existence de codes de

conduites et l'existence de normes de santé, d'hygiène et de sécurité au travail. Le but est aussi d'analyser le management des carrières, de la formation, de la transparence de la sélection dans les recrutements ainsi que l'ensemble des mesures visant à réduire la discrimination dans les CHU. L'analyse vise à étudier la performance organisationnelle, hospitalière, sociale et environnementale dans les CHU. Cela a pour objectif de mesurer la faisabilité d'une intégration de la démarche volontaire orientée vers les principes du développement durable dans les CHU.

Durant l'avancement, la pré-enquête du terrain montre l'insensibilité des acteurs internes des CHU dans la prise en compte de la performance environnementale. De ce fait, celle-ci représente un facteur de seconde importance. Toutefois, le système social interactionnel a une importance stratégique dans la régulation des flux sociaux et organisationnels dans les CHU. Cela pousse les recherches à se focaliser sur l'analyse de la performance sociale. Celle-ci se base sur l'élaboration d'un bilan social visant à lier entre la dynamique des groupes, la qualité du climat interactionnel, et les orientations managériales qui en découlent.

Ces recherches permettent d'identifier le poids des différents jeux de pouvoir interne. Ces pressions sociales sont principalement identifiées entre les médecins et l'équipe dirigeante dans les CHU. De par l'importance des médecins dans la création de valeur hospitalière, les recherches s'orientent exclusivement dans l'étude de la relation interpersonnelle entre l'équipe dirigeante et les médecins. L'idée de base qui prône la qualité des échanges et de la collaboration entre ces deux parties impacte significativement sur la qualité des échanges entre l'ensemble des corps hospitaliers dans les CHU.

Les recherches sur l'amélioration de la performance sociale démontrent l'importance de la culture organisationnelle hospitalière. De ce fait, il existe une relation d'interdépendance entre le niveau de performance sociale et la force des valeurs et normes qui découlent des dimensions culturelles hospitalières. Cela oriente la recherche vers la prise en compte des valeurs de base, des valeurs partagées et des valeurs épousées des médecins. La qualité de l'interaction entre les médecins et l'équipe dirigeante conduit à la cohésion ou de la division entre les deux parties. Par ailleurs, la cohésion représente le niveau d'intégration des médecins aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante. L'analyse de la culture hospitalière se base sur les médecins. La finalité est d'identifier la perception de la culture hospitalière et d'identifier les composantes de la sous-culture hospitalière propre aux médecins.

Les recherches visant à identifier les deux points précédents déterminent la perception de la culture ainsi que la force des valeurs. Les résultats mettent en lien la force de la culture hospitalière avec le développement de la culture de responsabilité. Celle-ci représente la force

des valeurs des médecins sur le volet sociétal et représente aussi le niveau d'implication des médecins dans des actions sociétales dans les CHU. Ces actions visent aussi bien le volet organisationnel, social, médical qu'environnemental.

La culture de responsabilité est d'ailleurs associée au niveau de responsabilisation partagée dans les CHU. Cela est dû à l'association entre la culture de responsabilité, le niveau de responsabilisation individuelle et groupale, la conscience de la responsabilité et le niveau de décentralisation du pouvoir par les médecins. De ce fait, la délimitation de l'analyse de la culture de responsabilité dans cette recherche étudie les valeurs, les actions, les comportements et les perceptions. Elle étudie aussi la capacité d'une organisation par réseau à travers le niveau de satisfaction des pratiques managériales internes.

Par ailleurs, afin d'explorer l'impact entre la relation équipe dirigeante-médecins et la culture de responsabilité développée par les médecins, de multiples recherches ont été réalisées. L'objectif de ces recherches est d'étudier les facteurs de motivation à l'engagement sociétal dans les CHU. Par cela, des études sur le management de la confiance, l'analyse des risques organisationnels, l'analyse de l'influence de pouvoir à travers le système de pouvoir et l'analyse de la force des valeurs ont été réalisées. Les résultats aboutissent à l'importance de l'identification du poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité des médecins.

Cette analyse prend en compte la qualité des échanges, le poids des pressions explicites et implicites ainsi que le poids des jeux psychologiques qui régissent la relation interpersonnelle sur la perception même de la culture de responsabilité. L'analyse définit l'équipe dirigeante comme un acteur de régulation qui a une influence positive et négative. L'équipe dirigeante peut dans cette voie engendrer une sensibilisation ou une insensibilisation des médecins.

3.2.1.1. Intérêts du département RH du ministère de la santé

La recherche a pris en compte les intérêts du département RH du ministère algérien de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Des cadres de cette direction ont suivi la réalisation de la recherche opératoire. Ils ont par ailleurs apporté une contribution significative à travers leur collaboration concernant l'accès aux données ministérielles. Leur contribution représente aussi les directives formulées envers les CHU pour une facilitation de la collaboration des chefs de service et médecins. Par conséquent, l'intérêt des cadres de la direction RH du ministère de la santé est d'avoir un bilan de la réalité hospitalière dans les CHU. En effet, la décentralisation du pouvoir décisionnel ainsi que l'autonomie des orientations

managériales réduisent la montée des feedbacks. De ce fait, le ministère a pour but de prendre conscience des limites organisationnelles dans les CHU.

Ces cadres affichent un intérêt particulier dans l'analyse de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins. Ils orientent alors la recherche sur la relation entre la direction, les chefs de service et les médecins. Cette analyse permet de comprendre les réelles causes d'insatisfactions des médecins qui expliquent le développement des comportements non-conformistes. Leur finalité consiste aussi à réduire les sources de divergences entre les deux parties afin d'optimiser la performance hospitalière. Un intérêt est aussi démontré à travers l'analyse du niveau d'acceptation de la modernisation des structures managériales.

L'analyse de la culture de responsabilité est d'ailleurs validée. Elle est perçue par ces cadres comme un facteur qui mesure la flexibilité organisationnelle, le niveau d'implication des médecins dans une optique de travail en réseau, et le niveau de sensibilisation des deux parties aux fondements de la responsabilité sociétale. Cette analyse est donc liée à la possibilité de définir et de réduire les facteurs renforçant l'existence d'un management public hospitalier procédurier et inflexible. La finalité de ces cadres est aussi de déterminer l'importance véhiculée par l'équipe dirigeante à l'introduction des principes du post-NPM dans les processus internes.

3.2.1.2. Intérêts des équipes dirigeantes des CHU

Les équipes dirigeantes montrent un intérêt dans la compréhension des facteurs d'insatisfaction et de non-conformisme des médecins. Toutefois, cette recherche n'est pas soutenue par les équipes dirigeantes. Elle représente un moyen de contrôle et d'audit. Les responsables adoptent une position de défense visant à percevoir les résultats de la recherche comme des données négatives ayant pour finalité de remettre en doute leur fiabilité. Par ailleurs, les équipes dirigeantes estiment que l'influence sociale exercée doit être dominée par le conformisme. Aussi, concernant la culture de responsabilité, les équipes dirigeantes estiment vouloir intégrer des politiques RSE. Toutefois, elles déclarent un manque de maîtrise et de formation sur le management responsable.

3.2.1.3. Collaboration des médecins

Les médecins ont deux types de comportement. La plupart des médecins soutiennent la réalisation de cette recherche. Ils estiment que les résultats apportés peuvent refléter la réalité hospitalière. Ils perçoivent cette recherche comme un rapport permettant au ministère de la

santé d'intervenir dans la régulation du système social interactionnel dans les CHU. Par contre, d'autres médecins développent une crainte vis-à-vis de la réalisation de cette recherche. La crainte est liée à l'identification des idéologies et valeurs des médecins. Beaucoup de médecins ont décliné leur participation par peur des conséquences avec leur responsable hiérarchique (même sous anonymat).

Les médecins estiment que le développement de la culture de responsabilité représente une action d'amélioration continue. Toutefois, la priorité va vers la régulation de l'influence sociale de l'équipe dirigeante. Celle-ci est donc représentée comme un facteur dominant qui définit la qualité des collaborations, les jeux de pouvoir et les orientations managériales appliquées. Ils se focalisent principalement sur la première variable en démontrant la relation entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la performance hospitalière. La culture de responsabilité est par ailleurs souhaitée et soutenue. Cependant, la surcharge de travail que les médecins subissent limite leur perception positive de la responsabilisation partagée. Celle-ci est avant tout perçue comme une surcharge supplémentaire à endosser en plus dans leur planning journalier.

3.2.2. Freins et obstacles rencontrés

Cette recherche a rencontré plusieurs freins et obstacles. La première difficulté est liée à la collaboration des équipes dirigeantes dans les CHU. En effet, la plupart des CHU ont refusé l'administration du questionnaire auprès des médecins dans les services hospitaliers. Ce refus est justifié par le besoin de protéger l'environnement interne. Les équipes dirigeantes estiment pouvoir gérer elles-mêmes d'une manière efficace les limites organisationnelles. De ce fait, la participation à ce travail induit une possible intervention du ministère de la santé dans la gérance hospitalière. Malgré l'acceptation de l'équipe dirigeante de l'administration des questionnaires auprès des cadres du ministère, un refus est constaté au niveau des CHU.

Une autre contrainte est constatée avec le niveau de collaboration des médecins. La surcharge de travail des médecins développe une répulsion vis-à-vis de la participation à la recherche. Ils demandent alors une simplification du questionnaire à travers une favorisation de l'échelle nominale. De ce fait, le temps moyen de réponse aux questionnaires est de 9 mois. Ce temps s'est allongé à 13 mois pour certains médecins ou services.

Une autre limite concerne l'acceptation des questionnaires après pondération. En effet, beaucoup de questionnaires ont été rejetés absence de réponse à certaines rubriques du questionnaire.

Tab. 3.16. Niveau de collaboration des acteurs des CHU dans la réalisation de la recherche

	<i>Soumission</i>	<i>Acceptation de la direction</i>	<i>Acceptation des chefs de service</i>	<i>Acceptation des médecins</i>
CHU Batna	Non	-	-	-
CHU Bejaia	Oui	Avis favorable	Avis favorable	Avis favorable
CHU Blida	Non	-	-	-
CHU Tlemcen	Oui	Avis favorable	Avis favorable	Avis favorable
CHU Tizi Ouzou	Oui	Avis favorable	Avis favorable	Avis favorable
CHU Mustapaha	Oui	Avis favorable	Avis favorable	Avis défavorable
CHU Beni Messous	Non	-	-	-
CHU Parnet	Non	-	-	-
CHU Bab El Oued	Oui	Avis favorable	Avis favorable	Avis favorable
CHU Sétif	Oui	Avis favorable	Avis défavorable	-
CHU Sidi Bel Abbes	Oui	Avis favorable	Avis favorable	Avis favorable
CHU Annaba	Oui	Avis favorable	Avis favorable	Avis favorable
CHU Constantine	Oui	Avis favorable	Avis défavorable	-
CHU Oran	Oui	Avis défavorable	-	-
EHU Oran 1 ^{er} Novembre 1954	Non	-	-	-

Le tableau 3.16 résume le niveau de collaboration de chaque partie dans les CHU. A la base, 10 CHU sur les 15 actifs sont pris en compte dans la réalisation de la recherche. Le choix des CHU est déterminé en fonction des attentes du ministère de la santé. Ce choix est aussi déterminé en fonction de la logistique liée à l'administration et à la récolte des questionnaires. Le tableau montre que les médecins travaillant dans le CHU de Mustapha Bacha à Alger ont décliné la proposition de participation à l'étude. Par contre, les chefs de services ont émis un avis défavorable au niveau des CHU de Annaba et de Constantine. Cependant, la direction du CHU d'Oran est bien la seule à avoir formulé un refus de l'administration des questionnaires.

3.2.3. Administration du questionnaire

Le questionnaire a été délivré aux médecins travaillant dans les CHU en 2013. La durée de récolte des questionnaires est comprise entre 7 et 13 mois en fonction des médecins, des services et des CHU.

3.2.3.1. Pré-enquête et temps d'administration des questionnaires

L'administration des questionnaires a nécessité une pré-enquête dans les CHU. Des exemplaires de questionnaires ont été distribués au niveau du CHU de Sidi Bel Abbès auprès

d'hospitalo-universitaires de grade Professeur pour une appréciation de son contenu. Leur collaboration a permis une reformulation des questions, une suppression et un ajout d'autres variables en fonction des attentes et connaissances des médecins. Par ailleurs, l'identification de l'équipe dirigeante résulte de cette contribution.

Les médecins ont des rapports différents avec l'équipe dirigeante. Certains l'ont avec la direction et d'autres ne l'ont qu'avec les chefs de service. La formulation du terme « équipe dirigeante » permet alors aux médecins de s'identifier automatiquement aux responsables avec lesquels ils sont en lien. Cette collaboration a attiré l'attention sur le nombre de fois d'administration des questionnaires. De ce fait, les médecins ayant émis un avis favorable à répondre aux questionnaires ont eu deux choix. Le premier choix est de recevoir une version complète du questionnaire avec l'ensemble des questions. Le deuxième choix est de ne recevoir que la moitié du questionnaire tout en s'engageant à répondre à la deuxième partie.

3.2.3.2. Modes d'administration des questionnaires

Les questionnaires ont été administrés sous forme de papiers et à travers un envoi de versions électroniques. Le mode d'administration varie en fonction de ce qui arrange les médecins ou les personnes à charge de distribuer et de récolter les questionnaires.

Tab. 3.17. Modes d'administration des questionnaires dans les CHU algériens

	<i>Mode d'administration du questionnaire</i>	<i>Type de questionnaires récoltés</i>
CHU Bejaia	- Questionnaires papiers	Questionnaires papiers
CHU Tlemcen	- Questionnaires papiers	
CHU Tizi Ouzou	- Questionnaires papiers	
	- Questionnaires envoyés par mail	
CHU Bab El Oued	- Questionnaires papiers	
	- Questionnaires envoyés par mail	
CHU Sidi Bel Abbes	- Questionnaires papiers	
CHU Annaba	- Questionnaire envoyés par mail	

Le tableau 3.17 démontre le mode d'administration pour chaque CHU. Par contre, seuls les questionnaires en format papiers ont été récoltés. Il n'y a eu donc aucun retour des autres questionnaires malgré un suivi des médecins participants. Par conséquent, aucun retour n'a été réalisé de la part des médecins du CHU d'Annaba.

3.2.3.3. Choix des répondants

Le choix des répondants s'est porté sur le corps médical ayant un minimum de stabilité de 3 ans dans le CHU d'appartenance. Il ne tient en compte que des médecins ayant un statut

compris entre les généralistes et les professeurs¹. La recherche ne prend pas en compte l'appartenance aux services ou même la spécialité propre des médecins. Ces critères ne sont pas pris en compte afin de garantir l'anonymat des médecins participant à l'étude. Par ailleurs, la finalité est d'aboutir à une représentabilité significative de l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité dans les CHU algériens.

3.2.3.4. Méthode d'échantillonnage non probabiliste par convenance

Le choix des répondants définit le mode d'échantillonnage. En effet, il s'agit ici d'un échantillonnage non probabiliste par convenance. Cette méthode est choisie afin de garantir un maximum de participation des médecins à la recherche. L'échantillon des médecins est donc arbitraire et intuitive. Le choix de la méthode probabiliste d'échantillonnage par quotas aurait permis d'avoir des résultats bien plus précis. Par contre, la méthode retenue permet principalement de faire participer le réseau des connaissances au niveau des CHU pour assurer une bonne participation des médecins. Il est aussi important de mentionner qu'une attention particulière est accordée au nombre de questionnaires soumis à chaque grade des médecins. Cela permet de rééquilibrer entre les grades afin de réduire la dominance des réponses. Par contre, aucun choix n'a été pris concernant l'appartenance ou la spécialité des médecins. Cela a pour finalité d'étudier les CHU comme des unités et non comme des sous-unités.

3.2.3.5. Population cible et population étudiée

Le tableau 3.18 illustre le taux de participation et de réponses des médecins dans les CHU algériens. Sachant que les questionnaires ont été distribués en 2013, la recherche valide 380 questionnaires. Cela représente un échantillon de répondants de 380 médecins sur les 14720 exerçant au niveau des CHU algériens. Par conséquent, les professeurs participant à la recherche représentent 5,23% des professeurs dans les CHU. Le tableau affiche un pourcentage de 13,92% pour les maitres de conférences, 3,06% pour les maitres assistants, 0,73% des résidents, 6,25% des spécialistes et 4,86% des généralistes. Cette recherche représente donc 5,67% des médecins exerçant dans les CHU en Algérie.

En fonction du niveau de collaboration des médecins et de leurs structures, 910 questionnaires ont été soumis en format papiers et par voie électronique. Le taux de réponse moyen de grade confondu est donc de 48,55%. Cela représente 380 médecins sur 910. Il est

¹ Voir chapitre 1

important de mentionner que seuls les questionnaires complets ont été pris en compte dans cette recherche.

Tab. 3.18. Taux de participation et de réponses aux questionnaires par les médecins

	<i>Population cible</i>	<i>Echantillon participants</i>	<i>Echantillon répondants</i>	<i>Taux de participation%</i>	<i>Taux de réponse %</i>
Professeurs	516	50	27	5,23	54
Maitres de conférences	316	60	44	13,92	73,33
Maitre assistants	2186	150	67	3,06	44,67
Résidents	8595	300	63	0,73	21
Spécialistes	2016	200	126	6,25	63
Généralistes	1091	150	53	4,86	35,33
Total	14720	910	380	5,675	48,555

Les chiffres du tableau montrent que le taux de réponse des professeurs est de 54%. Par contre, celui des maitres de conférences est de 73,33%. Les maitres assistants ont un taux de retour des questionnaires de 44,67% contrairement aux résidents qui ne comptent que 21%. Les deux derniers grades de médecins ont un taux de retour de respectivement 63% et de 35,55%.

3.2.3.6. Qualité des données récoltées

Grace à la collaboration avec les professeurs du CHU de Sidi Bel Abbès, les questionnaires ont été adaptés afin de faciliter la compréhension et la réponse aux questions. De ce fait, il y a une bonne qualité des données collectées. Toutefois, les données les plus pertinentes restent quantitatives.

3.3. Présentation du questionnaire

Le dernier point de ce chapitre présente la formulation des modalités de réponse du questionnaire. Il présente ensuite le contenu de questionnaire ainsi que les matrices et méthodes utilisées afin d'analyser les données.

3.3.1. Formulation des modalités de réponse du questionnaire

Ce point définit les modalités de réponse du questionnaire. Il présente le style de question ainsi que les échelles de mesure utilisées.

3.3.1.1. Questions ouvertes et fermées

Afin d'avoir une bonne compréhension de la relation qui lie l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la culture de responsabilité des médecins, des questions ouvertes et fermées sont formulées. Le questionnaire comprend une majorité de questions fermées ou semi-fermées. La finalité est d'obtenir des données bien précises liées à la perception des médecins. Les questions ouvertes permettent par contre de récolter des informations supplémentaires. Toutefois, le nombre des questions ouvertes est réduit en vue de la réticence des médecins à apporter des réponses significatives et exploitables.

3.3.1.2. Echelle de mesure

Afin d'enrichir la qualité des données, trois types d'échelles de mesure ont été utilisées dans la recherche opératoire.

3.3.1.2.1. Echelle nominale

Le questionnaire comprend des questions fermées visant à déterminer par oui ou non les réponses les plus appropriées des médecins. La majorité des questions ont été formulées avec cette échelle afin de faciliter la réponse au questionnaire. Cette échelle prédomine aussi dans la finalité d'exploiter un maximum de variable dans la réalisation de modèles statistiques visant à analyser les résultats.

3.3.1.2.2. Echelle ordinale

Cette échelle est utilisée afin de mesurer l'identification et le choix multiple par ordonnancement. Elle est utilisée dans le questionnaire sous forme de questions visant à classer l'ordre des préférences ou d'affinités en fonction des choix proposés.

3.3.1.2.3. Echelle des proportions

L'échelle des proportions est utilisée afin de déterminer principalement la fréquence de l'apparition d'une variable ou du pourcentage propre aux différents facteurs analysés.

3.3.2. Organisation du questionnaire

Le questionnaire comprend trois rubriques. Ces rubriques sont l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins, la force de la culture de responsabilité des médecins et la

fiche signalétique. Les questions du questionnaire sont réparties sur 10 pages. L'étude de l'influence sociale est faite à travers 24 questions ouvertes et fermées. L'étude de la force de la culture de responsabilité des médecins englobe 17 questions. En dernier lieu, la fiche signalétique englobe 5 questions.

3.3.2.1. Influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins

Cette première rubrique déduit les phénomènes interactionnels qui régissent la relation interpersonnelle entre l'équipe dirigeante et les médecins. La finalité est d'identifier les pressions de pouvoir exercées sur les politiques de promotion, de formation et de rémunération. Le deuxième but de cette rubrique est de déterminer la qualité du climat interactionnel en fonction de la perception des médecins participant à l'étude. Cela permet d'avoir une meilleure compréhension des échanges intergroupe ainsi que de la qualité de coopération entre les deux parties. Par ailleurs, des questions s'orientent vers l'identification des conflits interpersonnels entre les deux parties.

Cette première rubrique s'oriente vers l'identification des comportements non-conformistes des médecins à travers l'analyse de leur participation aux activités syndicalistes et grévistes. En dernier lieu, cette rubrique fait ressortir le poids de l'influence négative sur la stabilité au travail des médecins. Elle se focalise alors sur les demandes de mobilité, la fréquence de l'absentéisme et les intentions de départ. L'ensemble de ces questions permettent de déduire le poids de l'influence et la perception du poids de l'influence. Par ce biais, les résultats déterminent le niveau de conformisme, de soumission et de normalisation dans les CHU.

3.3.2.2. Force de la culture de responsabilité des médecins

La deuxième rubrique analyse la force de la culture de responsabilité des médecins. Elle identifie la perception des orientations de la culture de responsabilité par les médecins dans les CHU algériens. Pour se faire, les questions de cette rubrique se focalisent sur l'orientation des perceptions, sur le niveau d'adhésion aux valeurs dominantes et sur le niveau de satisfaction du leadership appliqué. L'analyse de la perception des pratiques managériales hospitalières déterminent le poids de la hiérarchie formelle et l'informelle. De ce fait, cette donnée représente un indicateur de la fiabilité de l'autorité formelle dans les CHU. Cela permet sur la même voie de déterminer l'orientation des valeurs de l'équipe dirigeante.

L'identification des valeurs des médecins et de l'équipe dirigeante démontre si les CHU sont constitués d'une forte culture hospitalière ou d'une multitude de sous-cultures. Cette rubrique analyse ensuite la perception des efforts de l'équipe dirigeante dans la mise en place d'actions visant à intégrer et à développer une culture de responsabilité dans les CHU. Pour une meilleure compréhension des valeurs innées, des valeurs partagées et des valeurs épousées des médecins, une identification de leur identité sociale est réalisée.

La visée est d'identifier les facteurs de motivation et de démotivation qui délimitent le niveau de sensibilisation des médecins à la culture de responsabilité, à la responsabilisation partagée et aux valeurs responsables à volet sociétal. La rubrique oriente ensuite ces questions dans l'intention de mesurer la force des valeurs de responsabilité des médecins. Il s'agit alors de déterminer les principes, le niveau d'implication, le comportement adopté et les actions sociétales entreprises dans les CHU par les médecins. Cela traite ainsi de la perception même liée à l'introduction des valeurs de la responsabilité sociétale dans le renforcement de la culture hospitalière.

3.3.2.3. Fiche Signalétique

La fiche signalétique regroupe les différentes classifications à réaliser dans les analyses qui suivent. Elle identifie les groupes catégoriels en fonction du sexe, de l'âge, du grade, de l'appartenance et de la personnalité des médecins. Le tableau 3.19 présente les caractéristiques catégorielles des 380 médecins participant à l'étude. Le tableau montre que 56,32% des médecins sont de sexe masculin et que les 43,68% restant représentent des femmes. Par ailleurs, les médecins de grade professeur symbolisent 7,11% des médecins participant à la recherche. Par contre, les maitres de conférences représentent 11,58%.

Les médecins maitres assistants représentent 17,63% contre 16,58% pour le corps des spécialistes. Concernant les deux derniers grades, les résidents représentent 33,16% et les généralistes 13,95%. Dès lors, une attention particulière est portée sur les médecins juniors. Les médecins participant à l'étude appartiennent à différentes tranches d'âge, 19,74% d'entre eux illustrent les médecins de la génération Y. Toutefois, les médecins ayant un âge compris entre 37 et 44 ans représentent 41,84%. Les médecins séniors ayant un âge supérieur à 45 ans représentent respectivement 28,16% et 10,26%.

Les 380 médecins participant à l'étude se concentrent sur 5 CHU qui sont Tlemcen, Sidi Bel Abbès, Bab El Oued, Tizi Ouzou et Béjaia. Par ailleurs, 16,58% des médecins travaillent dans le CHU de Tlemcen contre 31,84% dans le CHU de SBA.

Tab. 3.19. Présentation des groupes catégoriels des médecins participant à l'étude

<i>Classification catégorielle</i>	<i>Appartenance</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Sexe	Masculin	214	56,32
	Féminin	166	43,68
Grade	Professeur	27	7,11
	Maitre de conférences	44	11,58
	Maitre-assistant	67	17,63
	Spécialiste	63	16,58
	Résident	126	33,16
	Généraliste	53	13,95
	Age	25-36	75
	37-44	159	41,84
	45-55	107	28,16
	56 et +	39	10,26
Appartenance CHU	Tlemcen	63	16,58
	Sidi Bel Abbès	121	31,84
	Bab El Oued	69	18,16
	Tizi Ouzou	84	22,11
	Béjaia	43	11,32
Matrice Couleur	Rouge	58	15,26
	Bleu	67	17,63
	Jaune	95	25,00
	Vert	160	42,11

Les médecins du CHU de Bab El Oued représentent 18,16%. Les deux derniers CHU ont un pourcentage de 22,11% et de 11,32%. Ces classifications catégorielles expliquent l'orientation des réponses en fonction des catégorisations des médecins.

Tab 3.20. Présentation des 4 personnalités catégorielles des médecins participants à l'étude

Rouge : Ambitieux, énergique, décisif, direct, indépendant, exigeant
Bleu : Analytique, réservé, formel, précis, soigneux, réfléchi
Jaune : Expressif, enthousiaste, amical, démonstratif, communicatif, tonique
Vert : Méthodique, calme, encourageant, modeste, systématique, fiable

En dernier lieu, une classification en fonction des orientations de la personnalité des médecins est prise en compte. Le but est la sélection des caractéristiques qui se rapprochent le plus de la personnalité des médecins. Par ailleurs, ces personnalités sont présentées dans le

tableau 3.20. Les médecins s'identifiant à la personnalité rouge représentent 15,26%. Les médecins à dominance de la personnalité bleue représentent quant à eux 17,63%. Les deux dernières personnalités représentent 25% et 42,11%.

3.3.3. Analyse des données

Ce point présente l'analyse des données en citant les matrices managériales et les méthodes statistiques d'analyse des données. Finalement, une présentation de la codification des données de la recherche est présentée.

3.3.3.1. Matrices managériales

Le choix des questions formulées dans la rubrique de l'influence sociale se réfère aux domaines du bilan social. Par contre, les questions formulées dans la rubrique de la culture de responsabilité se réfèrent aux domaines de la RSE illustrés dans l'ISO 26000. Cette recherche s'est basée sur quelques matrices managériales permettant d'analyser les données. La première est la matrice d'Eisenhower pour la question 1.21. Cette matrice est utilisée dans le but de classer 8 variables qui impactent sur les intentions de départ et de démission des médecins. Cette matrice classe donc les variables en fonction de l'urgence et de l'importance de chaque variable proposée.

La deuxième matrice utilisée est la matrice de SONCAS. Celle-ci démontre les priorités des médecins. De ce fait, il est possible d'identifier si les valeurs des médecins s'orientent vers un besoin de sécurité, d'orgueil, de nouveauté, de confort, d'argent ou de sympathie. Cette matrice se réfère à la pyramide de Maslow pour expliquer les différents besoins. Il s'agit ici de lier le besoin de survie au besoin d'assurer son appartenance en évitant l'exclusion. Le besoin d'appartenance est lié à la représentabilité sociale de soi, des autres et de soi avec les autres des médecins dans les CHU. Le besoin d'estime est lié à la valorisation des compétences sociales et professionnelles à travers la responsabilisation et l'implication.

Finalement, le besoin d'accomplissement est lié à l'amélioration de la performance, à l'harmonie au travail et à l'équilibre entre le bien-être et la reconnaissance sociale à travers l'affirmation de la valeur ajoutée hospitalière. La dernière matrice utilisée est la matrice des couleurs. Celle-ci se réfère à la théorie des couleurs qui expliquent les qualités, défauts, limites et forces des médecins en fonction des caractéristiques qui se rapprochent le plus à leur personnalité. L'analyse des données à travers l'utilisation de ces matrices permet une compréhension plus importante des profils ou des rubriques proposées.

3.3.3.2. Méthodes statistiques d'analyse des données

Cette recherche emprunte trois méthodes statistiques. La première est la classification ascendante hiérarchique. La deuxième l'analyse par composantes principales et la troisième la méthode des plans d'expériences. Pour une meilleure compréhension et interprétation des résultats, des statisticiens ont apporté une contribution dans la réalisation de ces modèles.

3.3.3.2.1. Classification ascendante hiérarchique

La méthode de la classification ascendante hiérarchique appelée CAH est utilisée dans les chapitres 4 et 5. Cette méthode se réfère aux techniques exploratoires multivariées. Elle teste la significativité statistique à travers le groupement des variables sous forme de domaines d'agrégation. Elle regroupe l'ensemble des variables dans un dendrogramme. Elle permet alors de déterminer les proximités et les distances entre les variables. Pour une meilleure significativité, la méthode de Ward est choisie. Celle-ci a pour but de maximiser l'inertie interclasse pour une meilleure représentabilité de la dissimilarité entre les variables.

La méthode de Ward utilise l'analyse de la variance approchée pour mesurer la distance entre les différentes classes. Cette méthode crée des classes de petite taille. Elle identifie donc la force des proximités et des relations. Cette méthode analyse le poids de l'influence sociale ainsi que la perception du poids de l'influence sociale pour chaque sous-groupe catégoriel. Elle réalise donc une analyse croisée afin de relever les variables les plus influentes et les plus éloignées. Cette analyse croisée est réalisée aussi sur la force des valeurs sociétales et sur la perception des dimensions culturelles hospitalières. L'analyse de chaque sous-groupe catégoriel croise les différentes classifications catégorielles citées dans la fiche signalétique du questionnaire. Elle facilite à travers cela l'identification des sous-groupes et des groupes restreints.

3.3.3.2.2. Analyse en composantes principales

L'analyse en composantes principales est une méthode qui se réfère aux techniques exploratoires multivariées. L'ACP calcule les composantes principales en déterminant les facteurs à retenir. Ces facteurs sont tirés de l'analyse de la matrice de corrélation. Elle prend en compte des variables actives et des variables supplémentaires. Dans le cas de cette recherche, l'ACP est utilisée dans le chapitre 6. Celle-ci est utilisée afin d'étudier le lien entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et le renforcement de la culture de responsabilité des médecins.

Par ailleurs, les variables de ces deux rubriques sont sélectionnées comme variables actives. Les classifications catégorielles sont présentées comme variables supplémentaires afin d'avoir une meilleure compréhension des résultats. L'ACP permet de mesurer la qualité de représentation des résultats à travers le calcul des valeurs propres. Elle calcule à travers cela les coordonnées factorielles ainsi que la contribution des variables et des individus pour chaque facteur retenu.

3.3.3.2.3. Plans d'expériences

La méthode des plans d'expériences est une méthode mathématique statistique qui permet de décrire et de prévoir l'évolution d'un processus ou d'un phénomène à travers quelques expériences à exécuter ou des statistiques à relever. Cette méthode permet d'obtenir un maximum d'informations à travers l'élaboration d'un modèle mathématique tout en réduisant le nombre d'opérations à effectuer. Cette méthode est utilisée pour analyser l'impact de l'adhésion aux valeurs, du climat interactionnel et de l'harmonie au travail sur la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité.

Les trois premières variables représentent des variables endogènes représentées sous forme de paramètre x . par contre la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité est représentée sous forme de Y . Le modèle crée une régression linéaire. Celle-ci identifie le poids des coefficients qui impactent négativement et positivement sur Y . Ce modèle décrit d'une manière significative les données du questionnaire pour une meilleure compréhension des relations de dépendance.

3.3.3.3. Codification des données

Les données récoltées des questionnaires distribués sont en premier lieu présentées dans les chapitres 4 et 5. Les données sont ensuite représentées sous forme de système binaire à travers le nombre important des questions fermées à échelle nominale. Cela a pour finalité de simplifier la manipulation des résultats. La recherche comprend deux codifications des données. La première a pris en compte une classification croisée entre le grade et l'appartenance. La deuxième est réalisée en 2015 afin de permettre de réaliser les analyses de la CAH et de l'ACP. L'ensemble des réponses des 380 médecins est représenté dans une base de données. De ce fait, ces résultats peuvent aussi être interprétés et analysés par d'autres méthodes statistiques en fonction des résultats recherchés.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre affiche les spécificités de la culture organisationnelle dans les organisations algériennes. Ces spécificités dénotent la relation entre l'importance accordée aux aspects sociaux et le niveau de motivation. Par ailleurs, le besoin de sécurité et d'appartenance impacte sur la régulation des rapports de pouvoir dans les organisations. Il démontre l'évolution du rôle de l'équipe dirigeante des CHU dans le développement, la perception positive et la sensibilisation à la culture de responsabilité dans les CHU.

Le chapitre montre que l'environnement hospitalier ne prend pas en compte l'importance de la performance environnementale. De ce fait, le développement d'une culture de responsabilité est représenté comme une action d'amélioration continue. Toutefois, celle-ci a un niveau de priorité secondaire. Par ailleurs, une régulation interne est nécessaire afin de développer l'ensemble des valeurs responsables dans les CHU.

Le questionnaire regroupe l'ensemble des variables qui analysent le lien entre l'influence sociale et la culture de responsabilité. Ce questionnaire se réfère à des matrices managériales ainsi qu'à des théories managériales pour justifier le choix de ces questions. La détermination des analyses par CAH, ACP et plans d'expériences permettent de répondre à la problématique et aux questions secondaires de recherche à travers l'analyse des variables.

La présentation de la méthodologie de recherche introduit l'analyse et la discussion des résultats. La présentation de l'environnement hospitalier algérien permet d'avoir une idée d'ensemble sur le contexte de l'étude pour une compréhension sommaire de l'environnement hospitalier. Le chapitre suivant étudie l'influence sociale de l'équipe dirigeante dans les CHU algériens. Il se focalise sur les principes de la CAH pour une compréhension de la proximité entre les variables. Le chapitre 5 fait de même avec l'analyse de la force de la culture de responsabilité des médecins. Ce chapitre introduit le dernier chapitre qui permet de discuter les résultats globaux de cette recherche.

Chapitre 4

*Analyse de l'influence sociale de l'équipe
dirigeante sur les médecins dans les CHU
algériens*

Chapitre 4 : Analyse de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins dans les CHU algériens

Introduction du chapitre

Après une présentation de la méthodologie de recherche, le chapitre qui suit permet d'analyser le climat relationnel. Il va mettre en évidence l'importance des différences existantes entre les groupes et sous-groupes du corps médical. Cela permet aussi d'analyser la relation entre les personnalités des médecins, la dynamique des groupes et l'influence sociale. L'ensemble de ces interactions déterminent alors le climat relationnel perçu par les médecins dans leurs CHU respectifs. Ce chapitre analyse en premier lieu les phénomènes interactionnels régissant la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins dans les CHU algériens. Cette première section permet d'identifier les pressions exercées par l'équipe dirigeante. L'étude identifie ces pressions engendrées dans le cadre des recrutements/promotions, accès aux formations continues et dans le cadre de la réception des primes salariales. Le deuxième point examine le climat interactionnel entre les deux parties ; cela permet d'identifier la qualité des échanges et de la coopération et permet aussi de déterminer l'émergence de différents types de conflits. Le dernier point étudié dans cette section est l'identification des comportements non conformistes des médecins, il traite principalement l'appartenance syndicaliste et les mouvements grévistes.

La deuxième section examine l'impact de l'influence négative de l'équipe dirigeante sur la stabilité au travail des médecins. Ce point observe les demandes de mobilités internes et externes ; il se focalise aussi sur l'absentéisme et les départs volontaires. La troisième section permet d'établir une analyse de l'influence sociale par la méthode de la classification ascendante hiérarchique. La finalité de ce modèle est d'identifier les différences du poids des influences sociales en fonction de l'appartenance à des groupes de médecins. Ces groupes sont constitués à partir de catégorisation diverses. Ces catégories concernent le grade, l'âge, le sexe, la personnalité et l'appartenance. Le but est de déterminer avant tout l'existence de pressions de la direction administrative. Cela permet aussi de déterminer si l'environnement de travail favorise la création de groupes restreints influents. Le but est aussi de déterminer le poids de ces groupes influents sur la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins. Cette analyse permet de déterminer si la perception de l'influence sociale est rationnelle ou irrationnelle, elle permet ainsi de déterminer le niveau de sensibilité des médecins par rapport à ces influences.

4.1. Phénomènes interactionnels régissant la relation équipe dirigeante-médecins dans les CHU algériens

Cette section analyse les différents phénomènes interactionnels qui régissent la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins. Le premier point identifie les différentes pressions qui sont exercées par l'équipe dirigeante alors que le deuxième point permet d'apprécier le climat interactionnel existant entre les deux parties. Le troisième point identifie les comportements non conformistes des médecins.

4.1.1. Pressions exercées par l'équipe dirigeante sur les médecins

Les points qui suivent identifient les pressions implicites et explicites exercées par le top management sur les médecins. Les points étudiés s'orientent autour des aspects : du recrutement, de la promotion, des opportunités de formation et de l'accès aux primes salariales.

4.1.1.1. Intégration et promotion des médecins

Le tableau 4.1 apprécie le niveau de satisfaction des différentes politiques de recrutement et de promotion dans les CHU par les médecins. Il montre que 68,16% des médecins approuvent la politique de recrutement. Cette catégorie semble être satisfaite des choix des profils recrutés par l'équipe dirigeante et adhère aussi aux critères de sélection des futurs confrères médecins. Le tableau montre aussi que 61,84% des médecins sont satisfaits de la politique des promotions. Cette catégorie de médecins approuve les choix des médecins promus à des postes de responsabilité.

Tab. 4.1. – Satisfaction des politiques de recrutement et de promotion par les médecins

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Médecins recrutés	259,00	68,16	0,47	0,01
Médecins promus à un poste de responsabilité	235,00	61,84	0,49	0,01

Les médecins non-adhérents aux politiques et choix de l'équipe dirigeante identifient deux types de raisons de non satisfaction. La première s'oriente vers la surcharge du travail et par conséquent les médecins sont persuadés être en sous-effectif et une politique de recrutement massif doit être mise en place afin de réduire le stress et le burnout des médecins dans les CHU. La deuxième raison s'oriente vers les pressions implicites et explicites exercées par l'équipe

dirigeante. Les médecins jugent que le choix effectué tant pour les recrutés que pour les promus est non équitable. Cela est dû à l'existence de groupes restreints et à l'influence des groupes informels.

L'existence de groupes restreints influents impacte fortement les orientations internes. Par ailleurs, l'appartenance ou non à un groupe détermine la rapidité d'accès aux opportunités de promotions. L'influence négative exercée par les groupes informels remet en doute la crédibilité de l'équipe dirigeante. Les mots comme irresponsabilité et incompétence définissent la non-satisfaction de ces politiques. L'existence d'une politique de promotion à l'ancienneté et non à la capacité et au savoir-faire représente aussi une source d'insatisfaction. Cela est perçu comme un moyen freinant la compétence et le sens de l'initiative. Cette politique confère ainsi une influence importante à certains groupes restreints.

Les pressions explicites et implicites de l'équipe dirigeante concernant les politiques de recrutement et de promotion sont exercées par deux parties. La première représente l'équipe dirigeante, et la deuxième, les différents groupes restreints composés de médecins influents. L'interaction entre ces deux parties impacte non seulement le choix des candidats mais aussi l'attribution effective des responsabilités. Une moyenne de 8 semaines est constatée entre l'intégration et l'attribution du pouvoir décisionnel des médecins. Ils considèrent que cette période d'intégration est influencée par plusieurs points.

Le premier étant le comportement de méfiance exercé par l'équipe médicale vis-à-vis de l'intégration d'un nouveau membre, alors que le deuxième point représente les différentes emprises exercées par les différents sous-groupes qui composent les médecins. Une attribution effective de l'ensemble des responsabilités s'accompagne d'une intégration informelle et sociale à l'équipe médicale. L'acceptation de l'intégration du médecin par son équipe médicale est donc conditionnée par la force des relations informelles qui sont créées.

Les médecins participant à l'étude croient que l'existence d'une relation positive formelle et informelle avec l'équipe dirigeante et avec les groupes des médecins influents est le premier critère pour une demande de promotion. Par ailleurs, seuls 28,33% jugent avoir une chance d'être promus en vue des bonnes relations qu'ils ont avec les parties influentes. Ces médecins considèrent ainsi que 75% des refus des demandes de promotions sont dues à des pressions implicites et informelles. Ces pressions implicites incitent à l'importance des bonnes relations informelles. Cela permet ainsi de renforcer des liens de famille entre collègues qui favorisent le comportement d'appartenance et d'engagement. Toutefois, cela représente aussi

un frein et un risque d'exclusion des médecins en dépit des critères de compétence et de performance.

4.1.1.2. Accès à la formation continue

Les résultats du tableau 4.2 montrent que les médecins ont un accès moyen à la formation continue. L'équipe dirigeante met en place des politiques de formation ayant pour visée de faire bénéficier l'ensemble des médecins de formations continues. Par ailleurs, 52,48% des médecins participants dans l'étude ont bénéficié d'une formation interne durant les 3 dernières années. Cependant, 32,90% ont eu l'opportunité de se former en externe sur le territoire algérien.

Le taux de participation à une formation continue à l'étranger est de 29,47% dans la finalité de développer leurs compétences spécifiques ou transversales. Les résultats montrent toutefois une faible participation aux formations e-learning. Les médecins ont en moyenne bénéficiés de 95,71 jours de formations internes durant ces trois dernières années. Ces médecins ont aussi eu une moyenne de 20 jours de formations externes nationales et de 22,5 jours de formation à l'étranger. La moyenne de la durée des formations en e-learning reste non significative en vue d'une moyenne d'une journée sur les 3 années.

Tab. 4.2. – Accès à la formation continue pour les médecins

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Formation interne	169,00	52,48	0,36	0,00
Formation externe nationale	125,00	32,90	0,49	0,01
Formation externe internationale	112,00	29,47	0,50	0,01
Formation via internet (e-learning)	100	26,31	0,40	0,02

L'attribution des formations est régulée implicitement par des pressions explicites et implicites. Le tableau 4.2 apprécie les raisons de non-attribution des formations continues par les médecins. La première raison du non-bénéfice des formations est l'affichage tardif de l'opportunité de formation. Cela entraîne ainsi une asymétrie informationnelle et une limitation de bouche à oreille. Cet affichage tardif entraîne le non-respect des délais des dépôts de demande de participation à la formation, cela est perçu par les médecins comme une pression exercée par l'équipe dirigeante.

Par ailleurs, cette asymétrie informationnelle entraîne la favorisation de la participation des médecins appartenant à des groupes restreints. Cela entraîne un sentiment d'injustice, de

répulsion et d'exclusion des médecins. Le non-affichage des opportunités de formation représente la deuxième raison de la non-attribution des formations. Il existe donc une pression explicite dans ce cas qui centralise ces opportunités qu'aux groupes influents. Les différentes influences sociales sont aussi à l'origine de l'attribution non-homogène des opportunités de formation.

De ce fait, l'appartenance aux groupes restreints ainsi que la qualité des dynamiques relationnelles avec ces groupes influents agissent sur l'accès à l'opportunité. Il existe donc des critères informels et implicites qui définissent les priorités d'accès aux formations. Ces critères ont une incidence sur l'attribution des formations en termes de mérite, besoin des services, compétences spécifiques ou transversales à développer, etc. Toutefois, seuls 2,37% des médecins affirment avoir eu un refus direct et non justifié de la part de l'équipe dirigeante.

Les pressions de l'administration s'exercent donc non pas sur l'attribution de la formation mais sur l'accès à l'information de l'opportunité de formation (tableau 4.3). Les médecins ayant participé à l'enquête mentionnent la surcharge du travail aussi comme raison de refus de l'attribution des formations. La surcharge du travail et le manque accru des médecins incite l'équipe dirigeante à freiner l'accès aux formations continues. Cela permet ainsi d'assurer la disponibilité d'un maximum de médecins en vue de maintenir la performance des services et des CHU.

Tab. 4.3. – Raison du non-bénéfice des formations continues par les médecins

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Barrières internes	62,00	16,32	0,37	0,02
Attribution non homogène des opportunités de formation	83,00	21,84	0,41	0,02
Non affichage de l'opportunité de formation	118,00	31,05	0,46	0,01
Affichage tardive de l'opportunité de formation	129,00	33,95	0,47	0,01
Refus de votre supérieur hiérarchique	9,00	2,37	0,15	0,06
Raison personnelle	62,00	16,32	0,37	0,02
Non intéressé(e)	0,00	0,00	0,00	-
Autres	9,00	2,37	0,15	0,06

Ce frein est particulièrement présent pour les médecins spécialistes durant leur service civil. L'influence sociale négative est principalement exercée sur l'accès aux formations internationales selon les médecins participant à l'étude. Ces formations sont sujettes aux non-affichages et à une asymétrie informationnelle. Ces formations continues sont centralisées au niveau des groupes restreints. Par ailleurs, l'existence de conflits interpersonnels avec les groupes influents et avec l'équipe dirigeante conditionne l'accès à ces opportunités. L'élément

impactant le plus à l'accès à ces formations est le conflit interpersonnel entre les médecins et leur responsable hiérarchique direct (chef de service).

4.1.1.3. Primes salariales

Les médecins de tous grades hospitaliers représentent des salariés étatiques. Leur salaire est composé d'une partie fixe (en fonction de l'ancienneté, du poste, du grade et des échelons) et d'une partie variable. Cette partie variable fluctue en fonction de la compétence des médecins. Cette compétence représente une perception de l'appréciation de la performance des médecins par le chef de service. Toutefois, l'attribution complète et homogène de cette prime peut être altérée par des pressions implicites et explicites exercées par l'équipe dirigeante.

L'accès à cette prime peut ainsi être accordé en fonction des affinités et des rapports existants entre les médecins et l'équipe dirigeante. Ces variables s'ajoutent ainsi à l'évaluation professionnelle et neutre des médecins. Le tableau 4.4 indique que seuls 65,79% des médecins reçoivent leur prime salariale. Il existe donc 130 médecins participants à l'étude qui ne reçoivent pas leur prime salariale¹. Les raisons de la non-attribution des primes salariales par l'équipe dirigeante sont mentionnées dans le tableau 4.4. Sur les 130 médecins, seuls 97 ont justifié leurs réponses. Le tableau montre que 28 médecins sont conscients d'être victime de pressions explicites exercées par l'équipe dirigeante. L'existence de conflits ou d'une mauvaise entente pénalise l'accès aux primes salariales.

Tab. 4.4. – Raison du non-bénéfice des primes salariales par les médecins

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Réception salaire variable et primes	250,00	65,79	0,48	0,01
Conflit avec votre supérieur hiérarchique	28,00	7,37	0,26	0,04
Mauvaise équipe de travail	0,00	0,00	0,00	-
Démotivation pour cause de non reconnaissance	0,00	0,00	0,00	-
Mauvais rapports avec des groupes de médecins influents	69,00	18,16	0,39	0,02

Cela dévoile que ces médecins ne sont pas évalués en fonction de leur performance et de leur rendement. Ce même tableau montre aussi que 69 médecins jugent ne pas recevoir de primes salariales pour cause de mauvais rapports avec des groupes de médecins influents. Ces résultats présentent un fait qu'il existe des pressions exercées sur les médecins. Ces pressions sont informelles et altèrent l'attribution homogène des primes².

¹ Malgré ce résultat, la plupart des CHU attribuent une prime salariale égale et non proportionnelle aux efforts et à la compétence. Cela favorise l'égalité mais réduit considérablement le sens de l'initiative.

² Ces résultats ne traitent que le cas de la non attribution complète des primes salariales (0 Da) et non une attribution partielle ou d'un certain taux des primes.

4.1.2. Climat interactionnel entre l'équipe dirigeante et les médecins

Cette sous-section permet d'apprécier le climat interactionnel entre l'équipe dirigeante et les médecins. Cela permet d'identifier la différence entre les rapports existants avec le chef de service et la direction des CHU. Afin d'apprécier ce climat interactionnel, trois points sont traités. Le premier est la qualité des échanges intergroupe. Le deuxième représente la qualité de la coopération intergroupe alors que le dernier point traite de l'émergence des conflits internes entre l'équipe dirigeante et les médecins.

4.1.2.1. Qualité des échanges intergroupe

Le tableau 4.5 vise principalement à déterminer la qualité des échanges entre les médecins et l'équipe dirigeante. Ces résultats représentent l'image perçue du chef de service et de la direction des CHU par les médecins. Une présentation de la qualité des échanges¹ avec d'autres corps hospitaliers est montrée afin de la comparer à celle de l'équipe dirigeante. Les résultats du tableau montrent que les médecins ont de bien meilleurs rapports interactionnels avec leur chef de service qu'avec la direction des CHU. Même si les appréciations sont comprises entre 0 et 10, la moyenne de l'appréciation du chef de service se rapproche de la valeur du Q3.

Ce résultat montre qu'il existe une forte dispersion des données en se référant aux valeurs de l'écart type et du coefficient de variation. Cela démontre l'existence de rapports interactionnels négatifs limitant la relation de proximité entre le chef de service et les médecins. L'appréciation de la qualité des échanges avec la direction par les médecins représentent les données les plus dispersées. Les résultats montrent que 25% des données récoltées pendant l'enquête s'orientent autour d'une note de 00/10 pour la qualité des échanges avec la direction des CHU.

Par ailleurs, la moyenne attribuée aux échanges avec la direction est de 4,76/10. Ces résultats montrent qu'il existe de mauvais échanges ou une inexistence d'échanges entre les médecins et la direction des CHU. Lors de la distribution des questionnaires, les médecins ont apprécié rendre des comptes qu'à leur chef de service. Ils mentionnent ainsi leurs désaccords quant aux politiques et stratégies appliquées par la direction. Même si la direction des CHU est,

¹ La qualité des échanges est notée selon les médecins de 00 à 10. Le 10 représente une très bonne entente et le 0 l'inexistence d'entente.

elle aussi, composée de médecins, les médecins interrogés étant en fonction dans les services les perçoivent comme des éléments freinant leur performance.

La direction est perçue comme une structure de contrôle et de bureaucratie qui ne prend pas en compte l'ensemble des conditions et contraintes des médecins. Ces médecins estiment aussi avoir droit par leur statut particulier à une certaine autonomie d'action. Le contrôle et le rendement de compte sont ainsi mal perçus. Ces résultats montrent aussi que la qualité des échanges avec la direction est jugée en fonction des orientations décisionnelles. La direction n'est donc pas jugée en fonction des attributs personnels des éléments qui la composent. Par contre, l'appréciation de la qualité d'échange avec le chef de service comprend ses orientations managériales beaucoup plus que sa personnalité. L'appréciation de la direction reste formelle et institutionnelle, contrairement au chef de service qui allie le formel et l'interpersonnel.

Tab. 4.5. – Qualité des échanges intergroupe pour les médecins

<i>Variables</i>	<i>Score</i>	<i>Moy</i>	<i>Min</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Entre vous et vos supérieurs hiérarchiques	3037,00	8,01	0,00	7,00	10,00	10,00	2,65	0,33
Entre vous et la direction	1809,00	4,76	0,00	0,00	8,00	10,00	3,49	0,73
Entre vous et les médecins de même grade	3209,00	8,44	5,00	8,00	10,00	10,00	1,90	0,22
Entre vous et les médecins de grade différents	3083,50	8,11	1,00	8,00	10,00	10,00	2,20	0,27
Entre vous et les paramédicaux	2663,00	7,01	1,00	5,00	10,00	10,00	2,43	0,35
Entre vous et les autres corps hospitaliers	2469,00	6,50	0,00	5,00	8,00	10,00	2,62	0,40
Entre les différents services	2683,50	7,06	1,00	5,00	8,00	10,00	2,26	0,32

Le tableau 4.5 montre que la qualité des échanges entre la direction et les médecins est nettement inférieur comparativement à l'ensemble des autres échanges intergroupes. Son score de 1809 représente pratiquement la moitié des autres scores obtenus. Les résultats montrent aussi que l'appréciation de la qualité des échanges avec le chef de service se rapproche de l'appréciation des rapports avec les autres médecins du même ou de grades différents. Lors de la distribution des questionnaires, les médecins mentionnent que la qualité des échanges avec la direction détermine aussi la qualité des échanges avec les autres corps hospitaliers. Les facilitations accordées par la direction réduit les sources de conflits avec les autres corps. Cela est dû à l'existence de l'ensemble des bonnes conditions de travail.

4.1.2.2. Qualité de coopération entre l'équipe dirigeante et les médecins

Le tableau 4.6 montre la répartition en pourcentage entre les trois variables (Acteurs facilitateurs, opposants et indifférents). Les médecins déterminent un pourcentage accordé pour chaque type d'acteur qui compose l'équipe dirigeante. Les acteurs facilitateurs représentent selon

les médecins 68,93% des membres qui composent l'équipe dirigeante. Ces données ont une forte dispersion des données. Par ailleurs, 25% des réponses des médecins représentent une perception moyenne de 45% d'acteurs facilitants.

Toutefois, les 75% restantes représentent une perception moyenne de 100% d'acteurs facilitants dans les CHU. La domination des acteurs facilitants fait valoir une bonne coopération entre l'équipe dirigeante et les médecins. Les idées, les points de vue et les méthodes de travail adoptés par les médecins sont donc en accord avec les orientations managériales et décisionnelles de l'équipe dirigeante. Ces acteurs jouent le rôle de coach à travers la motivation et le dynamisme qu'ils dégagent. Ces acteurs soutiennent les médecins et développent de fortes relations interpersonnelles et/ou une forte confiance professionnelle.

Tab. 4.6. – Qualité de la collaboration entre l'équipe dirigeante et les médecins

<i>Variables</i>	<i>Score</i>	<i>Moy %</i>	<i>Min</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Acteurs facilitants : Les membres qui soutiennent mes idées, mes points de vue et mes méthodes de travail	26194	68,93	0,00	45,00	100,00	100,00	31,86	0,46
Acteurs opposants : Les membres qui me critiquent, me bloquent, me frustrant et sont générateurs de conflits	7333	19,30	0,00	0,00	45,00	55,00	19,89	1,03
Acteurs indifférents : Les membres qui sont indifférents, en retrait, sans avis, ne me bloquent pas mais jettent un froid	6909	18,18	0,00	0,00	30,00	50,00	17,34	0,95

Contrairement aux acteurs facilitants, les acteurs opposants et indifférents représentent une minorité dans l'équipe dirigeante des CHU. Les acteurs opposants ou confrontants représentent 19,30%. Ces membres de l'équipe dirigeante représentent des acteurs limitant l'épanouissement des médecins. Ces acteurs sont perçus comme des éléments qui critiquent, freinent, frustrant et qui sont à l'origine de la création de conflits internes. Même si ces acteurs sont perçus comme des membres nocifs, ils ont toutefois un rôle important dans l'équipe dirigeante.

Leur côté moralisant permet la remise en doute pour une amélioration continue des systèmes et des orientations décisionnelles. Leurs critiques permettent aux médecins de se surpasser et de revoir des démarches mises en place. Ces acteurs opposants peuvent donc être la source d'une démotivation comme d'une amélioration interne. Les acteurs indifférents représentent des membres de l'équipe dirigeante qui est perçue comme indifférente. Ces membres restent en retrait et sans avis.

Ils appliquent principalement un style de leadership de laisser-faire, laisser-aller. Ces acteurs responsabilisent entièrement les médecins et optimisent la délégation de pouvoir. Ces acteurs indifférents évitent la confrontation et fuient les conflits internes. Ils sont perçus par les médecins comme des acteurs non aptes à prendre en compte leur rôle de responsables. La totale délégation de pouvoir jette un froid à cause d'un manque d'échanges. Cette aptitude favorise des abus de la part de certains médecins à travers le développement de comportements de Je m'en-foutistes.

4.1.2.3. Emergence des conflits internes entre l'équipe dirigeante et les médecins

Le tableau 4.7 permet d'identifier le pourcentage des conflits existant au niveau des services respectifs des médecins. Les médecins ont réparti en pourcentage (total 100%) le taux d'existence de 5 types de conflits. Les conflits d'intérêts dominent avec 32,50%. Ce résultat montre qu'il existe une forte opposition d'intérêt entre les médecins et l'équipe dirigeante. Cette opposition d'intérêt montre la divergence entre les besoins/intérêts des deux parties. L'existence des conflits d'intérêts renforce l'apparition de comportements individualistes. Ces comportements résultent du manque de la prise en compte des intérêts communs. Cela se justifie aussi par l'opposition entre les intérêts personnels des médecins et les intérêts communs assignés par l'équipe dirigeante.

L'existence des conflits d'intérêts permet à l'équipe dirigeante de changer sa politique en vue d'intégrer les médecins comme partie prenante interne. Cette intégration permet d'identifier les réels besoins et intérêts des médecins en vue d'adapter les intérêts communs. Des pressions implicites et explicites sont donc exercées des deux parties afin d'optimiser leurs intérêts. Le deuxième type de conflit dominant est le conflit de données. Ce conflit est principalement généré par l'asymétrie informationnelle exercée par l'équipe dirigeante vers les médecins. Ce conflit est aussi généré entre les deux parties pour cause de divergence d'avis et d'orientation dans les prises de décisions. Le cas des interprétations différentes et de mises en place de méthodes différentes renforcent ces conflits entre les deux parties.

Les conflits de données représentent une opportunité de confrontation en vue de favoriser un échange d'idée et d'avis. Ce type de conflit engendre des frictions, mais, favorise l'acceptation d'idées nouvelles et d'interprétations différentes. Des pressions peuvent être engendrées pour imposer les orientations décisionnelles malgré le désaccord des équipes médicales. Le troisième conflit dominant est le conflit structurel avec un pourcentage de 15,57%. Ce type de conflit englobe les abus dans la gestion hospitalière et dans le contrôle non homogène exercé par l'équipe dirigeante. Cela démontre un dysfonctionnement hiérarchique et

une mauvaise répartition de la part de la direction. Ce type de conflit est dû à une définition non explicite des droits et obligations de chaque partie.

Ce flou entraîne des comportements laxistes et des abus tant personnels que professionnels. Des pressions de pouvoir dans la gestion émergent ainsi de la part des équipes dirigeantes et des groupes dominants du corps médical. L'abus dans la pouvoir de l'institution est exercé sur les groupes minoritaires. Cela varie aussi en fonction des appartenances aux groupes et aux différentes affinités qui s'y rattachent. L'existence de ce conflit permet toutefois de relever les dysfonctionnements internes. Cependant, une entière participation de la part de l'équipe dirigeante (principalement la direction) est nécessaire pour une régulation optimale.

Tab. 4.7. – Conflits existants entre l'équipe dirigeante et les médecins

<i>Variables</i>	<i>Score</i>	<i>Moy %</i>	<i>Min</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Conflits de données : Interprétation différente, non accès à l'information, divergence d'avis médical et de prise de décision	6768,00	17,81	0,00	0,00	20,00	100,00	25,69	1,44
Conflits relationnels : Manque de respect, mauvaise communication et perception	3275,00	8,62	0,00	0,00	10,00	60,00	16,71	1,94
Conflits de valeurs : Différents points de vue en termes d'idéologie, d'éducation, choix de vie, opinions religieuses/politiques	5141,00	13,53	0,00	0,00	10,00	90,00	25,82	1,91
Conflits d'intérêts : Opposition d'intérêts, divergence entre l'intérêt perçu et les intentions réelles de la personne	12285,00	32,50	0,00	1,00	50,00	100,00	31,95	0,98
Conflits structurels : Abus dans gestion/contrôle, dysfonctionnements hiérarchiques, contraintes géographiques, rôles mal définis	5916,00	15,57	0,00	0,00	20,00	70,00	19,73	1,27

Contrairement aux trois premiers types de conflits, les deux derniers délimitent leurs champs sur l'aspect personnel qui régule la relation entre les deux parties. L'émergence des conflits de valeurs est due aux différents points de vue personnels. Les différences idéologiques, d'opinions et de choix de vie entraînent des frictions internes. La divergence des opinions concernant la religion, la politique et le style de vie entraîne une réticence et une intolérance entre les deux parties. Dans le cas de l'absence de laïcité et du respect des orientations personnels des médecins, l'équipe dirigeante peut imposer ses idéologies de vie.

Ce type de conflit insiste avant tout sur la personnalité tant des médecins que de celle des membres de l'équipe dirigeante. L'imposition des idéologies représente une pression qui entraîne une rupture de communications et d'échanges. Ce type de conflit reste difficile à

résorber et nécessite l'intervention d'un intermédiaire neutre. L'opposition entre les médecins et l'équipe dirigeante par un conflit de valeur peut ne pas impacter négativement sur les rapports professionnels¹. Cependant, il entraîne une rupture pour les relations interpersonnelles et informelles. Cette rupture altère ainsi à son tour d'une manière indirecte sur la qualité du travail d'équipe.

Le dernier type de conflit est le conflit relationnel. Avec un taux de 8,62% d'apparition, le manque de respect est un aspect contrôlé et minimisé entre les deux parties. Il est donc rare de constater des conflits relationnels basés sur une mauvaise communication ou perception. Même s'il existe différents types de conflits, le respect entre confrères représente une valeur interne respectée et partagée. Le tableau 4.8 permet d'apprécier le nombre moyen de conflits générés entre les médecins et l'équipe dirigeante. Les résultats représentent le nombre de conflit sérieux et ayant des conséquences générées pendant une durée d'une année². Les autres résultats vis-à-vis des autres corps et grades hospitaliers sont représentés dans le tableau ci-dessous comme indicateur comparatif avec l'équipe dirigeante.

Tab. 4.8. – Qualité de la coopération entre l'équipe dirigeante et les médecins

<i>Variables</i>	<i>Score</i>	<i>Moy</i>	<i>Min</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Entre vous et un médecin de même grade	706,00	1,86	0,00	0,00	1,00	50,00	7,61	4,10
Entre vous et la direction	1216,00	3,20	0,00	0,00	0,00	100,00	15,23	4,76
Entre vous et un médecin de grade différents	161,00	0,42	0,00	0,00	0,00	7,00	1,04	2,45
Entre vous et les autres corps hospitaliers	294,00	0,77	0,00	0,00	1,00	15,00	1,30	1,68
Entre les différents services	163,00	0,43	0,00	0,00	0,00	10,00	1,12	2,61
Entre vous et les paramédicaux	1698,00	4,48	0,00	0,00	1,00	200,00	26,37	5,88
Entre vous et vos supérieurs hiérarchiques	1094,00	2,88	0,00	0,00	0,00	100,00	15,24	5,30

Les médecins participant à l'étude ont eu en moyenne 2,88 sérieux conflits avec leur chef de service. Ils ont eu par contre 3,20 sérieux conflits avec la direction. Ces résultats confirment les résultats présentés précédemment concernant la qualité des échanges avec le chef de service ou la direction. Le tableau 4.8 indique aussi un nombre important de conflits générés entre les médecins et les paramédicaux. Ce résultat est le seul à avoir une valeur supérieure au nombre de conflits générés avec la direction.

Toutefois, les résultats démontrent aussi la fréquence importante des conflits avec le chef de service comparativement aux conflits générés avec les autres corps. Par ailleurs, les

¹ Comparativement aux trois premiers types de conflits.

² En se référant à une moyenne des conflits générés durant les trois dernières années précédentes la distribution du questionnaire.

échanges avec les médecins lors de la distribution des questionnaires dévoilent que chaque médecin a en moyenne 14,04 sérieux conflits par an dont 6,08 avec l'équipe dirigeante. Les conflits générés avec l'équipe dirigeante représentent alors 43,31% des conflits générés ou subis par les médecins.

4.1.3. Comportements non conformistes des médecins

Ce point permet d'identifier les comportements non conformistes des médecins. Pour cette finalité, l'analyse s'oriente sur l'appartenance et la satisfaction des groupes syndicaux. Le deuxième point traité concerne le suivi des médecins des mouvements grévistes.

4.1.3.1. Appartenance syndicale

L'existence de conflits et de sources de tensions renforce le développement de comportements non conformistes. Sur les 380 médecins de l'étude, 136 appartiennent à un groupe syndicaliste interne et 64 à un syndicat externe (tableau 4.9). Cependant, une faible satisfaction des actions entreprises par les groupes syndicalistes est constatée. Seuls 13,95% des médecins appartenant ou non à un groupe syndicaliste considèrent être satisfaits des progrès et droits obtenus grâce aux actions syndicalistes.

Tab. 4.9. – Appartenance et satisfaction syndicale par les médecins

<i>Variables</i>		<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Appartenance syndicale	Syndicat interne	136,00	35,79	0,48	0,01
	Syndicat externe	64,00	16,84	0,37	0,02
Satisfaction syndicale	Syndicat interne	53,00	13,95	0,35	0,02
	Syndicat externe	0,00	0,00	0,00	-

Le tableau 4.9 étale les raisons de satisfaction et d'insatisfaction des résultats des groupes syndicalistes. Comme cela a été vu précédemment, seulement un faible taux est satisfait de leur syndicat interne ; une insatisfaction totale est par contre constatée pour les groupes syndicalistes externes. La minorité satisfaite justifie sa réponse par l'importance du rôle stratégique de leur syndicat. Le syndicat représente alors une force et une pression exercée par les médecins envers l'équipe dirigeante. L'existence du syndicat leur permet de défendre leurs intérêts et de rééquilibrer les jeux émanant de l'administration. Cela permet de défendre les groupes minoritaires en diminuant les abus exercés par différentes parties prenantes. Le tableau indique qu'entre 201 et 380 médecins justifient leur insatisfaction par le manque de pertinence des actions syndicalistes.

Les médecins jugent ainsi que les résultats ne sont pas pertinents. Ils souhaitent optimiser un dialogue constructif avec la direction à travers des brainstormings et non à travers le syndicat. Les résultats montrent le manque d'intérêt accordé aux activités syndicalistes par les médecins participant à l'étude. Ils pensent perdre la confiance de l'équipe dirigeante à travers l'intégration d'un groupe syndicaliste. Le maintien d'une confiance mutuelle entre l'équipe dirigeante et les médecins réduit le taux d'adhésion aux différents syndicats.

Tab. 4.10. – Raisons de satisfaction ou d'insatisfaction des résultats des groupes syndicaux

<i>Satisfaction</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Insatisfaction</i>	<i>Fréquence</i>
-	[201-380]	Aucun avantage ou intérêt à faire partie d'un syndicat, manque de résultat pertinent	[201-380]
-	[101-200]	Inefficacité des syndicats, ne pensent qu'à leurs intérêts personnels	[101-200]
Union fait la force, défendre ses intérêts	[1-100]	Syndicat virtuel	[1-100]

C'est là un autre aspect justifiant l'insatisfaction des activités syndicales (tableau 4.10). Cet aspect s'oriente sur la création de groupes restreints au sein des syndicalistes. L'existence de ces groupes restreints augmente les pressions implicites et les comportements de favoritisme. Un système de clan informel est mis en place. La pression exercée par ces groupes s'oriente autour de l'accès aux différentes opportunités des œuvres sociales. Le syndicat est aussi perçu comme fictif ou virtuel. Cela renvoie à une perception négative de l'existence d'une structure sans réel apport homogène à l'ensemble des médecins.

4.1.3.2. Mouvements grévistes

Le taux et les conséquences des participations aux grèves par les médecins dans les CHU algériens se voient à travers le tableau 4.11. Le but est d'apprécier leur nombre moyen par médecin sur les 3 dernières années. Le deuxième but est d'identifier les conséquences sur le travail à travers les jours d'arrêts, et les heures perdues par grève. Les résultats montrent que 271 participations aux grèves ont été réalisées par les 380 médecins de l'étude. Cela montre qu'en moyenne chaque médecin a participé à 0,71 grève durant ces trois dernières années. La valeur du Q3 montre que la moyenne est proche des 75% des réponses. Il existe toutefois des médecins ayant une forte participation aux grèves arrivant jusqu'à 15 grèves.

La participation aux grèves perturbe les activités médicales. Cela engendre une perturbation dans les différentes programmations des activités médicales. En moyenne, les médecins ont fait donc un arrêt de presque 6 jours de travail dans le cadre de leurs grèves. La moyenne s'éloigne par contre de la durée maximale par médecin. Le maximum d'arrêt dans le cadre des grèves est donc de 120 jours pour les 3 dernières années précédant la distribution des questionnaires.

Tab. 4.11. – Taux et conséquences des participations aux grèves

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy</i>	<i>Min</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Nombre de participation aux grèves	271,00	0,71	0,00	0,00	1,00	15,00	1,83	2,57
Arrêt de travail à cause des grèves (durée en jours)	2265,00	5,96	0,00	0,00	10,00	120,00	13,42	2,25
Impact sur activité médicale pour cause de grèves (heures perdues par grève)	6074,00	15,98	0,00	0,00	8,00	240,00	41,35	2,59

La participation des médecins aux différentes grèves a eu un impact négatif sur les activités médicales. En effet, 15,98 heures de travail perdues ont été imposées en moyenne pour chaque médecin. Cette moyenne d'heures perdues est ressentie par l'ensemble des médecins ayant ou non participé aux différentes grèves. Toutefois, la valeur maximale de 240 heures perdues fausse les résultats concernant ce point. La moyenne des 75% (Q3= 8 heures) des répondants représente alors une valeur plus approximative et précise des résultats des 380 médecins.

Tab. 4.12. – Raisons du suivi des mouvements grévistes pour les 3 dernières années

<i>Raisons de suivi</i>	<i>Fréquence</i>
Statut, avancement dans la carrière, profession, question morale et de conviction, augmentation de salaire, amélioration des conditions de travail, amélioration de l'avenir socioprofessionnel	[201-380]
Droits des médecins	[101-200]
-	[1-100]

Le tableau 4.12 dévoile les raisons du suivi des mouvements de grèves internes comme externes des médecins pour les 3 dernières années. Les mots clés mentionnés par les médecins s'orientent autour de l'insatisfaction du salaire. La principale raison reste la non existence de l'ensemble des bonnes conditions de travail ayant pour finalité de croître l'épanouissement des médecins. De ce fait, les motifs de grèves englobent aussi bien les décisions ministérielles, les orientations politiques des directions des CHU que les rapports d'influence sociale internes.

Les questions morales et de conviction soulignent une influence implicite imposée par l'équipe dirigeante. Cette influence conditionne alors les habitudes professionnelles des

médecins. Cette influence remet en doute la liberté d'action acquise par le statut des médecins et conditionne leur conviction. Toutefois, les raisons du suivi des mouvements grévistes sont dominées par l'insatisfaction des décisions ministérielles. L'influence sociale de l'équipe dirigeante dans les CHU n'est donc pas un élément pertinent à retenir en termes de raisons de grèves.

Cette section démontre l'existence de pressions exercées par l'équipe dirigeante et par des groupes influents. Ces pressions sont exercées sur l'accès aux formations et aux opportunités de promotions internes. Ces pressions affectent la qualité du climat interactionnel entre l'équipe dirigeante et les médecins. L'émergence de conflits d'intérêts a un impact tant positif que négatif sur la qualité des échanges et de la coopération. Cependant, l'impact négatif engendre des comportements non conformistes. L'appartenance syndicale et la participation aux mouvements grévistes représentent une réponse à l'insatisfaction des politiques de la direction des CHU. Les pressions des chefs de services et groupes influents ne sont pas des motifs significatifs de mouvements de grèves.

4.2. Impact de l'influence négative de l'équipe dirigeante sur la stabilité au travail des médecins

Cette deuxième section identifie la portée de l'influence négative de l'équipe dirigeante sur la stabilité au travail. Dans cette finalité, trois points sont analysés. Le premier consiste à déterminer les différentes mobilités interservices et géographiques afin de déterminer le taux du turn-over. Le deuxième point identifie le taux et les causes de l'absentéisme des médecins. Le but est de déterminer si l'influence négative représente une source pertinente d'absentéisme. Le dernier point analyse les causes de démissions et de départs.

4.2.1. Mobilités interservices et géographiques

L'illustration du tableau 4.13 étant le pourcentage des médecins participant à l'étude ayant déjà eu une mobilité interne et/ou externe. Les résultats montrent que 42,11% des médecins ont déjà eu une mobilité interne. Le pourcentage des mobilités nationales est moins important que celui des mobilités interservices. Ces mobilités représentent une source d'amélioration comme une limite pour les CHU. Les apports positifs des mobilités sont l'enrichissement, la diversité et la flexibilité. Cela permet d'introduire de nouvelles procédures et de diminuer le poids des groupes restreints en vue d'une meilleure transparence.

L'aspect négatif des mobilités est la perte des compétences. La perte d'un leader ou d'un meneur (moniteur) charismatique représente une fragilité pour l'équipe médicale. La mobilité représente donc une perte de repère qui est vécue différemment en fonction des personnalités et des environnements des médecins. Le tableau 4.13 permet de déterminer les raisons poussant les médecins à demander une mobilité interservices et/ou géographique. La principale raison de demande de mobilité reste une raison personnelle et privée. Les médecins choisissent leurs CHU d'appartenance en fonction de leur qualité de vie personnel (situation familiale, accès au logement, responsabilités personnelles).

Tab. 4.13. – Mobilités des médecins dans les CHU

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Mobilité interservices	160,00	42,11	0,49	0,01
Mobilité géographique	114,00	30,00	0,46	0,02

Les autres raisons des mobilités ont pour orientation de développer les compétences des médecins. Ce développement est perçu comme une opportunité d'amélioration, d'échange d'avis et d'expérience dans des environnements différents (Tableau 4.14). On constate aussi que moins de 100 médecins ayant participé à l'étude sont conscients que leur demande est poussée pour des raisons de conflit.

Tab. 4.14. – Raisons des mobilités des médecins dans les CHU algériens

<i>Raison d'évolution</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Raison de conflit</i>	<i>Fréquence</i>
-	[201-380]	-	[201-380]
Améliorer la situation sociale	[101-200]	-	[101-200]
Service civil, apprentissage des avis interservices, apprendre des différents CHU en termes d'expérience et de traitement des cas	[1-100]	Conflit avec le chef du service, conflit avec la direction, conflit avec des groupes de médecins influents	[1-100]

Ces conflits avec l'équipe dirigeante ou des groupes influents représentent une limite dans l'évolution de la carrière des médecins. Ces médecins décident donc de demander une mutation en vue de chercher un environnement plus adéquat pour un épanouissement personnel et professionnel plus optimal.

4.2.2. Phénomène de l'absentéisme

Les points qui suivent permettent de déterminer les raisons poussant les médecins à s'absenter. Ces résultats permettent de définir la moyenne des absences volontaires journalières. Un approfondissement est dédié à l'impact de l'insatisfaction des conditions de travail sur l'absentéisme. Le but est donc d'établir l'impact direct et indirect de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur l'absentéisme.

4.2.2.1. Raisons de l'absentéisme volontaire des médecins

Le phénomène de l'absentéisme volontaire journalier pour les médecins est exposé dans le tableau 4.15. Les résultats montrent que les médecins s'absentent en moyenne une demi-heure par jour. Les 75% des répondants reconnaissent s'absenter volontairement une heure de temps par jour. Ce temps est déduit des 8 heures de travail journalières. En prenant comme référence le résultat des 75% des répondants, le cumul des absences représente une perte de 27,5 jours de travail par an. Ce résultat représente simplement un nombre d'absences volontaires cumulées de 220 heures par an¹.

Ces absences peuvent atteindre deux heures de temps en moyenne par journée de travail. Elles sont selon les médecins prises en différentes pauses. Elles représentent ainsi des absences volontaires comme l'arrivée en retard, le prolongement de l'arrêt de pause du déjeuner ou encore un départ précipité² (tableau 4.15). Les valeurs de l'écart-type et du coefficient de variation montrent que les réponses sont très variables. L'absence volontaire n'est donc pas un phénomène généralisé et ne représente pas une habitude ou coutume interne dans les CHU.

Tab. 4.15. – Heures d'absence journalière volontaire

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy</i>	<i>Min</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Absence journalière volontaire (en heures)	216,00	0,57	0,00	0,00	1,00	2,00	0,75	1,31

Le tableau 4.16 montre les raisons poussant les médecins à promouvoir le phénomène de l'absentéisme volontaire dans les CHU. Dans cette finalité, six variables ont été choisies, dont les conditions de santé et de sécurité qui y sont développées. Les résultats montrent que les conditions de santé et de sécurité au travail représentent les principales raisons poussant les

¹ Cette donnée représente une simple déduction des absences cumulées par an à raison d'une heure d'absence par jour : cela représente 5 heures par semaine, 20 heures par mois de travail et 220 heures par an de travail (à raison de 11 mois de travail théoriques).

² Principalement dans le cas des consultations et non dans le cas des gardes.

médecins à l'absentéisme. Seuls 10,26% considèrent qu'ils s'absentent pour une raison personnelle contre 23,42% pour une maladie.

Un faible taux de 2,11% est remarqué pour les absences en vue d'assister à des formations ou séminaires non pris en charge par l'équipe dirigeante. L'absence pour raison de formation continue vise principalement à développer des compétences transversales par les médecins. Les résultats montrent toutefois qu'il n'y a que 2,37% des médecins qui s'absentent pour cause de démotivation causée par les mauvais rapports avec l'équipe dirigeante. Cela montre alors que l'influence sociale exercée par l'équipe dirigeante sur les médecins n'est pas une variable significative qui impacte sur le phénomène de l'absentéisme.

Tab. 4.16. – Raisons d'absences volontaires journalières des médecins

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Vie personnelle	39,00	10,26	0,34	0,03
Maladie	89,00	23,42	0,95	0,04
Formations/Séminaires avec une initiative personnelle	8,00	2,11	0,55	0,26
Démotivation pour cause de mauvais rapports avec l'équipe dirigeante	9,00	2,37	0,71	0,30
Imprévus	52,00	13,68	0,38	0,03
Conditions de santé et de sécurité au travail				
Manque de sécurité dans mon environnement de travail	261,00	68,68	0,46	0,01
Mauvaise qualité de l'air, climatisation et du chauffage	300,00	78,95	0,41	0,02
Mon espace de travail est inconfortable (ergonomie, bureaux, wifi, structures, etc.)	369,00	97,11	0,17	0,06
Je suis insatisfait(e) de la propreté du CHU (chambres malades, blocs opératoires, espaces communs, etc.)	321,00	84,47	0,36	0,02
Mon CHU ne donne pas une importance au tri des déchets	231,00	60,79	0,49	0,01
Je suis insatisfait(e) de l'entretien de l'infrastructure et des espaces communs	347,00	91,29	0,28	0,03
Je suis insatisfait(e) de la mise en place des mesures et des actions spécifiques de prévention	333,00	87,63	0,33	0,03
Le CHU ne met pas à ma disposition l'ensemble du matériel médical et autre nécessaire à mon travail	353,00	92,89	0,26	0,04
La direction du CHU n'achète pas tout le matériel médical et autre dont nous avons besoin dans les délais demandés	349,00	91,84	0,27	0,03
La direction n'investit pas dans l'achat de matériel de pointe	312,00	82,11	0,38	0,02
J'ai un accès difficile et lent au matériel de pointe de mon CHU	5,00	1,32	0,11	0,09
Le matériel de pointe est non fonctionnel dans mon CHU	6,00	1,58	0,12	0,08
Le matériel de pointe n'est pas entretenu et réparé dans des délais raisonnables	5,00	1,32	0,11	0,09

Le tableau 4.16 étale par contre l'importance de l'impact de la satisfaction des bonnes conditions de travail dont les conditions de santé et de sécurité sur le phénomène de l'absentéisme. Par ailleurs, 68,68% des médecins (ligne 7, tableau 4,16) évaluent que le manque de sécurité dans l'environnement de travail est un facteur déterminant encourageant

l'absentéisme volontaire. Cela est de même pour pratiquement l'ensemble des variables choisies en vue d'apprécier les conditions de travail dans les CHU.

Ces résultats montrent que le choix des politiques et stratégies de la direction des CHU représente un facteur déterminant dans le taux d'absentéisme des médecins. Des variables sociétales comme les conditions de santé et de sécurité représentent des facteurs de démotivation. L'absence des bonnes conditions de SST¹ représente un frein dans l'épanouissement professionnel des médecins. Les résultats montrent que 68,68% des médecins considèrent ne pas se sentir en sécurité dans les CHU. Ce manque de sécurité est considéré par les médecins comme un facteur les incitant à s'absenter et à être moins efficace. Le même phénomène est constaté avec la mauvaise qualité de l'air et de chauffage dans les CHU. Les résultats montrent aussi que 97,11% des médecins associent le phénomène de l'absentéisme avec une mauvaise ergonomie interne (9^e ligne, tableau 4.16). En somme, les aspects liés à la disponibilité des ressources/matériels, au confort interne et à la sécurisation des médecins sont fortement liés au taux d'absentéisme. Contrairement aux aspects cités précédemment, seuls 60,79% (11^e ligne, tableau 4.16) considèrent le mauvais tri des déchets (hospitaliers et autres) comme un facteur d'absentéisme.

Les résultats décrits dans le tableau 4.16 montrent que le manque d'accès et le manque d'investissement dans l'achat du matériel² (médical et autre) accentue l'absentéisme volontaire. Toutefois, la non-fonctionnalité et le manque d'entretien du matériel médical de pointe n'est pas un facteur impactant sur l'absentéisme. Les trois derniers points possèdent une incidence sur la performance des équipes médicales, mais ils ne constituent pas un facteur de démotivation ou de désengagement.

L'insatisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail est considérée comme une résultante des politiques de l'équipe dirigeante³. La non-disponibilité de l'ensemble des bonnes conditions de travail est perçue comme une limite organisationnelle. Cette limite est principalement due au manque de communication et d'échange entre l'équipe dirigeante et les médecins. L'absentéisme volontaire pour cause d'insatisfaction aux conditions de travail représente un comportement non conformiste. Ce comportement individualiste engendre un je m'en-foutisme et un désengagement organisationnel. Les absences volontaires constituent ainsi une facette de ces comportements non conformistes.

¹ Santé et sécurité au travail.

² Il s'agit ici de la perception du manque d'investissement dans l'achat du matériel malgré le recours au financement hors budget.

³ Les médecins ne prennent pas en compte la rotation de l'équipe dirigeante ainsi que les limites liées au déblocage des budgets financiers.

4.2.2.2. Impact de l'insatisfaction des conditions de travail sur l'absentéisme

Le tableau 4.17 fait apparaître la perception de la répartition des 8h de travail par jour par les médecins. Le but est de demander aux médecins de répartir en pourcentage le temps accordé à chacune des variables. Les résultats révèlent que 6,09% de leur temps est consacré au maintien des bonnes relations sociales au travail. L'aspect informel permet ainsi de renforcer l'équipe de travail. Comme cela a été vu précédemment dans le tableau 4.16, l'existence des conditions SST non optimales engendre un absentéisme volontaire.

Tab. 4.17. – Perception en % de l'organisation journalière de temps de travail des médecins

<i>Variables</i>	<i>Score</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Prise en charge des patients	14474	38,09	15,02	0,39
Diagnostic des cas des malades	10127	26,65	3,5	0,13
Réunions	1417	3,73	0,5	0,13
Bureaucratie	410	1,08	0,15	0,14
Relation sociale au travail	2314	6,09	1,07	0,18
Pauses	1341	3,53	0,34	0,10
Recherche médicale	2527	6,65	2,06	0,31
Encadrement ou enseignement	1197	3,15	1,03	0,33
Attente de la disponibilité d'un outil, d'un produit,...	2808	7,39	2,51	0,34
Conflits internes	1379	3,63	0,84	0,23

Le tableau 4.17 prouve par ailleurs que les médecins perdent 7,39% de leur temps journalier de travail dans l'attente de la disponibilité d'un produit, matériel ou outil (avant dernière ligne du tableau en question). Ces 7,39% d'attente représentent une perte dans la performance médicale. Ce pourcentage représente aussi un élément de démotivation qui engendre le phénomène de l'absentéisme volontaire. Ces résultats affichent une insatisfaction du management hospitalier appliqué par l'équipe dirigeante.

L'absentéisme est donc proportionnel à une mauvaise gestion hospitalière. L'existence d'influence négative représente ainsi un élément secondaire qui impacte sur le taux d'absentéisme. Un faible taux accordé aux procédures bureaucratiques se remarque au niveau de la ligne 4 du tableau précédent. Cela déduit que cette variable n'est pas pertinente pour être considérée comme un élément engendrant l'absentéisme.

4.2.3. Départs volontaires

Les raisons des départs volontaires des médecins sont présentées dans les points qui viennent de ce chapitre où les résultats permettent d'identifier les éléments permettant de réduire l'intention des départs selon les médecins.

4.2.3.1. Raisons des départs volontaires des médecins

La répartition en pourcentage des raisons du départ des médecins-collègues dans les services propres aux médecins participant à l'étude sont exposés dans le tableau 4.18. A travers les résultats, on remarque qu'en moyenne la principale raison de départ des médecins est la démission avec 40,53%. Cette donnée a toutefois un grand écart-type. Les avis diffèrent et varient fortement concernant cette variable. La deuxième variable est le service civil. Celui-ci concerne les spécialistes et représente une variable importante dans la rotation des compétences médicales. Le tableau communique aussi que 23,76% mentionnent "Autre" raison de départ, cependant, aucune précision n'a été apportée par les 380 médecins participant à l'étude.

Tab. 4.18. – Répartition en % des raisons du départ des médecins dans les services

<i>Variables</i>	<i>Score</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Retraite	1299	3,42	0,55	0,16
Mutation	471	1,24	0,74	0,60
Service civil	11210	29,50	7,34	0,25
Promotion	589	1,55	0,61	0,39
Démission	15401	40,53	16,43	0,41
Autre	9029	23,76	11,32	0,48

Les résultats montrent un faible taux de demandes de mutation. Il existe donc un faible taux de turn-over et de rotation. Ce résultat montre une stabilité professionnelle et une entente. Cela démontre une forte appartenance aux groupes, à l'équipe de travail et aux CHU respectifs. Le tableau 4.19 affiche le taux des médecins envisageant ou pensant à démissionner avant la retraite. En effet, 60% des médecins participant à l'étude pensent à quitter leur poste au niveau de leur service et de leurs CHU. Ces médecins envisagent donc de s'installer à leur compte privé. Ce taux dénote cependant que le secteur public perd ses compétences médicales.

Certains médecins se lancent dans une carrière privée alors que d'autres émigrent par contre à l'étranger. Ce fort taux dénote un manque d'engagement et d'appartenance aux CHU. Cela peut s'expliquer aussi par une démotivation ou à une poursuite d'intérêts personnels. Le

tableau 4.20 schématise les principales raisons poussant les médecins à envisager de démissionner un jour. Des raisons comme les différentes formalités et procédures administratives entraînent les médecins à envisager de quitter le secteur hospitalier public.

Tab. 4.19. – Médecins envisageant la démission avant la retraite dans les CHU

<i>Variables</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Envisager de démissionner un jour	228,00	60,00	0,49	0,01

Toutefois, la majorité des raisons citées renvoient à la relation existante entre l'équipe dirigeante et les médecins. Ces raisons s'orientent autour des décisions managériales. Elles concernent aussi la relation d'influence sociale qui régit les deux parties. Les orientations managériales concernent la surcharge de travail, l'accentuation du stress, les mauvaises conditions de travail et un leadership trop autoritaire. Les éléments touchant à la relation entre les deux parties insistent sur le harcèlement, le conflit et l'ingratitude. Ces résultats montrent que l'existence d'un bon échange entre les médecins et l'équipe dirigeante permet de réduire le turn-over.

Tab. 4.20. – Raisons des départs des médecins dans les CHU algériens

<i>Raison d'évolution</i>	<i>Fréquence</i>
Formalité, Manque de sérieux et de rigueur, harcèlement moral, stress professionnel, surcharge de travail, mauvaises pratiques managériales, mauvaises conditions et moyen de travail, autorité et ingratitude de la direction et des chefs de service, conflit entre médecin et directeur.	[201-380]
Eloignement, stagnation et non évolution des carrières, inefficacité des DRH et du système de gestion des paies, absence et incompréhension de politique de santé publique, raison social logement, insatisfaction du salaire	[101-200]
Découragement et démotivation, négligence des malades par les médecins et paramédicaux, raisons personnelles, absence de la direction du CHU, changement de carrière.	[1-100]

L'existence de bons rapports permet un meilleur échange et un plus grand respect des deux parties. L'échange permet alors de réguler les différentes influences sociales internes. Cela permet une meilleure transparence et une meilleure écoute des besoins des deux parties. L'existence d'une bonne influence sociale de l'équipe dirigeante régule le style de leadership appliqué. Un leadership intégrateur permet ainsi une meilleure valorisation et intégration des médecins. Cela permet de réduire les sources nuisibles de démotivation et d'inefficacité.

Les raisons intermédiaires favorisant la démission concerne l'épanouissement des médecins. Elles s'orientent autour des opportunités d'évolution de carrière. Elles touchent aussi à l'insatisfaction des politiques stratégiques soumises par le ministère de la santé. Les médecins sont en effet insatisfaits du salaire et du manque d'avantages personnels. Les

principaux problèmes représentent le manque d'accès au logement et à une certaine qualité de vie.

Contrairement aux raisons principales, celles-ci abordent aussi la direction des ressources humaines. Les médecins expriment ainsi leur insatisfaction des décisions prises par les administrateurs et les médecins de l'équipe dirigeante. Le tableau 4.21 nous apprend aussi les raisons minoritaires impactant sur le taux du turn-over. Ces raisons représentent la démotivation et le besoin d'exercer dans un environnement assurant des soins optimaux pour les malades. Elles renvoient aussi à un leadership passif de la part du top management des CHU. Ces résultats dévoilent que les médecins quittent leur poste pour trois principales raisons :

- S'assurer une meilleure qualité de vie ;
- Dégradation des conditions de travail et insuffisance d'avancement dans la carrière ;
- Changement de carrière ou circonstances purement personnelles.

4.2.3.2. Perception des médecins des éléments réduisant l'intention des départs volontaires

Le tableau 4.21 illustre la matrice d'Eisenhower concernant le degré d'importance et d'urgence des éléments à améliorer dans les CHU. Il permet d'identifier les variables sensibles des médecins permettant ainsi de réduire le turn-over. Ce tableau permet aussi de déterminer l'importance accordée par les médecins à l'influence sociale exercée par l'équipe dirigeante. La matrice montre que les médecins souhaitent qu'il soit urgent et important de revoir le leadership, l'accès aux promotions et la rémunération. L'influence sociale représente donc un élément stratégique et important permettant de réduire le turn-over des médecins. Le style du leadership appliqué régule les relations de pouvoir, d'écoute, de délégation et de prise en compte de l'ensemble des avis des médecins.

La régulation des pratiques managériales renvoie à un management hospitalier participatif et intégrateur. Il permet ainsi une plus grande transparence et une prise en compte d'aspects sociétaux. La prise en compte des médecins comme partie prenante permet de réduire les influences négatives. Il permet aussi de réduire l'impact du système informel. La puissance des groupes restreints laisse place à l'égalité, l'équité et au mérite. L'importance de l'influence sociale est aussi identifiée dans la sélectivité et l'intégration des médecins. Comme cela a été vu précédemment, l'accès au recrutement et à la promotion n'est pas toujours transparent. L'appartenance aux groupes ainsi que les influences des parties administratives régulent la sélectivité ; celle-ci n'est donc pas conditionnée uniquement par la compétence des médecins. Le troisième point urgent et important concerne la rémunération des médecins. Ce point n'est lié à l'influence sociale que sur la rémunération variable. Toutefois, l'insatisfaction due à la

rémunération renvoie aux stratégies adoptées du ministère de la santé et aux grilles salariales de l'administration publique algérienne.

Les médecins mentionnent l'importance de la force de la culture organisationnelle des CHU pour réduire le turn-over. Ils renvoient ainsi aux valeurs, croyances et pratiques conduites par l'équipe dirigeante. Comme mentionné plus haut, les médecins citent l'absence de la direction. Ils perçoivent un désengagement sociétal de la part de la direction et non des chefs de services. L'absence de croyances et valeurs hiérarchiques fortes réduit le sentiment d'appartenance des médecins. Ce résultat montre que les médecins reconnaissent le rôle stratégique de la force de la culture hospitalière. Le renforcement des valeurs de la culture organisationnelle hospitalière permet une meilleure intégration des parties.

Tab. 4.21. – Matrice d'Eisenhower des éléments réduisant l'intention des départs volontaires

<i>Il est urgent et important d'améliorer</i>	<i>Il est urgent et non important d'améliorer</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Leadership et pratiques managériales ; - Sélectivité et intégration des médecins ; - Rémunération des médecins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Culture interne existante dans le CHU.
<i>Il est important et non urgent d'améliorer</i>	<i>Il est secondaire et non urgent d'améliorer</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Formation continue des médecins ; - Conditions de santé et de sécurité au travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Climat social interne dans le CHU ; - Culture de responsabilité des médecins.

Les médecins prévoient aussi qu'il est important et urgent d'améliorer les politiques de formations continues. Cette amélioration concerne la réalisation de programmes de formations plus diversifiés et ciblés. Cela concerne aussi l'impact de l'influence sociale par rapport à l'accès aux formations continues. Cela concerne l'homogénéité, la transparence et la neutralité d'accès aux formations. Il est urgent d'améliorer les conditions de santé et de sécurité au travail. Celles-ci sont perçues comme l'image de la performance des orientations managériales de l'équipe dirigeante. Les médecins pensent que cette amélioration permet de croire la performance hospitalière des services, toutefois, elle ne constitue aucunement une raison majeure de démission.

Le tableau 4.21 dévoile que les médecins accordent peu d'importance à la force de leur culture de responsabilité. Cela va de même pour la qualité du climat organisationnel social

interne. Ce résultat montre que les médecins sont peu sensibles à leur impact sociétal dans l'amélioration continue des CHU. Le manque d'intérêt accordé à la qualité du climat social ne dénote que l'aspect de l'influence sociale organisationnelle. Il s'agit donc de l'influence exercée par l'équipe dirigeante autour des décisions et orientations managériales appliquées. De ce fait, les mauvais rapports sociaux et professionnels existant entre l'équipe dirigeante et les médecins ne représentent pas un motif de démission.

Les médecins apprécient ainsi faire la part des choses entre la personnalité et les pratiques managériales des membres de l'équipe dirigeante. Ces résultats montrent que le véhicule d'une culture d'engagement et d'excellence de la part de l'équipe dirigeante est primordial dans la réduction du turn-over. L'équipe dirigeante est donc prise comme un exemple de compétition, d'engagement et de sérieux dans les CHU. Son comportement permet de motiver et de définir le comportement adopté par les médecins.

Le tableau 4.22 résume les principaux éléments à maintenir afin de réduire les intentions de départs et cela selon les médecins interrogés. Les éléments principaux représentent la prise en compte des besoins des médecins. Il est donc question de la disponibilité des ressources et des bonnes conditions de travail. Cela s'applique aussi sur le renforcement de leurs compétences. L'investissement dans du matériel de pointe est perçu comme un élément permettant de créer de bonnes avancées médicales. Ce point montre ainsi que les médecins ont un besoin d'innovation et d'amélioration continue. L'hygiène et le sérieux de l'ensemble de l'équipe sont perçus comme des éléments de la qualité de vie. Ils représentent des éléments importants dans leur bien-être au travail.

Les éléments intermédiaires cités se focalisent sur les politiques de recrutement, ainsi que sur l'investissement en infrastructure et en recherche. Les médecins insistent aussi sur l'importance des échanges et de la collaboration entre les services. Cela démontre l'importance qu'ils accordent à la transparence et aux processus internes préalablement établis. En somme, les pratiques de gestion doivent être revues en vue de favoriser la délégation et le partage dans la pouvoir de l'institution hospitalière. Les éléments majeurs se focalisent sur l'importance du bon système de gestion des paies. L'accès au logement de fonction représente aussi un élément motivant qui réduit l'intention de départ. Ces résultats témoignent que les médecins accordent une importance aux orientations managériales. Le maintien de l'influence sociale positive de l'équipe dirigeante n'a pas été cité. Il existe donc des variables prioritaires à soulever et à maintenir dans les CHU.

Contrairement au tableau 4.22, le tableau 4.23 montre les éléments que les CHU doivent arrêter d'appliquer et éviter sur terrain afin de réduire le turn-over. L'existence d'une influence sociale exercée par l'équipe dirigeante est l'élément central de ce tableau. Les médecins sont donc fortement affectés par le favoritisme, le népotisme, l'injustice, le manque de transparence, la ségrégation et le manque de respect. Le recrutement anarchique renvoie à une sélection non basée sur les besoins des services en termes de compétences. La rupture du dialogue fait valoir un leadership autoritaire. Des formes de pressions sont exercées où les médecins sont perçus comme des exécutants.

Tab. 4.22. – Éléments à maintenir afin de réduire les départs volontaires des médecins

<i>Ce que le CHU doit continuer de faire</i>	<i>Fréquence</i>
Disponibilité des moyens et ressources demandés par les médecins, propreté, assiduité, formation continue des médecins et paramédicaux, conditions favorable au travail, investissement dans le matériel de pointe	[201-380]
Organisation des urgences, recruter du personnel et médecins, ouvrir de nouveaux services et de nouvelles spécialités, lutter contre les maladies nosocomiales, recruter plus de professeurs, épanouissement en matière d'infrastructure, investissement dans le domaine de la recherche, collaboration et communication entre les services.	[101-200]
Rémunération des médecins à temps, distribution des repas dans les services, logement de fonction.	[1-100]

Le développement de comportements non conformistes par les médecins renforce les pressions exercées par l'équipe dirigeante et les groupes influents. De ce fait, la valorisation des intérêts personnels propres aux groupes influents rompt l'atteinte des intérêts communs partagés par l'ensemble des parties et grades. Les raisons intermédiaires abordent la mauvaise répartition du budget. Elles se focalisent aussi sur les lenteurs administratives et sur la mauvaise personne au mauvais endroit. Ces aspects renvoient à des décisions managériales non optimales pour l'amélioration de la performance des médecins.

Le tableau 4.23 met en avant les besoins des médecins. Il regroupe les principaux éléments à introduire afin de réduire les départs des médecins. Les résultats montrent un besoin de reconnaissance des compétences et efforts fournis. Les médecins s'épanouissent donc avec une équipe dirigeante motivante, conciliante et encourageante. La qualité des rapports entre les deux parties valorise l'appréciation des compétences. De ce fait, l'existence d'une mauvaise influence sociale est perçue comme un environnement décourageant et méprisant.

Ces résultats soulignent aussi l'importance des influences du groupe administratif. Cela est en lien avec l'existence de groupes restreints qui renforcent le favoritisme. Cela s'applique aussi à l'existence de l'injustice pour cause du manque d'équité. La demande de l'introduction

des principes du post-new public management souligne l'importance accordée aux valeurs organisationnelles. De ce fait, la réduction des départs est accompagnée par la mise en place d'un management responsable basé sur :

- La décentralisation de prise de décision ;
- La force de la culture organisationnelle basée sur des valeurs responsables ;
- L'équilibre entre les rapports formels et informels ;
- L'importance du travail d'équipe et de l'écoute active entre les deux parties.

Tab. 4.23. – Eléments à éviter afin de réduire les départs volontaires des médecins

<i>Ce que le CHU doit arrêter de faire</i>	<i>Fréquence</i>
Favoritisme, clientélisme, injustice vis-à-vis du personnel médical et paramédical, ségrégation entre services, discrimination et mépris, rupture totale du dialogue et d'écoute entre les professeurs-médecins et entre l'équipe dirigeante-les subordonnés, recrutement anarchique	[201-380]
Ingérence de l'administration dans les affaires interservices, dépenses inutiles dans les rénovations, bureaucratie, affectations arbitraires	[101-200]
Distribution des logements de fonction aux administrateurs, retarder les salaires	[1-100]

Les éléments intermédiaires cités abordent l'amélioration des conditions de travail. Cela va de même pour un bon investissement en équipement et moyens. Le besoin de sécurité relève un sentiment d'insécurité et de danger dans les services. Cet élément réduit l'épanouissement des médecins au travail. La mise en place de plans de formation visant à former et à recycler le personnel est aussi citée. Un autre point pertinent à soulever concerne l'établissement d'un plan de recrutement local basé sur la compétence. Cela dénote d'un besoin d'équité en termes de valorisation de la compétence en premier lieu.

Tab. 4.24. – Eléments à introduire afin de réduire les départs volontaires des médecins

<i>Ce que le CHU doit commencer à faire</i>	<i>Fréquence</i>
Encourager et récompenser les médecins motivés et compétents, égalité des chances de promotion, participer les médecins aux réunions de travail, supprimer les injustices, donner plus d'autonomie et d'autorité aux médecins, mise en place du post-new public management	[201-380]
Assurer des formations continues pluridisciplinaires, investir en moyens et équipement, améliorer la sécurité durant les gardes, encourager le travail d'équipe	[101-200]
Etablir un plan de recrutement local basé sur la compétence, satisfaction en matière de paiement des salaires et des primes, restauration digne pour patients et personnel,	[1-100]

En second lieu, ce résultat fait valoir l'importance accordée par les médecins aux appartenances culturelles et régionales des membres de leurs équipes de travail. Cet élément amplifie les comportements racistes et donc l'isolement des groupes minoritaires. Sur un autre

plan, les anciens médecins espèrent avoir des médecins nouvellement recrutés appartenant à leur région native afin d'éviter les demandes de mutation pour raisons personnelle, sociale et familiale. Le recrutement local est donc perçu comme une assurance de stabilité des médecins. Il est aussi perçu comme un facteur déterminant d'entente en vue du partage des mêmes valeurs culturelles.

Cette section montre que l'influence négative a un impact sur la stabilité au travail. Cet impact est dû principalement au manque d'échange, d'écoute et de transparence entre les deux parties. L'influence négative est perçue comme l'application d'un management hospitalier non démocrate et intégrateur. L'existence donc de rapports personnels négatifs entre les deux parties relève du volet informel. Les médecins prévoient alors devoir surpasser les frictions interpersonnelles en vue d'une meilleure performance d'équipe. Les résultats exhibent toutefois l'influence négative qui n'est pas un facteur déterminant pour la fréquence des mobilités interservices et géographiques des médecins.

Cependant, l'influence négative affecte la qualité des conditions de travail. Cet élément est par ailleurs déterminant pour la fréquence de l'absentéisme des médecins. Les résultats dévoilent aussi l'existence d'une influence négative favorisant les départs volontaires des médecins avant la retraite. Les principales raisons se focalisent autour de l'application d'un management procédurier et limitant la compétence. Cela est aussi dû à l'existence d'influence sociale voire même de pouvoir qui favorise l'individualisme, le favoritisme et le manque d'équité.

4.3. Analyse de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins dans les CHU algériens par la classification ascendante hiérarchique

Cette troisième section permet d'analyser l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins avec la méthode de la classification ascendante hiérarchique. Différentes classifications en fonction du sexe, du grade, de la génération, de la personnalité et des spécificités des CHU sont réalisées.

4.3.1. Classification en fonction du sexe et du grade

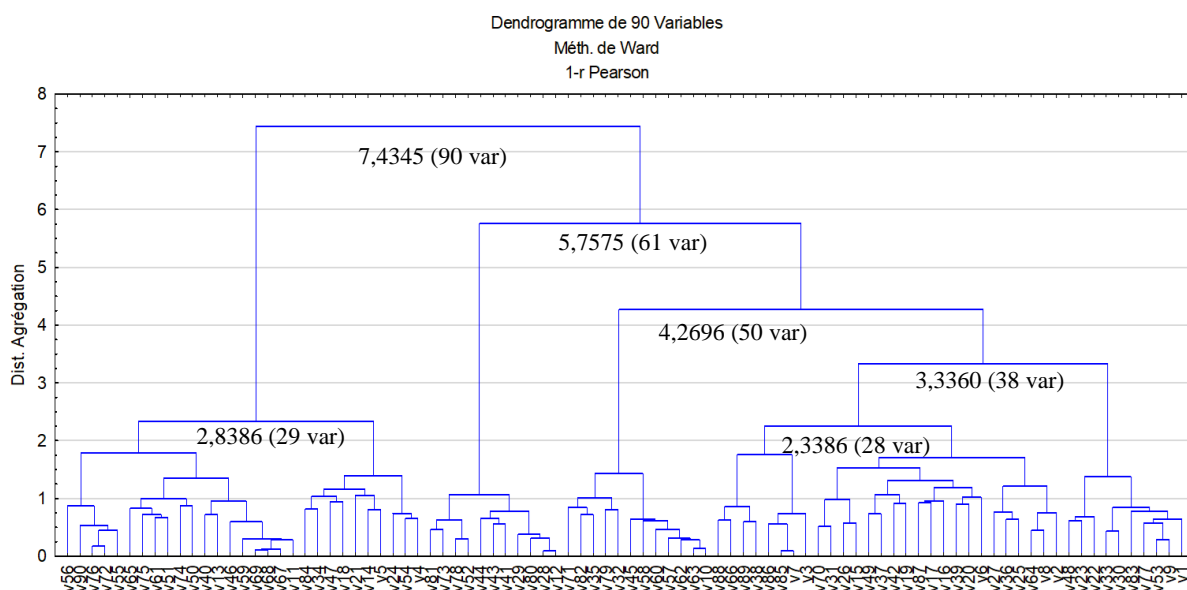
Ce point permet en premier lieu de présenter les résultats par un dendrogramme en fonction des distances d'agrégation trouvées à base de la dissimilarité entre les 90 variables. En

deuxième lieu, l'analyse des différences entre les médecins de sexes, d'appartenances et de grades différents est réalisée.

4.3.1.1. Présentation des résultats de la classification ascendante hiérarchique des distances d'agrégation

L'analyse du sens et de l'intensité de la relation entre les 90 variables¹ mesurées avec la distance de Ward situe des distances comprises entre 0,8971 et 7,4345 (Figure 4.1) (Voir détails annexes). Il existe donc une forte relation entre 65 variables avec une distance d'agrégation comprises entre 0 et 1. Une plus grande dissimilarité avec d'autres variables démontre une faible intensité de relation et donc un impact faible ou indirect entre elles². La figure 4.1 montre le dendrogramme permettant d'apprécier les différentes distances d'agrégation entre les variables ou groupes de variables³. Cependant, seule la dissimilarité entre les variables est étudiée, cela permet l'utilisation du 1-r.

Fig. 4.1. - Dendrogramme et illustration de la dissimilarité entre les variables du modèle1



Le dendrogramme montre que les 90 variables sont réparties en fonction de leur dissimilarité et de l'intensité de la relation en deux groupes. Le premier regroupe 29 variables et le deuxième 61 variables. Le dendrogramme montre donc une intensité plus significative

¹Voir Annexe 5 : Présentation des 90 variables de la classification ascendante hiérarchique du modèle 1.

²Voir Annexe 6 : Dissimilarité et intensité de la relation entre les variables du modèle 1.

³Pour une meilleure lisibilité des variables, voir Annexe 7 : Dendrogramme des distances d'agrégation de la classification ascendante hiérarchique du modèle 1.

entre ces 61 variables. Celles-ci ont une forte dissimilarité de 7,4345 par rapport au groupe primaire du reste des variables. Cette forte distance entre les variables explique l'inexistence d'une relation de causalité significative. Ces variables comprises entre deux groupes ont donc une faible relation d'intensité et de causalité. Leur impact est indirect et est donc influé par d'autres variables non prises en compte dans l'étude.

Le premier groupe représenté à gauche du graphique lie 29 variables pour une dissimilarité maximale de 2,8386. Il est à son tour composé de deux sous-groupes. Les résultats de ce premier groupe sont analysés en globalité en vue de la faible dissimilarité entre les variables. Les résultats de la figure 4.1 (dont les détails sont portés en annexes) nous communiquent 4 principales subdivisions du deuxième groupe. La première montre la dissimilarité entre 11 variables et les 50 restantes. La deuxième montre la forte relation existante entre 38 variables. Cette relation est significativement forte entre 28 variables avec une dissimilarité de 2,3386. Le reste des liaisons entre les variables montre de fortes relations avec une dissimilarité comprises entre 0 et 2. Le modèle compte par ailleurs un maximum de 20 variables avec une dissimilarité minimale. Ce dendrogramme permet ainsi d'identifier les variables interdépendantes ou opposées. Il permet aussi d'identifier les relations insignifiantes qui ont une faible relation d'impact.

4.3.1.2. Classification des variables en fonction du sexe des médecins

Les médecins de sexe masculin ayant un âge compris entre 35 et 44 ans sont fortement affectés par la non-réception des primes. Ces médecins ont de mauvais rapports avec des groupes de médecins influents. Ces mauvais rapports affectent leurs échanges qu'ils ont avec l'équipe dirigeante. Ces médecins perçoivent donc une influence sociale négative. Les rapports sociaux internes agissent négativement sur la reconnaissance de leurs compétences. Cela s'applique aussi pour la compensation aux efforts fournis. Les résultats permettent de voir que la qualité des rapports avec les groupes influents conditionnent la réception de la prime. Cela représente un facteur informel qui engendre une démotivation et un désengagement des médecins.

Cette démotivation affecte à son tour le taux d'absentéisme volontaire des médecins de sexe masculin. Ils considèrent que l'équipe dirigeante ne met pas à leur disposition l'ensemble des bonnes conditions de travail pour leur épanouissement. Ce manque d'écoute est aussi perçu comme une influence sociale négative en vue du manque de collaboration entre les deux parties. Ces médecins sont très sensibles à la qualité de la propreté des chambres/blocs/espaces communs. Ils sont aussi affectés par les imprévus occasionnés dans le cadre de leur travail. Ces

imprévus relèvent d'une coordination non-optimale entre les services. Les bonnes conditions de travail sont donc perçues comme un engagement et un facteur de motivation/d'implication de la part de l'équipe dirigeante. Toutefois, même si ces médecins sont affectés par un manque de reconnaissance et de l'existence de groupes influents, ils estiment être satisfaits des médecins promus et placés. Ces médecins adhèrent donc aux choix de l'équipe dirigeante pour ce qui concerne le recrutement et la promotion des médecins. Les limites perçues sont d'ordre managérial et ne concernent pas les affinités propres entre les médecins et le médecin promu.

Tab. 4.25. – Comparaison de la force des relations pour chaque sexe du modèle 1

<i>Sexe</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Masculin	v5	v14, v40, v84, v23, v80	v53, v70, v25, v30, v6
Féminin	v6	v30, v25, v70, v53, v13	v23, v84, v40, v14, v5

Le tableau 4.25 présentent les médecins hommes qui ne sont pas concernés par les conflits de valeurs. Ce résultat montre que les différences idéologiques, d'éducation, de choix de vie ou d'opinions n'affectent pas la qualité de leur relation avec leurs équipes. Les différences sont respectées et ne sont pas perçues comme un facteur engendrant des conflits. Le respect des différences réduit le poids des influences sociales de l'équipe dirigeante et des groupes influents. Par ailleurs, les différences idéologiques d'ordres organisationnels ne représentent pas un facteur les poussant à intégrer un syndicat externe. Ils pensent que les limites organisationnelles doivent être abordées avec l'équipe dirigeante à travers la recherche du consensus. Les limites organisationnelles ne peuvent être une raison pour un arrêt de travail. La participation aux activités syndicalistes est perçue comme une atteinte à la performance globale et à l'équilibre organisationnelle des CHU.

Les médecins de sexe masculin ont un faible taux de participation aux formations externes nationales. Ils voient que la non-participation à ces formations est une décision personnelle. Ils remettent en question la perception moyenne des médecins quant au refus de l'affichage des opportunités de formation par l'équipe dirigeante. En vue de leur satisfaction concernant les médecins promus, ils souhaitent que l'accès aux formations soit ouvert à tous malgré l'existence d'influences sociales. D'autre part, ces médecins admettent être suffisamment formés en interne et ne ressentent pas le besoin de participer à des formations externes. Les résultats mettent en vue les médecins de sexe masculin qui s'opposent aux médecins du sexe féminin. Leur perception de leur environnement de travail ainsi que de l'équipe dirigeante varie donc en fonction des sexes.

Contrairement aux médecins hommes, les médecins femmes sont concernés par les conflits de valeurs. Les différences idéologiques, culturelles et de choix de vie déterminent la qualité des relations interpersonnelles avec les confrères et avec l'équipe dirigeante. La non-adhésion et le non partage des mêmes valeurs engendrent des conflits et un froid interpersonnel. Les médecins femmes exercent et subissent une forte influence dans le cas de divergences.

L'existence de ces différences affecte la qualité des rapports professionnels entre les médecins et l'équipe dirigeante. Ces résultats affichent les barrières que les médecins hommes mettent entre l'aspect formel et informel contrairement aux femmes. La perception de la performance ainsi que l'accès aux opportunités dépend selon les médecins femmes des différentes affinités et appartenances.

Contrairement aux hommes, les médecins femmes ont un fort taux de participation aux formations externes nationales. Ce taux de participation se concentre sur les médecins de sexe féminin ayant un âge compris entre 25 et 34 ans. Elles s'imaginent aussi que la plus grande raison du non bénéfice des formations est le non affichage des opportunités par l'équipe dirigeante. Le non affichage renvoie à la centralisation des opportunités en fonction des différentes appartenances informelles. Toutefois, les médecins du sexe féminin apprécient d'être satisfaits des résultats des activités syndicalistes externes. Elles perçoivent ces activités comme une opportunité de dénoncer les inégalités internes.

Contrairement au sexe masculin, les femmes ne sont pas satisfaites des choix de recrutement et de promotions des médecins. Elles dénotent un manque de consultation et d'appréciation. La promotion des médecins par des commissions priorise le sexe masculin. Cela s'explique par l'appartenance aux différents groupes influents en premier lieu. En second lieu, l'avancement des carrières des médecins femmes est limité par leurs obligations personnelles (famille à charge). Même si les médecins femmes subissent des influences sociales, elles acceptent le fait de ne pas souffrir de mauvais rapports avec des groupes influents. L'existence d'influences sociales exercées par l'équipe dirigeante ou par des groupes influents ne conditionne pas l'accès aux primes. La valorisation financière n'est donc pas conditionnée en fonction de la qualité des rapports interpersonnels avec l'équipe dirigeante.

Les médecins femmes ne considèrent pas les mauvaises conditions de travail comme un motif d'absence volontaire. La propreté du CHU n'impacte pas leur niveau de motivation et d'engagement. Les raisons d'absence des médecins femmes se focalisent principalement autour des raisons personnelles. Ces résultats décrivent toutefois l'existence de mauvais rapports entre les médecins femmes de la tranche des 25-35 ans et celles des 35-44 ans. Cela montre que les

tranches d'âge ont un fort impact au sein même des médecins appartenant au même sexe. Les résultats exposent aussi la perception réciproque des différences idéologiques entre les médecins de sexe différents. Les médecins femmes ont donc une tendance à favoriser le travail avec des collègues du même sexe. Cela permet un meilleur échange et une meilleure compréhension des valeurs et des idéologies. Ce résultat ne conclut aucunement à la constitution des équipes de travail en fonction du sexe des médecins. Toutefois, les groupes restreints informels se forment en fonction des valeurs partagées.

4.3.1.3. Classification des variables en fonction du grade des médecins

Les points qui suivent permettent d'identifier le niveau de responsabilisation des médecins en fonction de leur catégorisation par grade. Cela a pour finalité d'identifier les différentes influences propres à chaque grade entre l'équipe dirigeante et les médecins.

4.3.1.3.1. Médecins hospitalo-universitaires

La classification est faite sur les grades des professeurs, maîtres de conférences et des maîtres assistants. Ces grades appartiennent au rang des hospitalo-universitaires qui allient enseignement/recherche/activité médicale.

4.3.1.3.1.1. Professeurs

Le tableau 4.26 permet de comparer l'influence de l'équipe dirigeante pour chaque grade. Le but est de déterminer s'il existe une différence entre les grades. Cela permet aussi d'identifier les groupes influents qui exercent une pression explicite ou implicite sur l'équipe dirigeante. Les professeurs dénotent un fort taux d'absentéisme volontaire. Cet absentéisme résulte d'une insatisfaction des conditions de travail. Cette insatisfaction limite l'épanouissement professionnel des professeurs. Ainsi, cela se répercute sur leur rendement et performance hospitalière.

Deux points touchant à la qualité des conditions de santé et de sécurité au travail agissent fortement sur le taux d'absentéisme des professeurs. Le premier est l'insatisfaction des politiques de tri des déchets. Ce résultat met en évidence l'importance de l'engagement sociétal des professeurs vis-à-vis de l'amélioration continue des processus internes des CHU. Les professeurs se sentent impliqués dans les activités environnementales, ils assurent être des acteurs déterminants. Le deuxième point est l'insatisfaction de l'entretien des espaces communs et des infrastructures. Toutefois, les professeurs ne prennent pas en compte les procédures

administratives imposées pour l'équipe dirigeante. Ils dissocient entre la formulation de leur demande dans des délais imposés et la disponibilité des ressources financières nécessaires au financement de leurs demandes. Ces professeurs sont dominés par une personnalité jaune. Ils sont amicaux et créatifs.

La non-disponibilité immédiate des ressources demandées freinent leur besoin de recherche, de créativité et d'innovation. Cela est aussi perçu comme un manque d'estime et d'écoute. Or, la non-disponibilité des ressources dépend aussi bien des budgets répartis que des tâches prioritaires¹. Ces professeurs appartenant à la tranche d'âge des 45-55 ans sont tournés vers le contact. L'existence des bons rapports sociaux formels et informels représente un élément déterminant des résultats du travail d'équipe des médecins grade professeur. Ces derniers représentent un groupe influent qui est respecté, écouté et consulté dans les CHU. Ces professeurs sont perçus comme des symboles de réussites en vue de leur expérience.

Tab. 4.26. - Comparaison de la force des relations pour chaque grade du modèle 1

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Professeur	v7	v85, v86, v3, v15, v26	v90, v76, v72, v51, v54
Maitre de conférences	v8	v64, v2, v26, v70, v25	v68, v69, v72, v76, v54
Maitre-assistant	v9	v53, v30, v31, v33, v1	v69, v36, v76, v72, v90
Spécialiste	v10	v63, v62, v57, v60, v45	V25, v26, v11, v70, v24
Résident	v11	v67, v68, v69, v59, v46	v53, v45, v43, v31, v41
Généraliste	v12	v28, v80, v29, v52, v78	V59, v23, v22, v48, v51

Leurs directives influent sur les orientations stratégiques de l'équipe dirigeante. La non satisfaction des professeurs est perçue comme un manque de valorisation de leurs compétences, leur savoir-faire et être. Par ailleurs, en vue d'une optimisation de leurs compétences, les professeurs sont très orientés vers les formations internationales. Les échanges internationaux leur confèrent un respect basé sur le transfert des connaissances. Toutefois, leur grade et niveau de compétence engendre une influence de l'équipe dirigeante exercée sur les autres grades des médecins. La qualité du transfert du savoir et du choix de l'attribution des opportunités dépendent des affinités interpersonnelles. La bonne entente avec ces professeurs déterminent la vitesse d'avancement dans la carrière. L'appartenance aux groupes restreints augmente alors le niveau d'influence.

¹ En fonction du besoin des services et des retombés financiers et d'amélioration des taux de réussites cliniques des CHU.

Le non investissement de l'équipe dirigeante dans l'achat du matériel de pointe n'a pas d'influence importante sur le niveau d'absentéisme des professeurs. Toutefois, il agit sur leur niveau de motivation, de compétitivité et de performance. Les professeurs jugent que l'accumulation des absences pour motif personnel remet en doute leur crédibilité. Ayant pour objectif de transférer leur savoir-faire et être, leur absence peut entraîner des accidents de travail. Ces accidents sont dus aux mauvais diagnostics ou mauvaises interprétations des cas. A ce stade d'avancement dans la carrière, les professeurs évitent de participer aux activités syndicalistes. Ils minimisent par ailleurs l'impact des arrêts de travail pour cause de grèves en vue de maintenir un bon taux de performance.

Les professeurs développent un fort sentiment d'influence et représentent un groupe influent dans les CHU. Leurs décisions et choix d'orientation représentent des valeurs et repères internes. Les affinités et les coalitions internes permettent aux professeurs de s'engager dans des démarches de croissance pour les CHU. Par ailleurs, ils évitent de causer ou de subir des conflits de données (tableau 4.26). Les interprétations différentes ainsi que les divergences des avis médicales/prises de décisions sont respectées. Ces divergences ne constituent pas un élément de conflits. Cela va de même pour les conflits d'intérêts. L'opposition d'intérêts des groupes influents, de l'équipe dirigeante, des intérêts personnels, des intérêts perçus et intentionnels (non perçus) est respecté.

L'échange des différents avis est considéré comme constructif et réduisant le risque pour les passions. Toutefois, dans le cadre informel de la distribution des questionnaires, les professeurs affirment le contraire des résultats trouvés. Ils dénotent bien l'importance des influences exercées par chaque groupe influent. Ils dénotent aussi l'existence de coalitions internes en fonction des affinités et rapports interpersonnels. Il est donc à noter que les professeurs souhaitent véhiculer une image professionnelle d'entente et d'échanges constructives.

4.3.1.3.1.2. Maitres de conférences

Les maitres de conférences ont un fort taux d'appartenance aux syndicats externes. Ils forment un groupe influent afin d'augmenter leur incidence dans la prise de décision. Cette influence est exercée au niveau externe en vue de réduire leur insatisfaction face aux politiques du ministère de la santé. Leur revendication ne s'oriente donc pas autour de l'insatisfaction des pratiques managériales de l'équipe dirigeante dans leurs CHU. Les maitres de conférences sont dominés par la personnalité bleue. Ils sont analytiques et réservés. Ils restent objectifs, professionnels et rationnels. Tournés vers les faits, ils minimisent le niveau de prise de risques

(tableau 4.26). Par ailleurs, ils suivent des approches méthodiques bien précises et critiquent toute initiative perçue comme risquée.

Les maitres de conférences distinguent donc entre le volet formel et informel. Leurs affinités professionnelles se bâtissent en fonction des compétences et qualité professionnelle des médecins. L'aspect informel et la qualité des rapports sociaux ne doivent interférer ou remettre en doute la performance de l'équipe. Tout comme les professeurs, les maitres de conférences ont un fort taux de participation aux formations nationales et internationales. Leur finalité est d'avancer les procédés médicaux à travers la formation de leurs équipes de travail. Ils s'épanouissent dans un environnement compétitif et innovant. Leur degré de tolérance des erreurs médicales ou d'un environnement à risque est faible. Par ailleurs, dans la finalité de valoriser leurs compétences, ils ont un fort taux de mobilités interservices. Leur but est de valoriser l'avancement de leur carrière que ce soit sur le plan de la recherche que sur le plan des postes de responsabilités.

Même si les maitres de conférences appartiennent aux syndicats externes, ils minimisent les conséquences des grèves sur l'efficacité des services. Leur charge de travail et planning des programmations ne sont pas modifiés par un mouvement de grève. Ils adoptent les politiques décisionnelles mises en place par l'équipe dirigeante. Les groupes influents ne constituent pas un frein dans la performance de leurs services (tableau 4.26). Ils pensent ainsi ne subir aucun retentissement concernant leur activité médicale. Leur orientation vers la personnalité bleue renforce leur valeur d'engagement et de conscience professionnelle. Les absences à motif personnel sont donc mal perçues. Les maitres de conférences voient que la compétence d'un médecin passe avant tout par sa capacité à s'adapter. La gestion des imprévus représente alors une qualité en vue de bien former et de gérer son équipe de travail. Par ailleurs, pour une meilleure performance, ils insistent sur l'importance à l'adhésion des intérêts communs de toutes les parties. L'existence de conflits d'intérêts est perçue comme un comportement opportuniste et individuel par le médecin qui le génère.

4.3.1.3.1.3. Maitres assistants

Les maitres assistants représentent un groupe qui engendre et/ou subit des conflits de valeurs. Les différences idéologiques et de choix de vie déterminent le bon rapport interpersonnel avec le reste de l'équipe. Les différences d'opinion et les différences culturelles/religieuses influent fortement sur la qualité des collaborations internes. Ils ne dissocient pas entre l'aspect formel et informel. Ils sont fortement attachés aux médecins partageant des valeurs similaires (tableau 4.26). La qualité des échanges avec l'équipe

dirigeante dépend alors aussi bien des valeurs organisationnelles que personnelles de ses membres. Ils justifient par ailleurs des blocages internes quant à l'accès aux opportunités de formations à cause des conflits de valeurs.

Une influence sociale est perçue par les maitres assistants. Cette influence est due à l'existence de groupes restreints qui centralisent l'accès aux opportunités de développement. Un retard d'affichage et un non affichage des opportunités de formation continue sont perçues comme des pressions de la part de l'équipe dirigeante. L'importance accordée à la similarité des valeurs partagées entraîne une réaction de répulsion envers certains membres ou groupes de médecins. Le choix ou non de participer à la formation dépend alors des affinités créées avec l'organisateur, les membres ou le formateur. Le comportement dominé par les maitres assistants renvoie aussi à leur personnalité dominante : le rouge. Ils sont donc exigeants et directs. Ces médecins ont un fort esprit de compétition et d'affirmation de soi. Ils ne tolèrent pas les lentes procédures administratives. Ils s'épanouissent dans des postes de responsabilité.

Avec leur forte personnalité, ils sont à l'origine d'influence sociale exercée sur le reste de leur équipe. Ils s'opposent par ailleurs aux décisions stratégiques adoptées par l'équipe dirigeante dans le cas d'une non consultation de leur avis. Cela est dû au refus de se soumettre aux voies hiérarchiques, qui selon eux, représentent un frein à l'atteinte des objectifs. Etant très compétitifs, le niveau de la performance individuelle et celle du groupe est maintenue malgré les fluctuations de l'environnement de travail. L'existence de grève n'agit aucunement sur leur rendement qui reste constant. Toutefois, leur forte personnalité engendre de mauvais rapports avec l'équipe dirigeante. Une influence sociale de la part de l'équipe dirigeante sur eux est par ailleurs constatée.

Ces mauvais rapports engendrent la non-réception des primes salariales. Cette non-réception n'est donc pas attribuée en fonction de la performance des médecins. Elle l'est plutôt en fonction de la qualité des échanges interpersonnels. Même avec l'existence d'influences sociales exercées par l'équipe dirigeante, les maitres-assistants n'ont pas recours à l'absentéisme volontaire. L'absentéisme pour motif personnel est perçu comme un manque de crédibilité. Cela va de même pour l'incapacité à gérer d'une manière optimale ses résultats malgré les imprévus de l'environnement de travail. Le dernier résultat montre que malgré l'existence d'influence sociale, les maitres-assistants n'envisagent pas de quitter leur poste. La démission n'est donc pas une idée partagée par eux. De nature compétitive, ils se sentent bien au contraire engagés dans l'amélioration continue des CHU.

4.3.1.3.2. Autres grades des médecins

Ce point analyse par classification hiérarchique ascendante les grades des spécialistes, résidents et généralistes.

4.3.1.3.2.1. Spécialistes

Les médecins de grade spécialiste participent au fort taux d'appartenance aux syndicats internes. Cette appartenance est due à un besoin de constituer un groupe influent contre les éventuelles pressions de l'équipe dirigeante. Par ailleurs, ils ont un fort taux de conflits générés avec l'équipe dirigeante. Ces conflits générés en intergroupe concernent aussi bien leurs rapports avec les chefs de service qu'avec la direction des CHU.

Ils déclarent être en désaccord avec les décisions managériales appliquées par l'ensemble de la voie hiérarchique. Ces médecins déclarent que les mauvais rapports existants avec l'équipe dirigeante représentent un facteur impactant les conflits générés avec le reste des corps hospitaliers. Par ailleurs, les stratégies managériales appliquées par l'équipe dirigeante ne permettent pas une coopération efficace entre les services. Cela engendre des conflits et un manque de transparence entre les services. De ce fait, la mauvaise communication horizontale entre les services agit négativement sur la qualité du suivi des patients. Toutefois, ces conflits avec l'équipe dirigeante n'affecte pas la qualité de leur échange avec le corps des paramédicaux.

Les résultats indiquent que les spécialistes perçoivent une influence sociale de la part de l'équipe dirigeante. Cette influence concerne l'accès aux formations internes/externes nationales et internationales. Ces opportunités sont attribuées principalement aux hospitalo-universitaires. Les spécialistes n'approuvent pas les politiques des plannings et d'attributions des formations continues. Cet aspect représente une source de désengagement de leur part vis-à-vis de l'adhésion aux politiques managériales établies. Même avec l'existence de pressions implicites ou explicites, les spécialistes restent stables. Les résultats mettent en évidence un manque d'intérêts aux mutations et mobilités interservices. Ils se considèrent appartenir à leur service et y attachent une appartenance professionnelle et affective.

Toutefois, les résultats montrent que les spécialistes ont peu d'affinités avec les résidents. Ce point est en relation avec les politiques de transfert du savoir de l'équipe dirigeante. Les spécialistes jugent que la formation et le suivi des résidents limitent leur efficacité. Cela est en lien avec la surcharge des activités médicales en premier lieu. En deuxième lieu, cela est en lien avec le nombre de résidents attribués sous la responsabilité de

chaque spécialiste. Le nombre des résidents s'ajoute aussi aux médecins internes et externes en stage aux CHU.

4.3.1.3.2.2. Résidents

Les résidents pensent subir de fortes influences sociales exercées par l'équipe dirigeante et par les groupes influents. L'équipe dirigeante n'est donc pas perçue comme un acteur facilitateur qui limite l'effet des groupes influents sur les résidents. Par conséquent, les résidents revendiquent leur droit à travers des mouvements de grèves. Ils enregistrent un fort taux de participation aux grèves. Cette participation a pour fin de créer des conséquences sur la performance hospitalière. Les grèves conduites par les résidents perturbent l'activité médicale. Elles se suivent aussi par des arrêts de travail conséquents. Ces arrêts font valoir leur rôle stratégique au sein des CHU. Ces grèves renforcent les comportements contestataires de ces résidents.

Ce comportement renvoie à la création d'un groupe influent de résidents afin d'être mieux valorisés et soutenus dans les CHU. Ces mouvements grévistes ont avant tout comme objectif la réduction des sources d'influences sociales. Ces influences agissent fortement sur leur charge de travail (activité médicale, activité de recherche, activité d'enseignement, activité organisationnelle etc.). Leur statut de médecins-étudiants leur confère une moyenne d'autorité dans les CHU. Cet aspect explique la génération de conflits internes intergroupes avec les autres corps hospitaliers. Ces conflits sont engendrés par des influences exercées par le corps administratif et technique. En effet, les demandes formulées par les résidents ne sont pas prioritaires comme celles des titulaires. Ces demandes concernent divers volets comme l'accès aux analyses, aux matériels de pointes, aux médicaments rares, etc. Les résultats du tableau 4.26 affichent toutefois que les résidents évitent les conflits de valeurs.

Le manque d'acceptation des différences idéologiques et d'opinions est perçu comme un manque de professionnalisme. La liberté des choix de vie et des orientations des valeurs est perçue comme une richesse interne relevant des respects de soi et des autres. Les conflits opposant les résidents et les autres corps relèvent des limites de la liberté d'action freinée par les influences sociales internes. Ces influences représentent alors des freins bureaucratiques internes.

Les résultats montrent aussi une mauvaise qualité de coopération avec le corps des paramédicaux. Ces tensions sont engendrées par une pression mutuelle exercée par les deux parties. Toutefois, une faible coopération est aussi constatée entre les résidents. En effet, la

qualité de coopération entre ce même grade est régulée en fonction des affinités propres des formateurs. Cela est aussi impacté par l'esprit de compétition afin d'acquérir un maximum d'opportunités. Ces limites de coopération sont imputées aux pratiques managériales de l'équipe dirigeante. Les résidents souhaitent que les chefs de service doivent jouer un rôle primordial dans le poids des influences sociales propres à chaque service.

Les résidents veulent bien percevoir cette limite avec les supérieurs hiérarchiques et non avec la direction des CHU. Cette influence sociale n'est donc pas propre aux politiques propres des CHU. Elle varie en fonction du leadership appliqué dans chaque service. Cette influence impacte aussi l'accès aux formations. L'affichage des opportunités de formations relève des orientations des chefs de services. De ce fait, les résidents ont un accès différents en fonction de leur appartenance hiérarchique. L'accès diffère aussi en fonction des besoins propres aux services et des relations entretenus avec le tuteur.

4.3.1.3.2.3. Généralistes

Les médecins généralistes sont persuadés qu'ils n'accèdent pas facilement aux formations internes pour cause d'existence de barrières internes. Ces barrières internes représentent des influences sociales exercées à leur encontre. Celles-ci sont par ailleurs constatées dans l'attribution non homogène des formations. L'accès aux formations continues ne dépend donc pas prioritairement des besoins des services. Il dépend avant tout de la qualité des relations tant formelles qu'informelles avec l'équipe dirigeante. Les barrières internes représentent aussi une insatisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail. Cette insatisfaction vise principalement les conditions d'hygiène dans les CHU. Elle touche aussi la qualité d'air, de climatisation et de chauffage. L'existence de conditions SST non optimales renvoie à la perception d'une équipe dirigeante peu engagée dans la satisfaction de ses parties prenantes. La qualité des rapports interpersonnels entre les deux parties y est donc affectée.

Ces barrières organisationnelles comme relationnelles engendrent donc une insatisfaction. Celle-ci se traduit par une augmentation d'absentéisme des généralistes. Cet absentéisme est favorisé par l'existence de conflits relationnels internes. En effet, les généralistes ont une forte sensibilité au manque de respect, à la mauvaise communication et à une faible perception. Ces résultats montrent que l'existence d'influences sociales a un fort impact sur la motivation des généralistes. Les médecins ont donc des niveaux différents de sensibilisation par rapports aux pressions sociales internes. La qualité des rapports interpersonnels avec l'équipe dirigeante constitue donc un élément central d'engagement des généralistes.

Contrairement aux résidents, les généralistes considèrent qu'ils ont de bons rapports avec les autres corps hospitaliers. La création de conflits intergroupes avec les équipes des corps administratifs, techniques et des soutiens détériore la qualité de la coopération interservices. Les conflits relationnels ne visent que leurs rapports avec l'équipe dirigeante. Par ailleurs, ils témoignent leur insatisfaction quant aux choix des médecins promus à des postes de responsabilités. Les généralistes ont donc besoin d'exercer dans un environnement valorisant de bonnes relations interpersonnelles. La personnalité tant professionnelle que personnelle des membres de l'équipe dirigeante est prise en compte dans leur niveau de satisfaction. Ils associent le poids de l'influence sociale non seulement au leadership appliqué mais aussi aux valeurs personnelles. Leur insatisfaction concerne aussi le choix des médecins recrutés. En effet, la qualité de communication au sein même de l'équipe de travail représente une composante primordiale. Le choix de l'équipe dirigeante des futurs membres de l'équipe de travail agit fortement sur le climat interactionnel.

Les généralistes perçoivent une faible qualité de communication intergroupe. Les rapports existants avec l'équipe dirigeante limitent les facilitations organisationnelles. Ils avouent que l'équipe dirigeante n'est pas composée d'acteurs facilitants. Le manque de la prise en compte des points de vue et des méthodes de travail engendre un désengagement. Ils développent une vision d'exécution et de subordination. Ces points renvoient au manque de soutien des idées et au manque de la liberté d'exécution. Le manque d'interaction installe un leadership rigide. Il renforce ainsi la centralisation des manœuvres décisionnelles et par conséquent une pression centralisée dirigée vers le haut.

Cette centralisation explique la fréquence des conflits de données entre les deux parties. La divergence d'avis médical et de prise de décision génère des conflits interpersonnels. L'existence d'interprétations différentes est soumise à une influence sociale. Le consensus doit donc être soumis au cadre de référence exigée par l'équipe dirigeante. Cette influence sociale est aussi accentuée par une asymétrie informationnelle. L'accès aux informations devient sélectif. Cela engendre à son tour une démotivation et une détérioration des rapports entre les généralistes et l'équipe dirigeante.

4.3.2. Classification en fonction de la génération et de la personnalité

La classification ascendante hiérarchique des variables est faite ici en fonction des différences générationnelles et de personnalité.

4.3.2.1. Classification des variables en fonction des différences générationnelles

La classification est réalisée sur les médecins juniors et les médecins séniors. Cette classification permet d'identifier le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur chaque génération de médecins.

4.3.2.1.1. Médecins juniors

L'analyse des classifications des médecins juniors permet de synthétiser comme suit. En premier lieu, elle s'oriente vers les médecins appartenant à la génération Y. Puis elle s'oriente vers les médecins appartenant à la tranche d'âge comprise entre 37 et 44 ans.

4.3.2.1.1.1. Médecins de la génération Y

Le tableau 4.27 permet d'apprécier le poids de l'influence sociale pour 4 tranches d'âge. Ce tableau démontre que les médecins whyers sont dominés par les résidents. Ces médecins ont une forte sensibilité au bien-être au travail. L'épanouissement dans les CHU représente une composante centrale dans leur niveau de motivation. L'existence d'imprévus ou d'un environnement de travail hostile renvoie à un accroissement de l'absentéisme. Les absences répétitives ont pour finalité d'affirmer leur rôle stratégique dans l'atteinte du niveau de la performance hospitalière. L'arrêt de travail est donc un moyen d'influence sociale exercée sur l'équipe dirigeante. Il représente une pression qui est accentuée par des mouvements de grèves¹.

Tab. 4.27. - Comparaison de la force des relations pour chaque tranche d'âge du modèle1

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
25-36	v13	v11, v76, v68, v67, v72	v48, v9, v26, v15, v14
37-44	v14	v76, v72, v69, v54, v67	v7, v25, v16, v13, v15
45-55	v15	v26, v85, v7, v64, v86	v67, v72, v69, v76, v14
56 et +	v16	v64, v45, v86, v41, v7	v13, v15, v67, v11, v14

Les médecins whyers accordent une importance centrale à leur vie privée. L'existence d'un leadership transversal engendre une flexibilité interne. Celle-ci renforce le sens de l'initiative et une liberté d'action de l'organisation de travail. Les médecins de la génération s'y

¹ Levain, M., Tissier, J., *La génération Y par elle-même : quand les 18-30 ans réinventent la vie*, Ed. François Bourin, Paris, 2012, pp. 45-66.

focalisent bien plus sur l'efficacité que sur l'efficacit  ¹. Les systèmes de pointage et de contrôle sont perçus comme une pression de l'administration. Ils renvoient aux rapports régissant la relation entre l'adulte et l'enfant adapté en se référant aux orientations de la méthode de l'analyse transactionnelle. Cela engendre donc le renforcement de la personnalité de l'enfant nature. Les médecins whyers détiennent un fort besoin d'indépendance, ce besoin est proportionnel à leur reconnaissance puis à leur engagement interne².

L'épanouissement des médecins whyers est proportionnel à l'existence d'acteurs facilitants. Une équipe dirigeante appliquant un leadership transversal renforce une consultation égalitaire. Les procédures limitent donc l'intégration de l'ensemble des points de vue et des nouvelles propositions de méthodes de travail. Cette influence sociale est principalement générée par les rapports existant avec les médecins de grade des maitres-assistants. Cela renvoie à la relation existante entre les formateurs et les formés. La qualité des rapports entre ces deux parties détermine l'accès sélectif aux formations externes internationales. L'appartenance aux groupes influents détermine ainsi le degré d'accessibilité aux opportunités de renforcement des compétences médicales ou transversales. L'influence sociale est exercée par les médecins ayant des âges compris entre 35-44 ans et 45-55 ans.

4.3.2.1.1.2. Médecins des 37 à 44 ans

Tout comme les médecins whyers, les médecins ayant un âge compris entre 37 et 44 ans ont une forte sensibilité au bien-être au travail. Ces deux profils de médecins ont une plus forte tendance d'être affectés par le burnout (tableau 4.27). L'existence d'un stress élevé dans les CHU représente une pression interne. Cette pression affecte à son tour non seulement la qualité du climat social mais aussi le climat organisationnel. La démotivation est aussi considérée comme un facteur d'absentéisme. Le bien-être au travail est donc synonyme d'engagement et d'implication. L'existence des conditions optimales de travail réduisent les sources de conflits. Elle permet aussi la réduction des risques organisationnels. En effet, la définition et la délimitation de l'impact du risque réduit les zones d'incertitudes. Cela permet entre autre de réduire les imprévus dans les CHU. Cette réduction renforce la stabilité interne ainsi que l'application de procédures consensuelles.

Tout comme les médecins whyers, le bien-être au travail représente une composante agissant sur leur vie personnelle. Les interactions internes représentent un système social qui

¹ Ollivier, D., Tanguy, C., *Génération Y : mode d'emploi : intégrez les jeunes dans l'entreprise!*, Ed. De Boeck, 2  me   d., Paris, 2011, pp. 23-28.

² Huguet, M.-J., *Op-cit*, pp.04-09.

régit des rapports formels et informels. Les médecins juniors montrent un fort besoin d'appartenance. Ils perçoivent les CHU comme une famille avec des valeurs et des affinités. L'épanouissement professionnel engendre ainsi un épanouissement personnel. L'interdépendance entre la vie privée et la vie professionnelle régule la perception de l'influence sociale. Les médecins juniors construisent alors un cercle d'amis dans les CHU.

La hiérarchie informelle a donc un fort impact sur leur efficacité. Leur appartenance aux groupes influents dépend ainsi de la qualité des rapports interactionnels. Ces médecins ont une tendance à appartenir à des groupes paternalistes. Ces groupes offrent la possibilité de protéger, de soutenir et de maintenir un confort de vie dans les CHU. L'insatisfaction des besoins de soutien engendre des comportements individualistes. Ces comportements ont pour objectif d'agir sur la performance hospitalière afin de réguler le poids des influences sociales qui régissent le climat interactionnel.

Les médecins ayant entre 37 et 44 ans ont un fort taux de conflits d'intérêts avec l'équipe dirigeante. L'opposition des intérêts individuels et des intérêts communs renforcent les divergences. Le manque de la prise en compte des besoins formels et informels de ces médecins agit sur la performance de groupe. De ce fait, la qualité du climat interactionnel dépend du niveau d'intégration de ces médecins comme partie prenante par l'équipe dirigeante. L'imposition d'intérêts communs surplombant les intérêts personnels engendre une perception d'une forte influence sociale. Elle développe un stress interne dû à la pression formelle exercée à leur rencontre.

Toutefois, les intentions personnelles des membres de l'équipe dirigeante sont prises en compte. Ces médecins voient ainsi que les besoins individuels de l'équipe dirigeante prennent le dessus sur les intérêts communs assignés. Les valeurs et les principes de l'équipe dirigeante permettent ainsi de réguler l'ampleur des conflits d'intérêts entre les deux parties. Par ailleurs, dans le cas d'une forte divergence des intérêts réels et perçus, un accroissement à la participation aux grèves est constaté.

Les médecins ayant entre 37 et 44 ans ont des rapports interactionnels limités avec les médecins de grade professeurs. Cette limite est due à la divergence des priorités et orientations décisionnelles. Les professeurs exercent une influence sociale ; ils représentent un groupe influent qui agit aussi sur les orientations managériales de l'équipe dirigeante. Leur influence s'exerce dans l'accès aux opportunités de renforcement des compétences. L'accessibilité aux formations se heurte à une pression implicite de soumission et d'acceptabilité des orientations décisionnelles. L'accès à ces formations est donc régi en fonction de l'appartenance et des

affinités avec des groupes internes influents composés principalement de professeurs. Ce groupe de médecins se distinguent par les résultats du tableau 4.27 comme un sous-groupe indépendant et dominant. Ils représentent alors des caractéristiques propres même si les résultats confirment l'existence du groupe des médecins juniors. Le poids de l'influence sociale est perçu et y est soumis différemment comparativement aux autres groupes.

4.3.2.1.2. Médecins séniors

Le point qui suit permet d'analyser le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins séniors. Ce groupe est composé de médecins ayant un âge de 45 ans et plus.

4.3.2.1.2.1. Médecins des 45-55 ans

Les médecins séniors ayant un âge entre 45 et 55 ans s'intéressent fortement aux participations des formations internationales. Ces formations se composent de stages de courte durée ainsi que de participations à des conférences/rencontres scientifiques. Ce groupe se compose majoritairement de médecins professeurs. Ces médecins sont sensibles à l'optimisation des conditions de travail dans les CHU. La perception du manque d'investissement de l'équipe dirigeante dans le matériel médical est considérée comme un motif de démotivation. Cela va de même pour la perception du manque d'investissement dans le matériel de pointe. Par ailleurs, la non-disponibilité des ressources demandées dans les délais exigés renforce le niveau d'absentéisme de ces médecins. Toutefois, leur sensibilisation à l'absentéisme reste non significative comparativement aux groupes analysés précédemment.

Ce groupe de médecins exerce une influence sociale accrue sur l'équipe dirigeante¹ et sur les équipes de travail dans leurs services respectifs. Cette influence est renforcée par leur statut et leurs années d'expérience dans les CHU. Leur appartenance aux groupes syndicalistes renvoie à leur engagement à long terme dans le développement des CHU. Leur implication sur le plan médical ainsi qu'organisationnel dans l'amélioration continue des processus internes renforce leur pouvoir d'influence. Celui-ci renvoie à l'image du leader ou d'icône interne à idéaliser et à respecter. Leur expérience renforce le respect et le transfert du savoir.

La forte décentralisation de prise décisionnelle réduit le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante. Les résultats montrent aussi qu'il n'existe pas une perception de pression administrative. Les rapports régissant les deux parties renvoient donc à des compromis afin d'optimiser les intérêts communs des services. Ces médecins ont par ailleurs un rôle actif dans

¹ Sachant que l'équipe dirigeante est composée majoritairement de médecins de grade professeur.

la régulation des budgets. Ils permettent ainsi d'optimiser la performance hospitalière à travers une distribution efficiente. Cela permet de trouver un équilibre entre le renforcement des processus internes, des avancées scientifiques et médicales, de l'amélioration des services de soins, et du développement des compétences des médecins.

L'influence exercée par ce groupe de médecins permet de réduire les comportements individualistes. Ils permettent de réguler les taux de participation aux grèves en premier lieu. (Tableau 4.27) Leur influence permet en second lieu de sensibiliser les médecins à leur responsabilité active dans les CHU. Ils permettent ainsi de développer des valeurs de partage et de priorisation des intérêts communs. Leur but est de renforcer un engagement actif à moyen et à long terme. Ce groupe de médecins représente un groupe facilitateur qui permet d'adapter les pratiques managériales. Il collabore avec l'équipe dirigeante en vue de réduire les risques organisationnels impactant sur l'activité médicale. Les sources nuisibles ayant un impact sur la performance hospitalière sont donc définies et ciblées conjointement avec l'équipe dirigeante. Le but est de réduire l'instabilité de l'environnement interne en premier lieu. En second lieu, cela permet d'inculquer une flexibilité procédurale préparant les médecins à être efficaces dans des environnements hostiles. Ces médecins permettent ainsi d'intégrer de nouvelles pratiques de travail à travers une adaptation progressive. Cela permet entre-autre de responsabiliser l'ensemble des médecins au management des risques et des crises.

Les résultats montrent aussi que ce groupe de médecins ont une perception neutre vis-à-vis des autres groupes et sous-groupes de médecins. Cette neutralité est aussi notée avec leur relation avec l'équipe dirigeante. L'aspect informel ne représente pas un élément impactant le climat interactionnel. Par ailleurs, l'influence sociale n'est pas perçue comme une pression, elle est plutôt définie comme un ensemble d'interactions internes ayant pour ligne de mire la valorisation des objectifs assignés des CHU à travers la régulation du système social qui le compose. Toutefois, malgré la prédominance des rapports formels, les résultats montrent une limite avec les médecins ayant un âge compris entre 35 et 44 ans. Cela montre le choc générationnel existant entre les médecins juniors et les médecins séniors. La divergence des pratiques et des valeurs engendre des limites de communication. Cela aboutit à une incompréhension mutuelle qui engendre alors des influences sociales implicites.

4.3.2.1.2.2. Médecins des 56 ans et plus

Ce dernier groupe a des similarités avec les médecins ayant 45 à 55 ans. Cela démontre que les médecins séniors se distinguent comme un groupe réagissant et percevant différemment l'influence sociale. Ces médecins se penchent fortement à une forte appartenance aux groupes

syndicalistes externes. Cette appartenance renvoie à une forte dépendance sociale exercée sur le ministère de la santé en vue de faire valoir leurs droits et de valoriser le développement des CHU. Ce groupe de médecins valorise la qualité de la collaboration avec le corps des paramédicaux. Il joue donc un rôle important dans la sensibilisation de la réduction des pressions exercées à l'encontre des paramédicaux.

Ces médecins associent l'amélioration continue de la performance des services hospitaliers à la qualité de la transparence interactionnelle entre ces deux parties. Ils sensibilisent les autres groupes de médecins pour créer un climat de confiance, de respect et d'équité avec les paramédicaux. Le renforcement de cette valeur permet de réduire les sources de tensions et de pressions. Elle réduit la création de conflit tout en optimisant le travail d'équipe. Ce groupe de médecins collabore fortement avec l'équipe dirigeante ; ils souhaitent influencer positivement les chefs de service à la modernisation de leurs secteurs. Ces médecins permettent ainsi de favoriser l'innovation ainsi que l'investissement dans la recherche médicale.

Par ailleurs, l'investissement dans le matériel de pointe représente une priorité. L'influence sociale reste formelle et d'ordre organisationnelle. Elle permet de chercher des équilibres dans l'amélioration continue des processus internes. Cette influence permet aussi de réduire le poids du système social informel. L'importance accordée à la qualité de communication avec les chefs de service renforce l'esprit d'équipe. Ces médecins distinguent entre les rapports avec la direction et avec les chefs de service. Ils formalisent une relation procédurale avec la direction. Toutefois, ils s'investissent dans une collaboration active dans le management des services avec les chefs de service. Cette collaboration est perçue comme une variable déterminante du bien-être au travail. Cette contribution valorise leur besoin de paternalisme et de soutien des équipes de travail.

Les résultats du tableau 4.27 font apparaître une distinction entre les professeurs appartenant aux deux sous-groupes du groupe des médecins séniors. Ils adoptent un comportement plus souple et flexible vis-à-vis des autres groupes et corps. Ce groupe se focalise principalement sur le transfert du savoir-être que sur le savoir-faire. Ils ont un rôle stratégique dans la transmission des valeurs médicales et sociales en exerçant ainsi une influence intégratrice valorisant l'harmonie interne comme condition d'amélioration continue.

Toutefois, ce groupe de médecins ont une faible affinité avec les médecins juniors. Ces divergences s'appliquent aussi au reste des groupes générationnels en vue de l'importance accordée à l'élimination de toute forme d'influence sociale interne. Par ailleurs, ils incitent au dialogue et à l'échange. La participation aux grèves représente alors un comportement

individualiste ayant un impact néfaste sur l'environnement global. Cela renvoie à une influence par la sensibilisation des médecins à la citoyenneté active.

4.3.2.2. Classification des variables en fonction des personnalités des médecins

L'analyse de la classification en fonction des personnalités des médecins se réfère à la théorie psychologique des couleurs. Le but est de montrer l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante en fonction de chaque personnalité. Cela permet d'identifier la perception du poids de l'influence ainsi que l'importance accordée aux rapports informels.

4.3.2.2.1. Personnalité rouge

Le tableau 4.27 permet d'analyser l'issue de l'influence sociale de l'équipe dirigeante pour chacune des 4 personnalités présentées dans le tableau. Les médecins ayant une dominance de la personnalité rouge possèdent un fort taux de conflits de valeurs. Les différences en termes d'idéologies, d'opinions et de choix de vie avec l'équipe dirigeante engendrent des conflits interpersonnels. Les médecins de la personnalité rouge sont exigeants et directs. Ils optimisent la performance à travers la confrontation. L'harmonie et le bien-être au travail représentent des éléments secondaires. Ils sont motivés dans un environnement compétitif. Par ailleurs, le stress représente un élément renforçant leur esprit de compétition et de concurrence.

Tab. 4.28. - Comparaison de la force des relations pour chaque personnalité du modèle1

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Rouge	v1	v53, v9, v30, v83, v77	v46, v72, v11, v25, v4
Bleu	v2	v8, v64, v71, v47, v74	v9, v54, v3, v4, v31
Jaune	v3	v7, v85, v86, v48, v15	v12, v1, v29, v54, v4
Vert	v4	v55, v76, v12, v72, v29	v86, v53, v1, v48, v3

Ce groupe de médecins montre un fort besoin à s'imposer. Ils recherchent les défis et aiment la prise de risques. La confrontation avec l'équipe dirigeante s'explique par leur besoin d'affirmation et d'indépendance. La divergence des valeurs et des idéologies les poussent à la remise en doute de leur compétence et de leur crédibilité. La divergence des opinions est donc perçue comme une pression administrative. L'échange des leurs idées avec autrui aboutit à la contestation de leurs propositions et initiatives. Cela renforce une perception d'une influence sociale exercée à leur encontre. Ces médecins s'épanouissent en menant à bien des projets. Toutefois, une décentralisation équitable conduisant à égaliser les chances d'acceptabilité des orientations engendre une frustration. Le consensus représente alors une utopie organisationnelle qui réduit la réactivité et proactivité de la performance d'équipe.

Les médecins de la personnalité rouge sont dominés par les maitres-assistants. Ils perçoivent tout refus ou non-exécution de leur proposition comme une pression de l'équipe gérante de l'hôpital. Par ailleurs, ils perçoivent une influence sociale concernant l'accès aux opportunités de formations. L'équipe dirigeante exerce donc une influence sociale à travers le non affichage des programmes de formations. Cela renvoie à une sélectivité informelle qui est régie par un système social favorisant les privilèges. Donc, l'accès à l'information est sélectif et dépend de l'appartenance aux groupes. L'attribution est non homogène et est régie par le poids des pressions et appartenances informelles.

Ce groupe de médecins a besoin d'exercer dans un environnement dynamique et évolutif. Ils intègrent l'aspect sociétal comme un volet permettant de mettre en place des actions d'amélioration continue. L'existence des bonnes conditions SST renforce la sécurité au travail. Cela réduit les risques organisationnels pouvant impacter négativement sur la performance hospitalière. Leur insatisfaction des actions de mesures et de préventions aboutit à une instabilité interne. Ils perçoivent la confiance dans le leadership de l'équipe dirigeante à travers le niveau de son implication dans des actions sociétales. L'investissement dans des actions de préventions et de responsabilisation à la sécurité réduit l'anxiété et le burnout. Elle renforce une image du CHU investie sur leur responsabilité sociétale. Cette image renforce la vision de l'excellence hospitalière à travers la prise en compte du management des risques.

L'insatisfaction des conditions SST engendre un désengagement. Celui-ci donne comme conséquence un absentéisme et des sources de création de conflits. Ces points sont aussi accentués par la perception du manque de sécurité dans l'environnement de travail. Le manque de prise en compte de la culture de la sécurité dans les CHU est perçu comme une dévalorisation de la part de l'équipe dirigeante. Cela n'est toutefois pas relié à une perception d'influence sociale. Dans ce cas, l'influence sociale est exercée de la part de ces médecins. En effet, leur insatisfaction engendre une pression formulée par des départs volontaires. Le turn-over et l'absentéisme représentent donc des influences sociales implicites et explicites en réponse à l'insatisfaction des conditions SST.

Ayant une personnalité dominante et autoritaire, les résultats du tableau 4.28 dévoilent une faible qualité de communication avec les autres corps hospitaliers. Ces médecins exercent une autorité non hiérarchisée sur les corps de soutien, administratif et de maintenance. Cela engendre des pressions de l'administration et une influence sociale réduisant la collaboration entre l'ensemble des parties. L'influence exercée à travers le statut des médecins impacte ensuite indirectement sur la collaboration interservices. Elle engendre des affinités informelles pour favoriser des échanges professionnels en fonction des groupes d'appartenance. De ce fait,

une hiérarchie informelle est engendrée ; elle permet alors de créer des canaux hiérarchiques afin de générer une flexibilité procédurale. En somme, ce groupe de médecins forme une équipe compétente mais génératrice de conflit. Sa consultation ainsi que son intégration dans des projets communs sont soumis aux affinités interpersonnelles qui découlent avec leurs collaborateurs.

Les médecins de la personnalité rouge s'associent professionnellement avec une équipe de travail formelle. Ils restent donc sélectifs sur leurs partenaires de travail. L'engagement, la responsabilisation et l'exemplarité représentent des critères de sélections de leurs équipes. Etant indépendants, les directives de l'équipe dirigeante sont moyennement acceptées. Cela engendre une influence sociale réciproque ; des jeux administratifs naissent alors de l'affirmation des deux parties. Sur un premier plan, l'équipe dirigeante affirme son autorité hiérarchique en réclamant la soumission aux pratiques et orientations internes. Sur un autre plan, ce groupe de médecins défie l'autorité de la voie hiérarchique formelle à travers l'affirmation du statut spécial des médecins. Cette affirmation s'impose par un besoin de liberté d'action.

Ces conflits générés entre ces médecins et l'équipe dirigeante finissent par la création de pressions formelles et informelles. Cette influence s'exerce sur l'accès aux formations continues nationales. Toutefois, le manque d'accès à ces opportunités représente une perception de leur part. Cette perception peut donc être expliquée par le poids des rapports informels. Elle s'explique aussi par une perception inconsciente perçue par ce groupe de médecins. Elle peut donc être fondée ou non fondée. Les résultats montrent aussi la génération de conflits avec les médecins de la personnalité verte.

L'importance accordée par les médecins de la personnalité verte à l'harmonie interne engendre une incompréhension mutuelle. Il s'agit ici d'une confrontation entre la recherche du bien-être au travail et un besoin d'exercer une autorité. Les conflits des médecins de la personnalité rouge sont aussi principalement engendrés avec des médecins résidents. Ils sont par ailleurs renforcés par le besoin d'affirmation et de commandement à l'égard des résidents. Cette autorité exercée renvoie soit à une autorité formelle, soit à une autorité informelle. Dans le cas de son informalité, le manque de soumission des résidents génère des jeux de pouvoir informels.

4.3.2.2.2. Personnalité bleue

Les médecins de la personnalité bleue sont dominés par des maitres de conférences. Ces médecins ont une forte appartenance aux groupes syndicalistes (tableau 4.28). Cela déduit l'appartenance à un groupe influent. Ces médecins ont toutefois des faibles attaches et attirances à leurs CHU respectifs. Ils les considèrent seulement comme des environnements de travail offrant des opportunités d'évolution de carrière. Le taux important de leurs mobilités géographiques démontre qu'ils ont une orientation à court terme. Leur niveau d'engagement à long terme est donc une perspective secondaire. Ces médecins priment l'importance de la transparence. Ils valorisent la collaboration et la bonne entente. Ils ignorent l'impact de l'aspect informel.

Le climat interactionnel se limite donc à une vision des échanges efficaces en vue de promouvoir la performance. Les médecins de la personnalité bleue s'investissent dans l'amélioration des processus décisionnel. Leur rôle permet de décloisonner les services et de permettre un meilleur suivi pour de meilleures prestations médicales. Les médecins de la personnalité bleue sont analytiques et réservés. Ils sont perfectionnistes et diplomates. L'existence de pressions administratives et de chefferie représente un risque organisationnel qui amplifie une hiérarchie non formelle. Ils travaillent méthodiquement et sont tournés vers les faits. De ce fait, ils ignorent les canaux informels. Ils n'associent donc pas les opportunités d'évolution ou d'épanouissement à l'appartenance aux groupes influents. Ils appliquent les procédures formelles et collaborent avec leurs équipes de travail en fonction de la distribution des taches formelles.

La perception d'une influence sociale par l'équipe dirigeante est considérée comme un manque de professionnalisme. Elle est considérée comme une faiblesse et réduit l'esprit rationnel et impartial des médecins. Ce résultat montre que ce groupe de médecins ne prend pas en compte la qualité des rapports sociaux. Cela démontre aussi que la qualité du climat interactionnel n'efflue pas sur leur efficacité ou leur engagement. Ce groupe de médecins s'implique dans l'amélioration de la performance hospitalière. Ces derniers s'engagent dans des démarches d'auto-actualisation. Ils présentent un fort taux de participation aux formations et conférences. Cela permet d'apporter une valeur ajoutée aux CHU et permet aussi d'optimiser les chances d'évolution dans la carrière.

L'équipe dirigeante est donc perçue comme une équipe destinée à assurer une amélioration continue en vue de perfectionner le management hospitalier. Celle-ci est évaluée

en fonction de ses résultats organisationnels et non en fonction de ses valeurs personnelles. Ce groupe de médecins adopte une attitude neutre vis-à-vis de l'équipe dirigeante. Cette neutralité facilite les échanges entre les deux parties et réduit tout impact informel dans l'environnement interne. Cela leur permet ainsi de réduire les barrières informelles et implicites qui peuvent découler des conflits interpersonnels. Les médecins de la personnalité bleue ont des rapports limités avec les personnalités jaune et verte. La recherche de l'estime et du contact de la personnalité jaune renforce le poids des rapports informels. Cette recherche du renforcement des liens amicaux entre confrères est perçue par la personnalité bleue comme un facteur renforçant l'irrationalité au travail. Cette limite est constatée aussi avec les médecins de la personnalité verte.

L'importance de la fidélité et de la loyauté entre confrères réduit l'efficacité du système de contrôle. Le comportement de laisser-faire, laisser-aller renvoie à une baisse des exigences de compétitivité visant à améliorer les processus internes. Les caractéristiques de ces personnalités définissent globalement les points dominants des maitres-assistants. Ces divergences découlent des visions de travail différentes. Cela engendre alors des tensions en interne. Toutefois, celles-ci restent formelles et se limitent à des régulations internes en vue d'optimiser l'atteinte des objectifs assignés. Les médecins de la personnalité bleue limitent les risques d'apparition des conflits d'intérêts. Ils misent sur un management par la confiance. Cette confiance renvoie à une transparence des besoins et des intérêts tant individuels que communs.

Ce groupe de médecins respectent les divergences des intérêts individuels en se détachant des perceptions irrationnelles de leurs équipes de travail. Ils s'investissent dans un management par la valeur afin de favoriser une intégration optimale entre les intérêts personnels et communs. Par ailleurs, l'opposition d'intérêts est acceptée. Cela représente une opportunité d'échange et de compréhension mutuelle. La génération de conflits d'intérêts est donc considérée comme un risque organisationnel. Ce groupe reste ainsi indifférent face aux pressions générées par une divergence d'intérêt. Ces médecins ne prennent pas en compte aussi les intentions propres à l'équipe dirigeante. Ils déterminent leur confiance dans le leadership par le niveau d'engagement de celle-ci dans la réalisation des objectifs communs.

4.3.2.2.3. Personnalité jaune

Le tableau 4.28 étale que les médecins de la personnalité jaune sont dominés par le corps des professeurs ayant un âge compris entre 45 et 55 ans. Ce groupe de médecins est épanoui dans un environnement de travail informel, amical et créatif. Ces médecins sont stimulants et chaleureux. Ils favorisent les relations solides dans l'équipe de travail. Leurs rapports avec

l'équipe dirigeante sont formels et informels. Ils ont donc un besoin de reconnaissance et d'estime. L'existence de fortes relations sociales renforce la transversalité. Elle renforce aussi la confiance dans le leadership. Ces résultats font apparaître que l'existence de conflits interpersonnels agit fortement sur la qualité des collaborations. Cela génère des appartenances aux groupes informels. Ces groupes génèrent et sont générés par des influences sociales. Ces influences régulent les jeux de pouvoir et d'affirmation. Les jeux d'influence s'exercent à double sens, toutefois, les rapports entre les deux parties restent fiables en vue de l'interdépendance qui les unit.

Les médecins de la personnalité jaune sont insatisfaits de la distribution des budgets. Les priorités managériales non tournées vers le développement technologiques des services renforcent les sources de tensions. Les procédures administratives liées à la libération des budgets pour l'achat de matériel ainsi que le délai de leur disponibilité engendrent des incompréhensions mutuelles. Toutefois, ces divergences ne concernent que les rapports entre ce groupe de médecins avec la direction des CHU. Les rapports entre les médecins de la personnalité jaune et les chefs de service restent très solides. Ces liens renforcent leur rôle dans le soutien des équipes afin d'intégrer des démarches d'amélioration continue. Ils exercent une influence sociale intégratrice dans l'assouplissement des procédures administratives. Cela permet d'intégrer une flexibilité organisationnelle facilitant la réalisation des activités médicales.

Leur dominance vers la personnalité jaune les positionne comme des acteurs facilitateurs. Ils soutiennent des idées nouvelles et innovantes et exercent une influence à travers une sensibilisation au respect des points de vue. Leur sensibilisation permet de renforcer une décentralisation transversale, horizontale et verticale. Ils s'épanouissent dans un climat interactionnel favorable à l'échange. Ces médecins ont une personnalité paternaliste nourricière. Ils développent une attitude compréhensive, soucieuse et généreuse. Ils s'associent avec des confrères accueillants, optimistes, intéressés et rassurants. L'importance du maintien de l'harmonie du groupe et de l'entente consensuel engendre des attitudes de rejet envers des membres non-adhérents aux valeurs communes. Une influence sociale est donc exercée à leur rencontre. Cette influence a pour but de maintenir les repères internes. Elle permet de renforcer la fiabilité de la relation de confiance entre les différents membres.

La perception de comportements individualistes engendre un repli et un comportement d'isolation. Cette pression découle d'une asymétrie visant à favoriser les collaborations en fonction des affinités interpersonnelles. Les données démontrent aussi que la compétence d'un médecin se définit par ses aptitudes professionnelles et sociales dans ce groupe. Les qualités

humaines réorientent donc l'appartenance stratégique. Cette appartenance régule ainsi les possibilités d'avancement et d'accès aux opportunités. De ce fait, la qualité des rapports interpersonnels influent sur l'image de la compétence des médecins. Elle régule aussi les possibilités de promotions internes. Les médecins de la personnalité jaune rentrent souvent en confrontation avec ceux de la personnalité rouge.

Le caractère dominant de la personnalité rouge est perçu comme une forme de dominance. Cet aspect remet en doute l'importance de l'harmonie informelle. Cette démarcation est aussi perçue chez les médecins de la personnalité verte. En effet, les médecins de la personnalité jaune sont expressifs, enthousiastes et démonstratifs. Leur recherche d'estime s'oppose à la recherche de la modestie et du calme des médecins de la personnalité verte. Les médecins de la personnalité jaune ont peu d'affinités avec les généralistes. Leur besoin de reconnaissance renforce le besoin de s'affirmer. L'affirmation et la reconnaissance des compétences sont donc proportionnelles au grade et au statut. Une influence implicite est donc exercée à l'encontre des généralistes. Ce groupe de médecins a donc un cercle de collaboration restreint. Celui-ci est délimité en fonction de l'affinité interpersonnelle et en fonction de la valorisation des statuts.

Ces médecins ne perçoivent aucune forme d'influence sociale exercée à leur encontre. Ils sont persuadés que l'accès aux opportunités de formation et d'évolution est homogène et transparent. Ils perçoivent alors tout médecin affirmant le contraire comme un membre menaçant le bien-être de l'entente de l'équipe. La perception des pressions est considérée comme un sentiment irrationnel non fondé. Les médecins ayant cette perception détériorent la force de la confiance réciproque. Cela génère alors un comportement de repli et d'isolement interne. Ce résultat démontre que l'influence sociale est donc exercée par ce groupe à l'encontre de toute partie affectant l'harmonie du groupe.

Les médecins de la personnalité jaune ne sont pas concernés par les conflits d'intérêts. Ils jugent toutefois que l'opposition d'intérêts ne doit pas remettre en doute le consensus. Les groupes influents doivent donc être consultés. Un respect des orientations consensuelles permet de maintenir la confiance entre les membres. Cette confiance permet le maintien d'un climat de travail stimulant et optimiste. Les conflits d'intérêts représentent alors des limites freinant le bien-être au travail. La décentralisation de prise décisionnelle doit être transparente. Toutefois, elle doit maintenir un consensus et non des initiatives isolés et individuelles. Cette perception du maintien du consensus renvoie à la culture japonaise. Dans ce sens, le respect des aînés et des plus gradés est proportionnel au maintien du bien-être au travail. Cela concerne aussi la valorisation des compétences et le niveau de décentralisation du pouvoir décisionnel.

4.3.2.2.4. Personnalité verte

Les médecins de la personnalité verte sont dominés par les généralistes (tableau 4.28). Ces médecins affichent un haut taux de conflits structurels avec l'équipe dirigeante. Ils subissent des abus administratifs ou de contrôle. Ces conflits sont engendrés par un dysfonctionnement hiérarchique. Celui-ci est dû aux voies hiérarchiques informelles. Ces voies renforcent les influences sociales des groupes influents restreints. La multiplication des sources de pression engendre un mal-être au travail. Une perception négative du climat de travail est alors constatée pour ce groupe de médecins. Cela est favorisé aussi par une définition non transparente des rôles et obligations de l'ensemble de l'équipe de travail. Le manque de clarté décisionnelle propre à chaque acteur engendre une multiplication de superviseurs. Cela engendre aussi une contradiction dans l'exécution des consignes organisationnelles.

Les médecins de la personnalité verte sont épanouis dans un environnement de travail sécurisé. Ils apprécient le calme, l'entente et la patience. Ils travaillent d'une manière optimale dans une zone de confort avec des repères internes. Un environnement compétitif et stressant réduit considérablement leur performance. L'existence de sources d'influence sociale exercée par l'équipe dirigeante et par des groupes influents favorise le développement de burnout interne. Ce burnout génère des conflits interpersonnels à cause de l'hostilité interne. Par ailleurs, l'existence de risques organisationnels internes renforce une démotivation.

L'existence d'imprévus augmentant le stress ou la surcharge au travail renforce l'absentéisme. Cette surcharge de travail s'explique par une influence sociale explicite ou implicite de l'équipe dirigeante. La surcharge réduit ainsi leur épanouissement au travail. Cela impacte aussi l'aspect personnel comme la vie privée des médecins. En effet, l'existence d'un environnement hospitalier stressant et régulé par des jeux administratifs souvent contraignants génère une angoisse affectant l'humeur et la joie de vivre de ce groupe. L'existence d'un environnement calme et harmonieux dans les CHU leur permet de trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle.

Ce groupe de médecin ont une forte perception de l'influence sociale de l'équipe dirigeante à leur encontre. Cette influence se constate dans l'attribution non homogène des opportunités de formation. La favorisation des médecins plus gradés renforce un sentiment d'exclusion et de dévalorisation de leurs compétences. Par ailleurs, l'équipe dirigeante est perçue comme un frein dans le renforcement de leur compétence et performance. Le manque d'investissement de la direction dans l'achat du matériel de pointe représente un frein dans les

avancés médicales. Ils responsabilisent alors l'équipe dirigeante du taux de la performance hospitalière. Ce groupe de médecin subit aussi une centralisation décisionnelle. La décentralisation sélective propre au grade et non à la compétence limite le droit à la participation active. Cela est dû à des acteurs exécutants malgré leur statut de médecins. Toutefois, ces pressions sont aussi constatées entre les différents groupes du corps médical.

Les médecins de la personnalité verte ont un grand sens de l'écoute. Ils restent sincères sans manifester leurs problèmes. Leurs besoins de construire des relations solides leur permettent de gérer la génération de conflits de valeurs. Cela montre bien que ce groupe respecte les différences d'idéologie, de choix de vie et d'opinions. Ils sont conscients que leur équipe de travail possède la liberté d'action et de pensée dans la mesure où leurs choix de vie n'impactent pas sur l'harmonie au travail. Les valeurs personnelles de l'équipe dirigeante sont donc respectées. Elles ne modifient donc ni la perception, ni la crédibilité ou la confiance dans l'équipe dirigeante. Celle-ci est respectée et valorisée en fonction des actions managériales qu'elle met en place. Elle est aussi perçue en fonction de sa capacité à réguler les dysfonctionnements organisationnels et sociaux internes.

Les médecins de la personnalité verte ont des affinités limitées avec ceux de la personnalité rouge et jaune. Les médecins à tendance rouge représentent des acteurs confrontants qui sont à l'origine de la création de conflits. Les médecins à tendance jaune ont quant à eux des comportements d'isolement à l'encontre des médecins qui ne partagent pas des fortes affinités informelles. Ces deux groupes de médecins renvoient donc à un risque d'accentuation des influences sociales. Ils entraînent donc une dynamique relationnelle fondée sur les jeux décisionnels. Se basant sur les actions conflictuelles avec les professeurs de personnalité jaune, ces médecins sont persuadés d'avoir une faible collaboration avec des acteurs facilitants. Le favoritisme est donc une variable décrivant l'environnement hospitalier dans les CHU. Celui-ci renforce le poids des groupes restreints et des groupes informels. Ces résultats montrent que le poids de l'influence informelle varie en fonction du poids des jeux administratifs internes.

4.3.3. Classification des variables en fonction des spécificités propres aux CHU

Ce dernier point permet d'analyser l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins pour chacun des CHU étudiés. Le but est de déterminer si les spécificités propres aux CHU déterminent le poids et la perception de cette influence.

4.3.3.1. CHU de Tlemcen

Le tableau 4.29 permet d'apprécier l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins pour chacun des CHU. Les médecins du CHU de Tlemcen reçoivent une influence sociale de la part de leur équipe dirigeante. La qualité des rapports sociaux régule l'accès aux primes salariales. Ces primes ne sont donc pas attribuées qu'en fonction de critère de performance et de résultats individuels. Les orientations managériales favorisent le résultat d'équipe. Par ailleurs, une faible performance de groupe sanctionne l'équipe de travail. La réception de la prime salariale est donc conditionnée par le niveau d'engagement de tous les médecins en vue d'atteindre les objectifs assignés dans chaque service. Ce système de récompense en fonction des résultats du groupe entraîne deux comportements. Le premier est la motivation à la compétition et à la collaboration active en équipe. Le deuxième comportement est le renforcement du je m'en-foutisme.

Tab. 4.29 - Comparaison de la force des relations pour chaque appartenance du modèle

2

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Tlemcen	v17	v38, v66, v12, v88, v90	v30, v21, v19, v20, v18
Sidi Bel Abbès	v18	v32, v34, v30, v84, v61	v90, v21, v17, v19, v20
Bab el oued – Alger	v19	v33, v49, v2, v38, v37	v81, v21, v17, v20, v18
Tizi Ouzou	v20	v10, v63, v62, v58, v35	v11, v21, v17, v19, v18
Béjaia	v21	v55, v76, v28, v72, v90	v8, v17, v19, v20, v18

La récompense du groupe favorise un travail accru de certains membres et un désengagement de la part d'autres. Cette répartition non homogène de l'implication crée un déséquilibre des mérites concernant la réception de la prime. Par ailleurs, le développement des comportements laxistes engendrent une démotivation des membres actifs. La récompense de groupe est donc perçue comme une influence sociale réduisant l'homogénéité et la reconnaissance du mérite. Cette stratégie renforce bien l'esprit d'équipe mais réduit le sens de l'initiative. Elle réduit aussi l'opportunité de valoriser les compétences individuelles. La focalisation du travail d'équipe limite l'identification des éléments brillants. Toutefois, elle permet de renforcer une efficacité hospitalière basée sur la synergie d'équipe. L'équipe de travail peut donc être perçue comme un facteur de succès ou comme un facteur limitant la performance hospitalière.

Les médecins exerçant dans le CHU de Tlemcen ont une satisfaction significative des actions syndicalistes. Ils perçoivent ces mouvements comme des démarches ayant pour finalité de réguler les influences sociales internes et externes. Ces mouvements représentent un moyen efficace permettant de faire valoir leurs droits malgré le poids des influences sociales. Il est à noter toutefois, que ces résultats sont principalement dominés par le corps des généralistes. Ce groupe de médecins a une forte sensibilité aux bonnes conditions SST. Par ailleurs, la non fonctionnalité ou la non-disponibilité des ressources matérielles représentent un frein. Cela est perçu comme une influence sociale régit par une pression de l'équipe dirigeante. En effet, l'indisponibilité des ressources aux délais demandés heurte sur les résultats de la performance d'équipe.

La rétribution des mérites en fonction des résultats est donc compromise par les moyens limités mis à disposition de ces médecins. Dans ce sens, l'équipe dirigeante est perçue comme un frein limitant la croissance des services. En effet, le manque de suivi des programmes d'entretien du matériel médical représente une contrainte organisationnelle. Cela a une incidence sur la confiance dans le leadership. Ce seuil coercitif limite l'équipe dirigeante qui possède des conséquences sur la rétribution des mérites, engendre un désengagement. Ce désengagement entraîne un absentéisme accru. Il entraîne aussi les envies de départs volontaires. En effet, cette influence sociale exercée par l'équipe dirigeante augmente le turnover dans les CHU. Les demandes de démission sont donc envisagées et déposées au niveau des services RH. Cela dénote d'un manque de visibilité et d'évolution de carrière à long terme dans le CHU de Tlemcen. L'équipe dirigeante doit donc jouer un rôle central dans la motivation de ses médecins en vue de maintenir les éléments compétents au sein de ses équipes.

Les résultats du tableau 4.29 mettent en évidence l'absence d'influence sociale exercée par l'équipe dirigeante concernant l'accès aux formations continues. Ces opportunités sont donc affichées et connues de tous. L'accès aux programmes des formations relève donc de la volonté personnelle de renforcer les compétences médicales et transversales. L'ordre des priorités à l'accès aux formations dépend avant tout des besoins des services en termes de compétences spécifiques. Le CHU de Béjaia se distingue par ailleurs par rapport au reste des CHU étudiés. Les médecins qui le composent ont une perception différente de leur environnement et de sa dynamique interactionnelle.

Les résultats de la CAH montrent que les résultats de la dissimilarité des variables s'opposent aux résultats des 4 autres CHU. Cela révèle bien que les spécificités environnementales agissent sur la perception de l'influence sociale. Par ailleurs, la culture locale permet aussi de réguler la qualité de leur collaboration avec l'équipe dirigeante. Ce point

n'est pas singulier, ce CHU applique donc un style managérial qui fait découler des valeurs managériales propres à ses membres.

4.3.3.2. CHU de Sidi Bel Abbès

Les médecins du CHU de Sidi Bel Abbès perçoivent une influence sociale explicite et implicite de la part de l'équipe dirigeante. Cette influence concerne l'accès aux formations. Ces médecins mentionnent le rapport direct entre la qualité des rapports interpersonnels avec les chefs de service et le niveau d'accessibilité aux formations (tableau 4.29). Par ailleurs, les résultats mentionnent que la principale raison du non bénéfice des formations est le refus formel des chefs de services. Ces refus montrent bien le poids de l'influence sociale exercée sur ces médecins. La pression reflète donc un système compensatoire soumis à la qualité de la dynamique relationnelle. Ce résultat montre aussi le poids de l'irrationalité dans les interactions internes. Ces refus sont donc perçus comme des barrières internes ayant pour finalité de limiter l'avancement des médecins. Ce comportement engendre aussi un phénomène de favoritisme.

La sélectivité de la participation aux formations dépend donc de critères explicites et implicites. Toutefois, l'appartenance à des groupes influents régule directement ou indirectement l'accès à ces formations. Cette pression engendre un environnement rigide et procédurier. La soumission, la centralisation de prise de décision et l'adhésion aux valeurs organisationnelles définissent le management appliqué. La transversalité du leadership y est donc limitée. Toutefois, les résultats montrent aussi que l'influence sociale n'est pas la seule variable explicative du manque de participation des médecins aux programmes de formations. En effet, les médecins travaillant dans le CHU de Sidi Bel Abbès manifeste un faible besoin de participation. Ces médecins ne révèlent aucunement un intérêt particulier à cette participation. Ils s'orientent principalement vers l'auto-actualisation et vers l'auto-formation.

Le désintéressement lié aux participations aux formations peut être expliqué par l'acceptation du non accès à ces formations. Les résultats montrent ainsi que les opportunités de formations ne sont pas affichées. Cela dénote le phénomène de favoritisme qui centralise l'information au niveau de groupes restreints. Ce non affichage est lié à un manque de transparence et d'équité visant à renforcer la transversalité des processus et des pratiques. Le rapport informel régule donc la qualité des collaborations entre ces médecins et l'équipe dirigeante. L'accès à des postes de responsabilités ainsi que toute tentative d'évolution de carrière sont donc régis par la qualité de la dynamique relationnelle. L'équipe dirigeante ainsi que les groupes influents exercent donc une influence significative sur les médecins de

l'enquête. Cette influence a un poids significatif en un premier lieu. Sa perception engendre en second plan un désengagement et un laxisme interne.

Les médecins du CHU de Sidi Bel Abbès considèrent à travers l'enquête qu'ils travaillent sous des pratiques managériales rigides. Les orientations managériales n'optimisent pas la performance hospitalière. Elles limitent aussi les opportunités d'avancement à travers les barrières organisationnelles internes. L'application d'un management public hospitalier traditionnel renforce une démotivation. Celle-ci engendre un accroissement de l'absentéisme volontaire. Celui-ci est par ailleurs favorisé par l'insatisfaction des conditions SST. L'indisponibilité de l'ensemble du matériel médical engendre un désengagement. Cette indisponibilité concerne le manque des médicaments, le manque de maintenance des équipements médicaux ainsi que le manque d'investissement dans l'achat du matériel de pointe.

Il est à noter toutefois que l'indisponibilité de l'ensemble des ressources ne dépend pas uniquement des orientations stratégiques de l'équipe dirigeante du CHU. Elle dépend aussi du budget attribué par le ministère en vue de financer l'ensemble des activités liées à son fonctionnement optimal. Cependant, il existe une incompréhension de la part des médecins. Ceux-ci ne prennent pas en compte des contraintes financières et organisationnelles dont fait face l'équipe dirigeante. Cette incompréhension engendre des tensions internes détériorant le climat de confiance.

Ces contraintes organisationnelles renforcent les sources de conflits. Ces conflits sont principalement engendrés avec le corps des paramédicaux. Les médecins de ce CHU constatent ainsi que l'équipe dirigeante joue un rôle central dans la régulation des ressources matérielles et humaines. Les conflits qui opposent ces médecins aux paramédicaux sont dus à une surcharge de travail. La définition non adéquate des attributs de chaque acteur est la conséquence d'une multiplication d'exécutants et de décideurs. Le manque de paramédicaux dans le CHU incite les médecins à multiplier leur charge de travail. Ce point provoque des tensions internes et détériore la qualité du climat interactionnel.

Toutefois, l'insatisfaction des conditions de travail n'est pas la seule variable justifiant la création de ces conflits. Ces médecins exercent aussi à leur tour une pression décisionnelle sur les paramédicaux. Elle consiste en une influence sociale formelle visant à faire accepter l'ensemble des consignes et directives. Les paramédicaux sont bien entendu sous les directives des médecins, toutefois, des abus sont constatés. Cela renvoie à un besoin d'affirmation du statut de médecin. Cette influence est par ailleurs présente entre l'ensemble des médecins appartenant à des grades différents.

Malgré l'existence d'influences sociales qui régissent des jeux de l'administration, les médecins ont un fort penchant à l'appartenance au CHU. Ces médecins ont une vision à long terme et n'envisagent pas de démissionner un jour. Ils s'investissent dans le CHU et sont conscients des efforts à fournir pour avancer dans leurs carrières respectives. Ce résultat révèle que les médecins sont aptes à s'investir dans la croissance de leur CHU respectif. Cette appartenance dénote aussi une satisfaction professionnelle et sociale. Le climat de travail encourage les médecins à ne pas demander des mobilités géographiques. Cela permet une stabilité et un maintien des éléments compétents.

Les résultats affichent aussi que les influences sociales internes représentent des composantes acceptées et intégrées. Ces influences sont perçues comme des éléments à gérer en vue d'être efficaces. L'existence de pression de la direction affecte le climat interactionnel sans impacter sur la stabilité des équipes de travail. Les médecins du CHU de Sidi Bel Abbès adoptent un comportement flexible. Ils se focalisent sur la croissance de l'hôpital et ils perçoivent les contraintes sociales internes comme des éléments à faible conséquence sur la performance hospitalière. La priorité est donc orientée vers la stabilité de l'équipe de travail.

4.3.3.3. CHU de Bab El Oued – Alger

Les médecins exerçant dans le CHU de Bab El Oued (Alger) ne dénotent aucune barrière sociale ou influence de l'équipe dirigeante concernant l'accès aux opportunités de formation (tableau 4.29). Leur participation dépend de leur volonté personnelle. Par ailleurs, la non-participation aux programmes de formation est due à des raisons de disponibilités personnelles. La décision de la participation dépend de leur volonté de voyager. Elle dépend aussi de leur engagement à suivre des volumes horaires en plus à leur charge de travail. Toutefois, ces médecins perçoivent l'équipe dirigeante comme un acteur confrontant. L'équipe dirigeante critique, freine, frustre et génère des conflits. Cette perception renvoie à une influence sociale qui est régie par des pressions décisionnelles.

Les relations professionnelles entre les deux parties ne se basent pas sur un leadership transversal. Elles se basent sur un leadership rigide qui favorise le contrôle et les sanctions. Le management appliqué se base sur des procédures bureaucratiques. De cette bureaucratie découle des freins organisationnels. Ces freins limite la qualité de la dynamique relationnelle. Le système social interactionnel est impacté par la multiplication des conflits. Cela expose alors une situation de désengagement liée à une frustration interne due à l'influence sociale exercée. Toutefois, cette influence reste explicite et formelle. Elle se limite au respect des procédures

préalablement définies. Ce style de management limite alors le sens de l'initiative ainsi que les démarches de changement interne.

Les médecins exerçant dans ce CHU sont dominés par la personnalité bleue. Le non-respect des approches méthodiques optimisant l'atteinte de leurs objectifs renforce la génération de conflits avec l'équipe dirigeante. Même si ces médecins s'épanouissent dans un environnement perfectionniste et formel, la bureaucratie représente un risque organisationnel. Ce risque se définit par ailleurs par la stagnation de la croissance et des avancées médicales. Il se définit aussi par l'accroissement des sources de désengagement renforçant le désir de demande de mobilité ou de démission.

Etant perfectionnistes, ces médecins responsabilisent l'équipe dirigeante de la qualité des membres de l'équipe de travail. Le recrutement, l'intégration ou la promotion d'un membre non efficient et efficace compromet la performance de l'équipe. De ce fait, l'insatisfaction liée à l'obligation de travailler avec une équipe jugée compétente ou fiable génère des conflits avec l'équipe dirigeante. Ces conflits sont accentués par l'obligation de résultats en se basant sur la performance de groupe. Toutefois, la multiplication des conflits avec l'équipe dirigeante concerne principalement la relation avec les chefs de service.

L'existence de ces conflits a pour conséquence une pression de l'équipe financière exercée sur les médecins par la réception de la prime salariale. La réception de celle-ci n'est donc pas uniquement proportionnelle à la compétence et à l'engagement des médecins. Ce résultat relève alors une influence sociale informelle basée sur la qualité des relations interpersonnelles. Cela déduit aussi que la bureaucratie est un moyen de frein volontaire imposé en fonction de la qualité de la dynamique relationnelle entre les deux parties.

Les résultats du tableau 4.29 montrent que ce groupe de médecin priorise uniquement son engagement médical dans le CHU. L'importance accordée au tri des déchets ainsi qu'aux actions sociétales visant à rendre le CHU plus actif socialement reste secondaire. Par ailleurs, le manque d'engagement de l'équipe dirigeante dans des actions RSE ne constitue aucunement un élément de frein ou de démotivation. Bien au contraire, la sensibilisation de l'équipe dirigeante concernant leur engagement dans des actions sociétales représente une pression implicite. Ces médecins se limitent alors à leur contribution dans l'amélioration des prestations de soins et de la qualité de service des patients. Toute implication d'ordre organisationnel, sociale et sociétale est perçue comme une charge supplémentaire limitant leur performance hospitalière.

4.3.3.4. CHU de Tizi Ouzou

Les résultats qui suivent sont significatifs sur le corps des spécialistes (tableau 4.29). Ces médecins adhèrent aux groupes syndicalistes externes et internes. Cela montre un désir de réguler l'influence sociale. La finalité est de revendiquer des droits aussi bien vis-à-vis de l'équipe dirigeante que vis-à-vis du ministère de la santé. Cette appartenance renforce le poids des groupes influents afin d'exercer une pression comportementale sur l'équipe dirigeante. Ces revendications justifient la création de conflits avec les groupes de médecins appartenant à d'autres grades. Ce résultat démontre que le poids de l'influence sociale des groupes de médecins est déterminé en fonction du statut et du grade ; l'influence sociale de l'équipe dirigeante varie en fonction du grade des médecins. Les professeurs ont donc une influence sociale minimale. Cela renforce une collaboration et un respect mutuel entre les deux parties. Toutefois, la décentralisation est perceptible qu'au niveau des grades supérieurs comme le statut des hospitalo-universitaires.

Les médecins du CHU de Tizi Ouzou déclarent être freinés dans leur avancement de carrière. Ce frein est lié à la surcharge du travail. Cela est aussi lié au manque de médecins recrutés dans les services. Ce manque concerne principalement des spécialités cibles. Ces deux points limitent la participation aux formations. En effet, la surcharge du travail et l'obligation de présence incite les médecins à une présence effective au sein de leurs services respectifs. Le manque de médecins cause ainsi une contrainte d'alternance et de délégation. La surcharge est accentuée par l'obligation de formation et de suivi des résidents. Leur supervision implique les médecins formateurs à un investissement professionnel. Ces médecins se chargent ainsi des activités médicales, scientifiques (pour les hospitalo-universitaires) et de transmission de savoir.

La diversification des tâches est perçue différemment d'un groupe à un autre. Elle représente un élément de valorisation et d'implication transversale ainsi qu'une obligation d'une charge supplémentaire. Elle est donc liée à une pression ayant des conséquences dans le cas d'une participation non effective. Le CHU de Tizi Ouzou se distingue des autres étudiés car son système social interactionnel est fondé sur l'affirmation de soi. Cette affirmation s'accompagne de nuisances internes mais renforce l'esprit de compétition dans le but d'accélérer l'avancement des carrières.

4.3.3.5. CHU de Béjaia

Les médecins travaillant dans le CHU de Béjaia génèrent un fort taux de création de conflits structurels avec l'équipe dirigeante (tableau 4.29). Ces conflits sont régis par un abus décisionnel ou de contrôle exercé à l'encontre des médecins. Cela dénote d'une influence sociale exercée engendrée par un dysfonctionnement hiérarchique. Le manque de définition des rôles et d'actions décisionnelles de chaque acteur engendre ces limites internes. Ce dysfonctionnement structurel renforce la multiplication des acteurs dominants. Ils exercent une influence sociale au-delà de leur juridiction définie dans le cadre de leur statut et de leur fonction. Cela relève des processus de contrôle et de suivi non transparent. Ces points indiquent le poids d'une hiérarchie non formelle basée sur des accords et des démarches non hiérarchisées. Cette démarche managériale adoptée affirme un management par la confiance. Elle permet une flexibilité procédurale. Toutefois, elle engendre un manque de traçabilité et cela entraîne l'augmentation des risques organisationnels.

Le manque de définition et d'identification de ces risques font apparaître des incertitudes organisationnelles et sociales. La dominance de la voie hiérarchique informelle renforce la création de groupes restreints et de groupes influents. Les rapports avec l'équipe dirigeante sont soumis non seulement à la hiérarchie formelle qu'informelle. Toutefois, l'application des procédures de contrôles et de suivi varie en fonction des affinités interpersonnelles entre les deux parties. Ce manque d'homogénéité engendre un favoritisme qui renforce une implication et une forte appartenance. Il génère aussi un sentiment d'isolement et d'injustice. Par ailleurs, ces points font naître une démotivation qui se traduit sous forme d'absentéisme. Celui-ci se définit par la réduction des heures de présence au travail. Il se définit aussi par la présence physique des médecins adoptant un comportement laxiste dans les CHU.

Le manque de traçabilité de l'ensemble des procédures et tâches pousse à un environnement instable. La multiplication des imprévus et des contraintes organisationnelles renforce ce désengagement. Des attitudes de je m'en-foutisme émerge en réduisant la volonté de réactivité des acteurs sensibles au développement du CHU. Les comportements laxistes sont donc généralisés afin de dénoncer le manque d'impartialité de la distribution des charges de travail. Par ailleurs, le poids de la hiérarchie informelle s'identifie également dans l'existence de barrières internes liées à la participation aux formations continues.

L'asymétrie informationnelle est utilisée comme une barrière interne réduisant l'accès vers le dépôt des candidatures. Ces barrières internes s'identifient aussi sous forme de refus

implicites de la part de l'équipe dirigeante. Ce refus se traduit par le manque de transparence des PV des réunions, par l'affichage des opportunités quasiment retardées ou inexistantes, par la signature hors délais de l'acceptation des candidatures. Il se traduit aussi sous forme d'influence sociale visant à culpabiliser les médecins de la surcharge endossée à leur équipe de travail à cause de leur absence. Ces barrières représentent alors des pressions formelles et informelles imposées d'une manière sélective. Ce style de management ne se dénote pas d'un leadership transversal. Il adopte plutôt une approche de laisser-faire et laisser-aller. Toutefois, les risques qui en découlent limitent l'applicabilité de pratiques basées sur les principes du post-NPM.

La dominance de la hiérarchie informelle renforce l'importance accordée à la vie personnelle. Les privilèges liés aux absences pour motif personnel sont multipliés. Cela représente une flexibilité interne renforçant la confiance réciproque entre les deux parties. Toutefois, cela entraîne des déséquilibres et des abus internes. Les absences répétitives déséquilibrent les charges de répartition de travail. Cela endosse une responsabilité supplémentaire à la charge des médecins de garde. Cela peut par ailleurs aussi impacter la qualité des services de soins. En effet, le manque d'effectif peut engendrer un manque d'efficacité dans le traitement des cas spécialement dans le service des urgences. Contrairement au CHU de Sidi Bel Abbès, les médecins travaillant dans le CHU de Béjaia expriment un fort désir de départ volontaire.

L'existence des conflits structurels entraîne donc une instabilité organisationnelle engendrant un turnover plus important. Cela a une conséquence directe sur la performance hospitalière à travers le départ des compétences clés. Il est à noter toutefois que le CHU de Béjaia connaît un déficit dans le nombre d'hospitalo-universitaires qui y travaillent (principalement des corps des maîtres de conférences et professeurs). Cela se répercute sur les activités d'enseignement et de formations des externes, internes et résidents. Il est important de signaler toutefois l'ancienneté ainsi que le poids des structures propres aux CHU. Le CHU de Béjaia reste récent et est en période de développement et de renforcement de son équipe. Cet élément doit être pris en compte dans sa comparaison avec les autres CHU étudiés.

Cette section montre que le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante est exercé différemment en fonction des catégorisations sociales et professionnelles. Celles-ci varient principalement en fonction du statut des médecins. Le niveau du grade des médecins est donc proportionnel à l'influence sociale qu'il subit. Les médecins les plus gradés sont donc influents, respectés et consultés. Une décentralisation décisionnelle et managériale s'effectue vers les

médecins les plus gradés. Les pressions s'accroissent au fur et à mesure que le niveau hiérarchique des médecins s'élève.

Les résultats affichent aussi que l'appartenance générationnelle définit le poids de l'influence sociale. Toutefois, les catégorisations comme la personnalité et le sexe définissent le niveau de perception et de sensibilité à l'influence sociale. Celle-ci peut alors être fondée rationnellement ou être amplifiée irrationnellement en fonction des sensibilités des médecins. L'appartenance aux CHU détermine principalement les orientations managériales appliquées. Le style de leadership permet ainsi d'identifier le poids de l'influence sociale qui en découle.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre a permis de démontrer le poids de l'influence sociale exercée par l'équipe dirigeante. Les résultats montrent qu'il existe des pressions de l'administration gérante exercées par l'équipe dirigeante. Ces pressions s'exercent principalement sur l'avancement dans les carrières des médecins. Elles s'exercent aussi dans l'accès aux opportunités de formations. L'influence sociale représente alors des pressions formelles et informelles. Les pressions formelles représentent des barrières organisationnelles ayant pour finalité d'accentuer les démarches bureaucratiques qui freinent le sens de l'initiative ainsi que les délais d'exécution des projets. Ces barrières renforcent des pratiques rigides et procédurières. Elles renforcent le contrôle organisationnel et limite l'épanouissement professionnel des médecins.

Les barrières informelles représentent des interactions sociales informelles construisant un système social non hiérarchisé. La qualité des rapports et des ententes informelles influe sur l'homogénéité et l'équité dans les CHU. Ces barrières informelles génèrent des systèmes de clans et des groupes restreints. Le poids des influences sociales représente les jeux de l'administration exercés entre l'équipe dirigeante et les groupes de médecins. Le grade et l'appartenance générationnelle régule le poids des interactions et du niveau des pressions entre les deux parties. Ces pressions déterminent le niveau de valorisation transparent et équitable des compétences et de l'engagement propre à chaque médecin. L'identification de l'influence sociale de l'équipe dirigeante influe sur la qualité du climat interactionnel. Ces pressions ont un impact sur la qualité des échanges et de la coopération. Ces barrières informelles s'extrapolent à travers la création de conflits entre les médecins et les autres corps hospitaliers.

Le poids de l'influence sociale varie donc en fonction du grade, de l'ancienneté des médecins et de l'appartenance structurelle. Il définit les orientations managériales établies dans les CHU. Ces orientations engendrent soit des comportements intégrateurs ou des

comportements non conformistes suite à une insatisfaction. Une influence sociale négative agit sur la stabilité au travail. Elle impacte aussi bien sur le turn-over, sur l'absentéisme que sur le maintien des bonnes conditions SST. L'équipe dirigeante joue donc un rôle central dans la régulation des jeux administratifs qui découlent du style du leadership appliqué. Elle doit aussi prendre en compte les perceptions propres à chaque groupe de médecins. Cela permet entre autre d'identifier leurs réels besoins en vue d'appliquer un management plus responsable. Cette prise en compte a pour finalité d'utiliser le système social interactionnel comme une variable permettant d'améliorer la performance sociale. L'atteinte d'une bonne performance sociale impacte à son tour sur la performance globale des CHU.

Chapitre 5

*Analyse de la force de la culture de
responsabilité des médecins*

Chapitre 5 : Analyse de la force de la culture de responsabilité des médecins

Introduction du chapitre

Après avoir analysé l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins, ce chapitre analyse la force de la culture de responsabilité des médecins. Cette analyse apprécie l'impact des orientations managériales sur le niveau d'engagement et de responsabilisation des médecins. Ce chapitre permet donc d'approfondir l'analyse en vue d'avoir un feed-back de l'impact de l'existence des différentes pressions internes. Le premier point permet d'analyser la perception des orientations de la culture de responsabilité par les médecins.

Le but étant de déterminer leur perception des valeurs culturelles organisationnelles établies par la direction des CHU. Ce point permet ainsi d'identifier l'impact de la culture nationale sur le niveau de sensibilisation des médecins à la responsabilisation. Le premier point permet aussi d'apprécier la perception des médecins quant à la satisfaction des pratiques organisationnelles découlant des valeurs organisationnelles. Mais aussi, leur perception vis-à-vis de l'implication de la direction dans le renforcement de la culture de responsabilité.

Le deuxième point de ce chapitre identifie le niveau de sensibilité des médecins à la culture de responsabilité. Et cela à travers l'identification de la personnalité des médecins et de leur niveau de sensibilité aux facteurs sources de motivation et de démotivation. L'identification de leur personnalité est analysée avec la matrice SONCAS et la théorie des couleurs. La détermination de l'ensemble des sources de motivation et de démotivation à la responsabilisation des médecins permet ainsi que déterminer la force des valeurs de responsabilité. Pour cela, une analyse est faite sur les principes d'engagements, le niveau d'implication, les actions sociétales ainsi que les us internes. Ces variables permettent alors d'identifier la force des valeurs responsables ainsi que le niveau de sensibilisation des médecins à la culture de responsabilité.

Le troisième point du chapitre permet d'analyser la force de la culture de responsabilité des médecins. L'étude est réalisée avec la méthode de la classification ascendante hiérarchique des distances d'agrégation. Différentes classification des variables sont réalisées en fonction de la distance d'agrégation (dissimilarité) existante dans le but d'identifier la force des relations existantes entre elles. Ces classifications sont faites en fonction des différences de sexe, du

grade, des générations, des personnalités et des spécificités propres aux CHU. Ces résultats permettent d'identifier l'impact de la différente catégorisation sociale et professionnelle en vue d'identifier l'existence de groupes et de sous-groupes. Cela permet entre autre aussi, d'identifier les différences existantes entre les CHU étudiés. Cette comparaison permet d'identifier les spécificités propres à chaque CHU vis-à-vis des médecins et des caractéristiques qui le composent.

5.1. Perception des orientations de la culture de responsabilité par les médecins des CHU algériens

Cette section permet d'étudier la perception et l'adhésion des médecins aux valeurs organisationnelles institutionnalisées. Elle permet aussi de nous faire comprendre leur perception et leur satisfaction quant aux pratiques organisationnelles des responsables hiérarchiques. Sachant que celles-ci découlent des valeurs organisationnelles, leur niveau d'implication dans le renforcement de la culture de responsabilité est le dernier point analysé.

5.1.1. Perception et adhésion aux valeurs culturelles organisationnelles

Ce point permet d'examiner la perception des valeurs organisationnelles par les médecins ainsi que leur niveau d'adhésion.

5.1.1.1. Perception des valeurs culturelles organisationnelles

Le tableau 5.1 nous permet d'apprécier la perception des médecins concernant les valeurs culturelles organisationnelles qui régissent l'organisation des CHU. Les résultats permettent de résumer les différentes dimensions dominantes dans les CHU qui sont :

- Forte distance hiérarchique ;
- Orientation individualiste ;
- Management à orientation masculine ;
- Fort contrôle de l'incertitude
- Orientation à long terme ;
- Dominance de la subjectivité ;
- Particularisme ;
- Culture limitée ;
- Statut attribué ;
- Temps polychronique ;
- Orientation futur-présent.

5.1.1.1.1. Responsabilisation et forte distance hiérarchique

Malgré la dominance d'une forte distance hiérarchique, 32,63% perçoivent les valeurs culturelles organisationnelles comme une faible distance (Ligne 1, tableau 5.1). Les 124 médecins (Tableau 5.1, ligne 1) perçoivent leur environnement comme égal. Les pratiques organisationnelles y sont régies par un leadership démocrate. Ce style de leadership favorise la consultation des médecins et une décentralisation de prise de décision. Par contre, avec une moyenne de 58,16% représentant 221 médecins sur 380 (Ligne 2, tableau 5.1), le CHU présente une forte distance hiérarchique.

Tab. 5.1. – Perception des valeurs culturelles organisationnelles par les médecins

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Les inégalités sont réduites et les droits sont égaux	124	32,63	0,47	0,01
Les inégalités et les privilèges sont voulus	221	58,16	0,49	0,01
Les intérêts communs passent avant tout	156	41,05	0,49	0,01
Chacun pour soi et priorité aux intérêts personnels	189	49,74	0,50	0,01
Compromis, solidarité et qualité de vie au travail	138	36,32	0,48	0,01
Affrontement, affirmation de soi et concurrence	207	54,47	0,50	0,01
Peu de stress et le changement est cherché	162	42,63	0,50	0,01
Anxiété et opposition à tout changement	183	48,16	0,50	0,01
Les anciens ont plus d'autorité sur les jeunes	262	68,95	0,46	0,01
Créativité, égalité et équité sont valorisées	84	22,11	0,42	0,02
Je ne me familiarise pas avec mes collègues	37	9,74	0,30	0,03
Je considère mes collègues comme ma deuxième famille	308	81,05	0,39	0,00
Application des procédures pour toute situation	56	14,74	0,35	0,02
Chaque situation a sa propre solution adaptée	289	76,05	0,43	0,01
Le travail d'équipe est récompensé, soutenu et valorisé	167	43,95	0,50	0,01
Chaque personne est récompensée uniquement pour son propre travail et non pour celui de l'équipe	181	47,63	0,50	0,01
La renommée d'un médecin équivaut à son grade	223	58,68	0,49	0,01
La renommée d'un médecin équivaut à sa compétence	125	32,89	0,47	0,01
Pour être efficace, il faut faire une tâche à la fois	128	33,68	0,47	0,01
Pour être efficace il faut gérer plusieurs tâches à la fois	218	57,37	0,50	0,01
La réussite du CHU se doit à ce qu'il a réalisé	88	23,16	0,42	0,02
La réussite du CHU se doit à ce qu'il réalise et réalisera	256	67,37	0,47	0,01

L'existence des inégalités et des privilèges souligne l'importance des voies hiérarchiques informelles et du poids décisionnel informel. Cela conclut que la hiérarchie dépend avant tout de l'appartenance à des groupes ou sous-groupes influents. Ceux-ci exercent différentes pressions sur la qualité de l'environnement du travail et sur les différentes

dynamiques relationnelles¹. Ces groupes peuvent être aussi bien horizontaux que verticaux. Ils se constituent en fonction d'une classification et d'une catégorisation professionnelle sur un premier plan. Ils se constituent aussi à partir des différents liens informels comme des liens amicaux ou familiaux.

La perception d'une forte distance hiérarchique régissant la dynamique relationnelle dans les CHU met en avant aussi la dépendance des groupes minoritaires par rapport aux groupes majoritaires. Ces groupes ont des valeurs et idéologies différentes par rapport aux groupes dominants ; ils représentent aussi les groupes les moins gradés². Ces groupes sont donc dans la seule et unique obligation d'exécuter sans le moindre sens d'initiative pour une centralisation de décisions³. Avec une relation de commandant-subordonné, un leadership autocrate régit les différentes influences de pouvoir et de privilège. La dominance d'une forte distance hiérarchique freine donc le développement des valeurs de responsabilité des médecins envers leurs CHU respectifs⁴. Le sens de l'initiative ou de toute action d'amélioration continue a pour finalité de créer un changement procédurier et méthodique interne. Cela est considéré comme non conforme à l'exécution des consignes hiérarchiques⁵.

5.1.1.1.2. Responsabilisation et orientation individualiste

Les résultats montrent que 41,05% des médecins participants à l'étude (ligne 3, Tableau 5.1) perçoivent le collectivisme comme valeur culturelle hiérarchique. Ils se sentent appartenir à un groupe ou la notion du "Nous" prédominant. Le lien avec les chefs de services est basé sur un lien moral voir familial ou amical⁶. Ils estiment comme étant un fait accepté par tous que la priorité des recrutements et des promotions est fonction de l'appartenance aux groupes. Ces 156 médecins travaillent donc dans un environnement harmonieux et consensuel qui valorise les intérêts communs. Celui-ci valorise aussi la non-dissociation entre la vie privée et la vie

¹ Jaber, N-A., *An analysis of the Palestinian culture using Hofstede's cultural framework and its' implication on teachers' classroom practices and student's cultural identity*, Procedia- Social and Behavioural Sciences, Vol. 2015, October 2015, pages 292-295, p. 293.

² Presbitero, A., Roxas, B., Chadee, D., *Looking beyond HRM practices in enhancing employee retention in BPOs: Focus on employee organisation value fit*, The International Journal of Human Resource Management, Vol. 27, N. 6, 25 Mars 2016, pages 635-652, pp. 634-636.

³ Tova, H., Ilya, K., *Organisational values and organisational commitment: do nurses' ethno-cultural differences matter?*, Journal of Nursing Management, Vol. 22, N. 4, 2014, pages 499-505, p.500-501.

⁴ Elliott, N., & al., *Barriers and enablers to advanced practitioners' ability to enact their leadership role: A scoping review*, International Journal of Nursing Studies, Vol. 60, August 2016, pages 24-25, p.24.

⁵ Klashing, M-J., *Cultural dimensions, collective values and their importance for institutions*, Journal of Comparative Economics, Vol. 41, N. 2, Mai 2013, pages 447-467, pp. 447-450.

⁶ Saad, G., Cleveland, M., Ho, L., *Individualism-collectivism and the quantity versus quality dimensions of individual and group creative performance*, Journal of Business Research, Vol. 68, N. 3, Mars 2015, pages 578-586, pp. 578-580.

professionnelle. Par ailleurs, la qualité de la relation échangée entre confrères est aussi prise en compte¹.

Même si la prédominance est représentée à 8% de différence, 49,74% des médecins (ligne 4, Tableau 5.1) perçoivent leur environnement comme individualiste. Ils perçoivent donc les valeurs organisationnelles comme source d'épanouissement personnel et professionnel² dans les CHU. Dans ce cas, le recrutement et les promotions dépendent donc de la compétence. Ces valeurs permettent aussi de fonder la relation entre les médecins et leurs supérieurs hiérarchiques sur la base des avantages professionnels réciproques. Cela se pratique pour obtenir une amélioration des conditions de travail et de la performance qui ouvre à chacun des chances de promotion et d'évolution de carrière³.

La dominance de l'orientation de l'individualisme encourage fortement le développement de valeurs responsables. Ces valeurs sont en finalité la sensibilisation des médecins dans leur rôle actif d'amélioration continue de la performance globale des CHU. Ces résultats montrent que les médecins exercent dans un environnement à forte distance hiérarchique dans laquelle un leadership autocrate est appliqué. Cependant, ces médecins pensent avant tout aux différentes opportunités qu'ils peuvent avoir dans l'éventualité d'améliorer leurs compétences et cela, en étant dans des environnements favorables à leur épanouissement⁴.

5.1.1.1.3. Responsabilisation et management à orientation masculine

Les résultats dénotent que 138 médecins sur les 380 participants à l'étude (ligne 5, tableau 5.1) perçoivent le management appliqué comme un management à orientation féminine. Ils mesurent donc les valeurs comme étant l'attention aux autres, la modestie, l'égalité, la solidarité, la qualité de vie au travail, la résolution des conflits par le compromis comme valeurs déterminantes et stratégiques perçues par la direction et les chefs de services des CHU. Par contre, 207 médecins avec une moyenne de 54,47% (6^{ème} ligne ; Tableau 5.1) caractérisent l'orientation des valeurs organisationnelles vers un management masculin. Ils disent que les

¹ Laitinen, E-K., Suvas, A., *Financial distress prediction in an international context: Moderating effects of Hofstede's original cultural dimensions*, *Journal of Behavioural and Experimental Finance*, Vol. 9, Mars 2016, pages 98-118, pp. 98-111.

² Gunkel, M., Schlaegel, C., Taras, V., *Cultural values, emotional intelligence and conflict handling styles: A global study*, *Journal of World Business*, 28 February 2016, In press. pp. 1-4.

³ Mash, R-J. & al., *An assessment of organisational values, culture and performance in Cape Town's primary healthcare services: original research*, *South African Family Practice*, Vol. 55, N. 5, September/October 2013, pages 459-466, pp. 459-461.

⁴ White, L., Currie, G., Lockett, A., *The enactment of plural leadership in a health and social care network: The influence of institutional context*, *The Leadership Quarterly*, Vol. 25, N. 4, August 2014, pages 730-745, pp. 730-733.

pratiques managériales dans les CHU ou dans leurs services respectifs sont caractérisées par des valeurs comme l'équité, la concurrence, l'amélioration continue, la croissance et la performance¹.

La dominance d'un management masculin considère tout conflit ou tout affrontement entre les parties prenantes internes-externes comme une source d'amélioration qui a pour finalité d'identifier les sources défaillantes. Les médecins adhèrent donc aux valeurs organisationnelles et considèrent cet environnement compétitif comme une opportunité d'amélioration de leurs performances et d'innovation. La dominante du management masculin permet par ailleurs de développer les valeurs de responsabilisation afin de générer et de sensibiliser à une forte culture de responsabilité. En effet, il permet aux médecins de s'affirmer par la compétence et par l'ambition. L'importance accordée à l'amélioration de la performance et de la croissance sensibilise les médecins dans leur rôle actif sur le plan sociétal. L'existence de la valeur de l'équité encourage l'initiative et la prise de risque dans le sens ou le travail d'équipe est promu et valorisé en fonction des compétences et des résultats.

5.1.1.1.4. Responsabilisation et fort contrôle de l'incertitude

Seuls 162 médecins sur 380 (7^{ème} ligne du Tableau 5.1) déclarent exercer dans un environnement à faible contrôle où le bien-être des parties prenantes, l'inexistence de stress, l'initiative et la nouveauté sont recherchés. En effet, 42,63% sont contents que leurs idées soient bien accueillies et qu'il y a un fort taux de participation et de propositions innovantes tant sur le plan médical que managérial (Ligne 7, tableau 5.1). Par contre, 48,16% des médecins contredisent les précédents en mentionnant qu'ils exercent dans un environnement à fort contrôle de l'incertitude (8^{ème} ligne, tableau 5.1). Cet environnement est régi par des valeurs protectrices et procédurales qui résistent à l'innovation, au changement et à la nouveauté. Ils sont persuadés alors que le travail au quotidien est une bataille journalière exercée par des pressions de jeux administratifs et qui est régi par beaucoup de stress et d'anxiété.

Ces valeurs s'opposant à la flexibilité et au changement, freinent le développement d'une culture de responsabilité et démotivent les médecins. En effet, sachant que la nouveauté est considérée comme dangereuse, toute action ou initiative ayant pour but d'apporter du changement est freinée. Cela contribue négativement au développement des valeurs de responsabilité des médecins. Se sentant étouffés et non consultés, les médecins développent des comportements de "Je m'en-foutistes" ou des comportements d'exécutants. Cela réduit par

¹ Mohelska, H., Sololova, M., *Organisational culture and leadership – Join vessels?*, *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, Vol. 171, 2015, pages 1011-1016, pp. 1011-1014.

ailleurs le niveau d'engagement, d'implication et de motivation des médecins en vue des comportements et actions adoptés et menés par eux.

5.1.1.1.5. Responsabilisation et orientation à long terme

Les résultats montrent que 84 médecins participants à l'étude (10^{ème} ligne, Tableau 5.1) perçoivent la culture comme orientée vers une vision à court terme. Il existe donc des valeurs promouvant l'égalité des promotions et des opportunités. L'auto-actualisation et l'importance de la responsabilisation et de l'engagement personnel et professionnel représente alors une source de créativité, de flexibilité et de la prise en conscience des actions d'améliorations des processus et de satisfaction de l'ensemble des parties prenantes. Par contre, 68,95% des médecins (Ligne 9, tableau 5.1) perçoivent les valeurs culturelles organisationnelles orientées à long terme.

Le CHU investit donc à long terme dans les médecins afin de les fidéliser à travers l'importance accordée à la formation et à l'équité. A sa perception, le CHU les considère comme une famille basée sur des valeurs et sur des relations solides entre les différentes parties prenantes¹. Par contre, cette orientation familiale accorde un plus grand respect à l'ancienneté, au respect des séniors et à la hiérarchie. Les promotions se font donc en fonction de l'ancienneté du médecin et non sur base de sa compétence ou du mérite. L'orientation à long terme intègre aussi la valeur d'associer le nombre d'années d'ancienneté à l'autorité du médecin.

La dominance des valeurs à orientation long terme est aussi bien représentée comme une source de frein et d'optimisation des valeurs culturelles responsables. En effet, la centralisation de pouvoir et des prises de décision en fonction de l'ancienneté représente un frein de productivité et de créativité. Cela freine fortement l'initiative et l'engagement des médecins à court et moyen terme². Par contre, les médecins séniors ayant un certain pouvoir décisionnel et appartenant aux groupes dominants et influents se sentent bien plus concernés et engagés dans les décisions, stratégies et politiques d'amélioration du CHU. La vision à long terme permet aussi de fidéliser les médecins à travers les politiques de formation et d'amélioration des compétences.

Les politiques de formation et d'apprentissage continus sensibilisent au rôle actif que les médecins jouent dans la qualité des prestations médicales, dans la préservation de

¹ Shuo, W., *Chinese strategic decision-making on CSR*, Ed. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, 2014, pp. 9-14.

² Chenevert, D. & al., *Passive leadership, role stressors, and effective organizational commitment: A time-lagged study among health care employees*, *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, Septembre 2013, Vol. 63, N° 5, pages 277-286, pp. 277-279.

l'environnement interne, dans le maintien de la bonne image de marque du CHU et dans la satisfaction de l'ensemble des parties prenantes. L'existence de la valeur de considérer le CHU comme sa maison et ses collègues comme une deuxième famille satisfait le besoin d'appartenance¹. Cela permet par ailleurs de responsabiliser les médecins à leurs rôles dans l'atteinte des objectifs communs et de protéger le CHU comme s'ils protégeaient leurs maisons.

5.1.1.1.6. Responsabilisation et dominance de la subjectivité

Les médecins percevant les valeurs culturelles organisationnelles s'orientant vers une dominance objective ne représentent que 9,74% à raison de 37 médecins sur les 380 participants à l'étude (Ligne 11, Tableau 5.1). En effet cette minorité insiste que la culture des CHU porte sur l'importance de la séparation entre la vie privée et la vie professionnelle pour une meilleure efficacité et pour une meilleure performance globale. Dans ce cas de figure, les collègues doivent donc être considérés comme des partenaires professionnels et non des amis afin de favoriser une attitude neutre, une rationalité et une passion dans le lieu du travail. Par ailleurs, toute considération d'une critique professionnelle en critique personnelle est considérée comme un tabou et comme un manque de professionnalisme.

L'expression des émotions et des ressentis positifs comme négatifs sont considérés comme un manque de maîtrise de soi qui peut affecter le climat de travail et la bonne coopération de l'équipe. La majorité des médecins à raison de 81,05% perçoivent les valeurs culturelles organisationnelles à dominance subjective (ligne 12, tableau 5.1). Les relations avec les collègues sont régies avec une attitude émotionnelle. Le changement de ton représente une marque d'implication et d'intérêt vis-à-vis de la réalisation des projets ou du niveau de sensibilisation à la responsabilisation des médecins.

Aussi, les valeurs comme le pardon, la seconde chance, la vengeance et les relations paternalistes régissent les relations dynamiques. Les relations doivent être traitées diplomatiquement de sorte à ne pas détériorer les relations personnelles, vu l'importance des influences des groupes d'appartenance. La dominance de la subjectivité constitue elle aussi un frein et une opportunité de renforcement d'une culture de responsabilité des médecins. En effet, le sentiment d'appartenance au groupe renforce les valeurs d'implication, il pousse les médecins à s'investir pour le maintien de l'harmonie et de la bonne santé au travail du groupe².

¹ Belias, D., & al., *Organizational culture and job satisfaction of Greek banking institutions*, Procedia - Social and Behavioural Sciences, 12, Février, 2015, Vol. 175, pages 314-323, pp. 314-317.

² Kleijnen, J., & al., *Teachers' conceptions of quality and organisational values in higher educations : compliance or enhancement ?*, Assessment & Evaluation in Higher Education, Vol. 38, N. 2, 2013, pages 152-166, pp. 153-155.

Sur un autre plan, l'attitude émotionnelle détériore les relations strictement professionnelles, de sorte que la sanction et le contrôle sont perçus comme des trahisons. Cela permet de développer des comportements de laisser-aller en présence du manque de rigueur et de sanction.

5.1.1.1.7. Responsabilisation et particularisme

La valeur de l'universalisme n'est perçue que par 14,74% des médecins pour un total de 56 médecins (ligne 13, tableau 5.1). Cette minorité perçoit l'obligation de suivre les mêmes procédures, règles, normes et décisions applicables à tout problème, à toute situation et à toute personne concernée. Ces médecins perçoivent donc leur environnement comme équitable ou chaque médecin est jugé en fonction de sa compétence et est récompensé ou sanctionné en toute transparence sans asymétrie informationnelle.

Cela ne laisse donc pas de place au favoritisme et à l'interférence des relations informelles quant aux choix des décisions prises. Cependant, ces valeurs représentent aussi des limites organisationnelles. L'obligation de suivi des procédures freinent les actions de changement et de flexibilité ayant pour finalité de proposer de nouvelles solutions ou méthodes de travail.

Les 76,05% de médecins participant à l'étude perçoivent des valeurs particularistes (ligne 14, tableau 5.1). Le partage des avantages, des opportunités et des informations stratégiques dépend donc de la qualité de la relation ou de l'appartenance aux groupes internes. Contrairement à l'universalisme, le particularisme permet une plus grande flexibilité et souplesse dans l'échange et la collaboration tant verticale qu'horizontale. Il permet donc l'intégration des valeurs comme l'innovation et la recherche des solutions adaptées à chaque situation en fonction des variables et circonstances.

Le particularisme permet donc de développer les valeurs de responsabilité et le niveau de sensibilité des médecins et ce, dans des démarches d'amélioration continue et de recherche d'optimisation. Cela concerne non seulement la force de la culture mais aussi de la qualité du climat organisationnel et de la performance globale des CHU¹. Il freine toutefois aussi la sensibilisation à la responsabilisation, et cela en présence des contraintes relationnelles et des circonstances conjoncturelles. Dans ce cas, tout conflit peut considérablement freiner l'accès

¹ Zerwas, D., *Organizational culture and absorptive capacity: The meaning for SMEs*, Ed. Springer, Wiesbaden, p. 31-44.

aux opportunités internes, ce qui peut affecter le niveau d'implication, de satisfaction et de motivation des médecins¹.

5.1.1.1.8. Responsabilisation et culture limitée

Les résultats montrent que 167 médecins participants à l'étude avec un taux de 43,95% (ligne 15, tableau 5.1) perçoivent une culture diffuse dans les CHU. Le travail d'équipe est donc une valeur centrale. Ils ne se représentent plus en tant qu'individus ou comme compétence individuelle mais plutôt sur une base de résultats de synergie, de compétence et de performance du groupe ou des équipes de travail. Ils assument alors l'idée d'être récompensés et d'être sanctionnés sur base des résultats et actions de l'équipe. Cette catégorie de médecins perçoit aussi comme valeur organisationnelle, l'importance accordée à la confiance entre les parties prenantes et cela au détriment de la performance et des résultats. Il existe donc une forte relation de dépendance, d'interdépendance et de complémentarité entre les membres de l'équipe réduisant ainsi les comportements individualistes et opportunistes.

Les 181 médecins (ligne 16, tableau 5.1) composant cette variable mentionnée, perçoivent donc les valeurs organisationnelles orientées vers une culture limitée. Les CHU priment donc avant tout les résultats et la performance. Les récompenses équivalent l'importance de la compétence et des efforts propres de chaque médecin. Cela permet par ailleurs de valoriser les efforts de chaque médecin, c'est ce qui promeut le niveau de responsabilisation des médecins. En effet, le niveau d'engagement des médecins dans les actions sociétales représente une opportunité de développement et de promotion. Cet engagement ouvre aussi des opportunités de progrès et d'évolution dans le secteur privé. Le niveau d'implication des médecins permet donc de renforcer leur image de marque, leur expertise et leur renommée médicalement parlant.

5.1.1.1.9. Responsabilisation et statut attribué

Le taux de 32,89% des médecins (18^{ème} ligne, tableau 5.1) comprennent que la renommée du CHU est caractérisée par la compétence et par la performance des médecins. Le statut acquis permet de valoriser l'apprentissage personnel et professionnel où les promotions dépendent des réalisations et des compétences propres aux médecins. La compétence des médecins est donc jugée en fonction de leurs réalisations, leurs actions et leurs résultats.

¹ Shao, B., Doucet, L., & Caruso, D-R., *Universality versus cultural specificity of three emotion domains some evidence based on the cascading model of emotional intelligence*, Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol. 46, N. 2, 2014, pages 229–251, pp.229-233.

Cependant 223 médecins sur 380 soit, 58,68% (ligne 17, tableau 5.1) déclarent être sûrs que la renommée des médecins dans les CHU dépend du grade. Donc les professeurs et les maîtres de conférences sont automatiquement reconnus comme étant plus compétents que les médecins appartenant aux autres grades. Cette compétence est définie comme l'affirmation de leur statut dû à des années d'expériences et à des différentes réalisations scientifiques.

La compétence et la renommée du CHU et des services dépend donc du statut social qui le compose. Les critères de respect et de considération dépendent alors de l'âge, de l'origine, du grade et du prestige des diplômes des médecins¹. De ce fait plus les médecins se rapprochent de la catégorie des séniors et plus ils sont influents et respectés. Une grande importance est accordée aussi à l'appartenance régionale, de sorte que des sous-groupes ethniques se construisent et qui peuvent donc impacter sur la qualité des dynamiques relationnelles.

La dominance du statut acquis ne valorise pas forcément le développement des valeurs responsables pour une valorisation des médecins. Cette dominance n'est donc pas fonction des actions, des comportements et des compétences mais est basée sur d'autres critères. Cela permet de sensibiliser les médecins pour renforcer leurs implications et leurs engagements uniquement pour leur propre promotion afin de bénéficier d'un avancement à des grades supérieurs. Par contre, cela peut freiner tout sens d'initiative ou d'engagement de la part des grades intermédiaires.

En effet, les grades compris entre les généralistes et les maîtres assistants réclament un manque de délégation de gestion et de consultation. Cela favorise un désengagement de leur part, se limitant uniquement à la réalisation de leurs obligations professionnelles. Cependant, le respect des médecins à statut attribué peut jouer un rôle stratégique dans la sensibilisation aux valeurs et actions responsables. Pris comme modèles et symboles de réussites, leurs comportements influent fortement le niveau de motivation et d'implications du reste des équipes².

5.1.1.10. Responsabilisation et polychronie

Une minorité de 33,68% (ligne 19, tableau 5.1) perçoivent les valeurs organisationnelles de la direction des CHU et des chefs de service orientées vers des tendances mono chroniques. La performance et l'efficacité des médecins dépendent alors de l'utilisation exclusive de leur

¹ Christen R-N., Alder, J., Bitzer, J., *Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations*, Social Science & Medicine, Vol. 66, N. 7, April 2008, pages 1474-1483, pp. 1474-1477.

² Zdaniuk, A., Bobocel, D-R., *The role of idealized influence leadership in promoting workplace forgiveness*, The Leadership Quarterly, Vol. 26, N. 5, October 2015, pages 863-877, pp. 863-868.

temps dans le traitement des cas uniques. La répartition du temps de travail des médecins en différentes activités et différentes responsabilités est perçue comme une source de stress et de dispersion. Cela pousse les médecins à traiter chaque cas ou situation d'une manière superficielle et moins approfondie.

Dans la ligne 20 du tableau 5.1, 218 médecins qui représentent 57,37% de la totalité perçoivent que la valeur hiérarchique lie l'efficacité des services et des médecins à la diversification des tâches. En effet, la valeur organisationnelle orientée vers une tendance monochronique relie l'efficacité voire même l'efficience au degré de responsabilisation des médecins à différentes tâches. La direction et les chefs de service sensibilisent les médecins à l'importance de leur intégration dans des activités managériales et d'organisation d'activités scientifiques.

Un effort de décentralisation est perçu à travers la consultation des équipes dans les prises de décisions et dans les démarches d'amélioration continue et d'investissement à long terme dans les CHU. Le transfert de savoir ayant pour finalité de préparer les médecins aux éventuels promotions, à des grades, ou des postes de responsabilités est perçu comme des valeurs ayant pour finalité d'intégrer et de sensibiliser les médecins à moyen et long terme. La tendance polychronique permet donc de renforcer la responsabilisation des médecins sur le plan sociétal¹.

5.1.1.1.11. Responsabilisation et orientation futur-présent

La valeur organisationnelle liant la réussite des CHU aux différents succès passés, réalisés, et enregistrés à l'actif des CHU est perçue par 88 médecins représentant 23,16% de l'effectif total questionné (Avant dernière ligne du tableau 5.1). Dans le cas d'une orientation vers les réalisations du passé, une importance est accordée au respect des procédures et des techniques et méthodes de travail déjà actives dans les CHU ou leurs services. Le changement est donc perçu comme un risque de remplacement des procédés, des idéologies, et des habitudes de travail. Par contre 67,37% perçoivent les valeurs organisationnelles orientées vers le présent et le futur (ligne 22, tableau 5.1). Cela permet de sensibiliser les médecins à leur rôle actif dans le maintien et dans l'amélioration de la satisfaction de l'ensemble des parties prenantes et dans la performance globale².

¹ Barmeyer, C., *Management interculturel et styles d'apprentissage : Etudiants et dirigeants en France, en Allemagne et au Québec*, Ed. Presses Universitaires Laval, Lévis, 2007, p.160

² Hofstede, G., Hofstede, G.-J., Minkov, M., *Cultures et organisations : Nos programmations mentales*, Ed. Pearson, 3^{ème} éd. Paris, 2010, p.68.

5.1.1.1.12. Culture nationale et force de la culture de responsabilité

Le tableau 5.2 permet d'identifier les valeurs organisationnelles existantes dans les CHU qui s'inspirent de la culture nationale organisationnelle algérienne. La forte distance hiérarchique, le fort contrôle de l'incertitude, le subjectivisme, la culture limitée et le statut attribué représentent des valeurs de la culture nationale¹.

Tab. 5.2. – Impact de la culture nationale sur la sensibilisation des médecins à la culture de responsabilité dans les CHU

<i>Variables</i>	<i>Valeur Nationale</i>	<i>Renforcement aux valeurs responsables</i>		<i>Typologie dimensionnelle</i>
Les inégalités et les privilèges sont voulus	Oui	(-)		Forte distance
Chacun pour soi et priorité aux intérêts personnels	Non	(+)		Individualisme
Affrontement, affirmation de soi et concurrence	Non	(+)		Management masculin
Anxiété et opposition à tout changement	Oui	(-)		Fort contrôle
Les anciens ont plus d'autorité sur les jeunes	Non	(+)	(-)	Vision à long terme
Je considère mes collègues comme ma deuxième famille	Oui	(+)	(-)	Subjectivisme
Chaque situation a sa propre solution adaptée	Non	(+)	(-)	Particularisme
Chaque personne est récompensée uniquement pour son propre travail et non pour celui de l'équipe	Oui	(+)		Culture limitée
La renommée d'un médecin est équivalant au grade	Oui	(+)	(-)	Statut attribué
Pour être efficace il faut gérer plusieurs tâches à la fois	Non	(+)		Polychronie
La réussite du CHU se doit à ce qu'il réalise et réalisera	Non	(+)		Futur-présent

Cinq dimensions sur onze sont donc impactées par les habitudes organisationnelles propres à la culture algérienne, ce qui représente une influence de 45,45%. Les 6 autres typologies dimensionnelles se distinguent de la culture nationale, ce qui permet de définir les valeurs propres des CHU comme une sous-culture hospitalière propre aux CHU. La différenciation d'orientations culturelles s'explique dans la spécificité de la perception de la culture par les médecins. Elle s'explique aussi par le statut particulier des médecins ainsi que par des règles d'influence et de dynamique relationnelle régissant sur le développement ou non des valeurs et de la culture de responsabilité².

¹ Deephouse, D-L., Newburry, W., Soleimani, A., *The effects of institutional development and national culture on cross-national differences in corporate reputation*, *Journal of World Business*, In press, accessible online, 13, January, 2016.

² Mazanec, J-A. & al., *Homogeneity versus heterogeneity of cultural values : An item-response theoretical approach applying Hofstede's cultural dimensions in a single nation*, *Tourism Management*, Vol. 48, June 2015, pages 299-304, pp. 300-301.

Le tableau 5.2 permet par ailleurs de déterminer en fonction des 11 valeurs appartenant aux dimensions citées plus haut de monter le renforcement ou non des valeurs responsables des médecins en fonction de la perception des orientations culturelles organisationnelles dans les CHU. Il permet de résumer donc ce qui a été cité dans les points d'auparavant. Les dimensions de la forte distance hiérarchique et du fort contrôle de l'incertitude créent un climat défavorable au développement des valeurs ayant pour finalité de sensibiliser les médecins à leur responsabilité¹.

Les dimensions comme l'individualisme, le management masculin, la culture limitée, la polychronie et l'orientation présent-futur permettent donc une perception positive des médecins. Cela permet de renforcer les efforts et orientations managériales dans le développement d'une culture de responsabilité. Le reste des dimensions ont par contre des avantages et des inconvénients pouvant aussi bien développer comme détériorer le niveau de sensibilité des médecins. Ce même effet influence aussi la perception de la force de la culture de responsabilité.

5.1.1.2. Adhésion aux valeurs culturelles organisationnelles et contre-culture

Après avoir analysé les valeurs culturelles organisationnelles qui définissent les différentes interactions et rapports entre les médecins dans les services, le tableau 5.3 permet d'apprécier le niveau d'adhésion des médecins aux valeurs culturelles organisationnelles aussi bien au niveau de leurs services qu'au niveau du CHU. Il est important d'évaluer aussi bien l'adhésion aux valeurs du chef de service comme aux valeurs de la direction des CHU. Cela permet d'identifier l'existence de sous-cultures de responsabilité propres aux services qui peuvent être différentes de la culture de responsabilité des CHU.

Les résultats montrent que les politiques de sensibilisation diffèrent et que les médecins adhèrent à raison de 76,05% (tableau. 5.3, 1^{ère} ligne) aux valeurs de la sous-culture de responsabilité propre au service. Par contre, 125 médecins sur les 380 (2^{ème} ligne du même tableau) adhèrent aux valeurs de la culture de responsabilité des CHU. Cela dénote deux conclusions. La première est l'existence des sous-cultures qui composent la culture de responsabilité des CHU. La deuxième, étant la mauvaise perception des médecins vis-à-vis de la direction des CHU. Ils assument tous dépendre des décisions stratégiques de leurs propres

¹ Sonnentag, S., Pundt, A., *Organisational health behaviour climate : Organisations can encourage healthy eating and physical exercise*, *Applied Psychology*, Vol. 65, N. 2, 2016, pages 259-286, pp. 260-264.

services et de l'importance de l'interaction avec les supérieurs hiérarchiques au niveau de leurs services¹.

Tab. 5.3. – Niveau d'adhésion des médecins aux valeurs de l'équipe dirigeante dans les CHU

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Valeurs supérieures hiérarchiques	289	76,05	0,43	0,01
Valeurs de la direction des CHU	125	32,89	0,47	0,01

Les valeurs des chefs des services sont donc prises en compte et respectées. Par contre, il existe une contre-culture vis-à-vis des politiques des CHU et des différentes valeurs organisationnelles qui composent leurs cultures de responsabilité. Il y a donc 255 médecins participant à l'étude qui s'opposent aux valeurs de la direction des CHU, ces valeurs contribuent à leur démotivation et à l'insatisfaction de leurs exigences en termes d'amélioration de la qualité de vie et de la disponibilité des bonnes conditions de travail. La direction des CHU est perçue négativement et est synonyme de réformes, de changements, de contrôles et de bureaucratie. La direction, d'après eux ne prend en compte que les aspects administratifs sans tenir compte des réels besoins et des propositions des procédures adéquates ayant pour finalité d'accroître la performance des services.

5.1.2. Perception et satisfaction des pratiques organisationnelles des responsables hiérarchiques découlant des valeurs organisationnelles

Ce point permet d'étudier la perception des valeurs organisationnelles des responsables hiérarchiques par les médecins quant à leur niveau de satisfaction et à leurs pratiques managériales qui y découlent.

5.1.2.1. Perception des valeurs organisationnelles des responsables hiérarchiques

Le tableau 5.4 permet d'apprécier la perception des valeurs organisationnelles des chefs d'équipes et des chefs de services des médecins. Le tableau classe la perception positive et négative des valeurs des responsables hiérarchiques en mentionnant la fréquence de la citation des traits de leurs personnalités professionnelles. Se basant sur le fait que 76,05% (1^{ère} ligne, tableau 5.3) des médecins adhèrent aux valeurs de leurs supérieurs hiérarchiques, cela montre

¹ Williams, B., Perillo, S., Brown, T., *What are the factors of organisational culture in healthcare settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review*, *Nurse Education Today*, Vol. 35, N. 2, February 2015, pages e34-e41, pp. e34-e36.

que ces supérieurs sont pris comme symboles de réussites et comme des leaders charismatiques qui mènent à bien leurs équipes. Concernant la perception positive des valeurs, 11 traits de caractères sont cités entre 201 et 380 fois par les médecins participants à l'étude. Ces traits jugent les supérieurs hiérarchiques en fonction d'une prédominance de leurs bases morales et en fonction de leurs valeurs organisationnelles.

Les valeurs comme le respect, la gentillesse, la simplicité, l'honnêteté, la justice, la compréhension et l'exemplarité expliquent le fort taux d'adhésion des médecins aux valeurs de leurs responsables. L'adhésion aux valeurs dépend donc avant tout, des bases morales des responsables. Cela est dû à leurs comportements et à leurs valeurs morales qui déterminent la qualité des relations de confiance, d'échange, d'accessibilité, et de prise comme exemple¹. Selon les médecins, les bases et les valeurs morales définissent aussi les pratiques organisationnelles des responsables. Ces bases morales permettent alors de favoriser les comportements responsables et la prise de responsabilité personnelle et professionnelle propre à chaque médecin.

Tab. 5.4. – Perception des valeurs culturelles organisationnelles des responsables hiérarchiques

<i>Perception positive des valeurs</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Perception négatives des valeurs</i>	<i>Fréquence</i>
Respectueux, coopératif, gentil, compétent, simple, juste, honnête, responsable, compréhensif, travailleur, exemplaire.	[201-380]	-	[201-380]
Courageux, professionnel, Compétence professionnelle, assistance, présence, performance organisationnelle et sociale.	[101-200]	-	[101-200]
Charismatique, assume ses responsabilités, serviable, disponible, ouvert, à l'écoute, paternel, fils de bonne famille, bon père de famille.	[1-100]	Sans commentaires, irresponsable, autoritaire, sournois, absence de responsabilité et de compétence, égocentrique	[1-100]

Par respect et par admiration, les médecins se sentent alors redevables et motivés à développer des actions sociétales ayant pour finalité de participer activement au développement de leurs services respectifs. Les médecins jugent aussi leurs supérieurs hiérarchiques en fonction de leurs valeurs organisationnelles. La coopération, la responsabilité et le sérieux au travail montrent les valeurs des chefs d'équipes et des chefs de services et motivent les médecins à adopter les mêmes valeurs et mêmes comportements organisationnels. La coopération facilite donc l'échange des idées et engendre la qualité dans la communication. Les

¹ Titov, E., *Management paradigm values as prerequisites of organisational success*, Ed. LAP Lambert Academic Publishing, Tallinn, 2015, p. 24.

médecins se sentent donc concernés par le devenir de leur environnement de travail à travers leur participation aux décisions au niveau des services¹.

Les valeurs perçues des chefs de services et des responsables d'équipes qui sont citées entre 101 et 200 fois par les médecins représentent des valeurs organisationnelles (2^{ème} case du tableau 5.4). Cela montre que le niveau de sensibilisation des médecins dépend des valeurs morales en premier lieu, puis des valeurs organisationnelles des responsables par la suite. Les médecins participant à l'étude affirment que, leur niveau de sensibilisation à la culture de responsabilité dépend des efforts et de l'exemplarité tant morale qu'organisationnelle de leurs responsables. De ce fait, des valeurs comme le courage, le professionnalisme, la compétence, la présence et la performance définissent donc l'efficacité, les pratiques managériales et le niveau d'épanouissement des médecins dans leur environnement.

Les médecins mettent donc en évidence la relation entre le degré d'engagement de leurs responsables et leur degré de sensibilisation aux leurs, et cela à travers l'existence d'un environnement stimulant, dynamique et motivant. La perception positive des valeurs citées entre 1 et 100 fois par les médecins (3^{ème} case du tableau 5.4) oriente principalement vers la qualité de la relation informelle existante entre les médecins et leurs responsables. Des traits comme, un bon père de famille, un fils de bonne famille, indiquent que les valeurs des responsables dans leur environnement personnel influent sur le respect et sur l'image perçue accordés à ces responsables.

La non-distinction entre les valeurs organisationnelles et les valeurs personnelles représente aussi bien un frein qu'une opportunité de sensibilisation des médecins à une culture de responsabilité. La perception négative des valeurs ne représente qu'une fréquence maximale de 100 médecins. Cette perception négative s'explique par les mauvais rapports et échanges entre les médecins et leurs responsables. Cela est dû soit à une mauvaise relation interpersonnelle, soit à un conflit créé suite à une perte de confiance et à l'existence d'asymétries.

Les médecins avouent donc que les responsables sont l'image même de la performance, de l'efficacité et de la compétence dans le service dans lequel ils exercent². Une valeur négative, si elle est développée, consiste à adopter un comportement opportuniste et individualiste. Elle apparaît dans le cas de mauvais rapports avec les responsables ou dans le

¹ Hola, J., Pikhart, M., *The implementation of internal communication system as a way to company efficiency*, *E+M Ekonomie a Management*, Vol. 17, N. 2, 2014, pages 161-169.

² Denison, D-R., *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. Ed. John Wiley, New York, 1990, pp. 50-61.

cas d'existence d'une mauvaise qualité du climat organisationnel. Le manque d'engagement, de sérieux, et de responsabilisation des responsables aux actions et comportements sociétaux, décourage les médecins à adopter des comportements visant à renforcer la culture de responsabilité¹.

5.1.2.2. Satisfaction des pratiques managériales des responsables hiérarchiques

Le tableau 5.5 permet d'apprécier 10 indicateurs ayant pour but d'évaluer la satisfaction des médecins des pratiques et orientations managériales adoptées par les responsables hiérarchiques au niveau de leurs services. Les indicateurs sont notés de 0 à 10 en fonction du niveau de satisfaction par les médecins. Les résultats montrent qu'ils sont satisfaits des pratiques managériales en se basant sur les moyennes des notes qui sont comprises entre 6,97/10 et 9,00/10. Les données statistiques montrent une forte variation dans les notes attribuées variant entre 0/10 à 10/10 malgré des moyennes supérieures à 5/10.

Tab. 5.5. – Satisfaction des pratiques managériales des chefs de services par les médecins (Notation de 00 à 10).

<i>Variables</i>	<i>Score</i>	<i>Moy</i>	<i>Min</i>	<i>Q3</i>	<i>Q5</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Qualité des prises de décisions	2676,50	7,06	0,00	5,00	10,00	10,00	2,89	0,41
Participation des médecins aux prises de décisions	2899,50	7,63	0,00	5,00	10,00	10,00	2,53	0,33
Souplesse et flexibilité dans la gestion de votre travail	2883,00	7,59	0,00	7,00	10,00	10,00	2,59	0,34
Confiance professionnelle que vous accordez à votre supérieur hiérarchique	3419,00	9,00	0,00	8,00	10,00	10,00	1,32	0,15
Assume ses responsabilités	3026,50	7,96	0,00	6,00	10,00	10,00	3,13	0,39
Honore ses promesses et ses engagements	2918,00	7,68	0,00	5,00	10,00	10,00	3,18	0,41
Manière de gérer les crises et de résoudre les problèmes internes	2881,50	7,58	0,00	6,00	10,00	10,00	2,77	0,37
Sa façon de valoriser et de donner de l'importance aux médecins	2791,50	7,35	0,00	5,00	10,00	10,00	2,84	0,39
Temps de circulation de l'information	2774,50	7,30	0,00	5,00	10,00	10,00	2,81	0,38
Délai de réponse à vos requêtes formulées	2640,50	6,97	0,00	6,00	9,50	10,00	3,04	0,44

Les données montrent aussi pour les valeurs des Q5 que, 75% des notes sont comprises entre 9,50 et 10/10. Les 25% des notes restantes sont comprises entre 5 et 8/10. Les médecins sont donc satisfaits de la confiance que leur accordent leurs responsables avec une note de 9/10. Les valeurs du coefficient de variation et de l'écart type de l'indicateur de la confiance montrent qu'il y a une faible variation des avis ; les médecins représentent donc un même groupe

¹ Kumar, L-U., *Professional Ethics: Professional ethics and values in management and organisational development: a philosophical study*, Ed. LAP Lambert Academic Publishing, Tallinn, 2012, p. 105.

partageant le même point de vue. L'indicateur des délais de réponses aux requêtes a la plus faible note attribuée par les médecins avec 6,97/10. Par contre, les valeurs de l'écart type et du coefficient de variation montrent que cet indicateur a la plus grande dispersion des notes.

Les médecins ont donc des avis et des appréciations différentes quant à leur satisfaction des délais de réponses aux requêtes formulées au niveau des services. Les résultats de la satisfaction des pratiques managériales des responsables et des chefs de services des médecins montrent que l'organisation des services est orientée en fonction de pratiques et valeurs d'un leadership participatif¹. Ces pratiques favorisent donc le travail d'équipe, l'égalité, l'équité, l'échange et la participation des médecins aux activités organisationnelles, médicales et stratégiques des services. Cela favorise par ailleurs une meilleure sensibilisation des médecins à leurs valeurs responsables.

Tab. 5.6. – Satisfaction des délais et de la qualité de la diffusion de l'information par les médecins (notation de 00 à 10)

<i>Variables</i>	<i>Score</i>	<i>Moy</i>	<i>Min</i>	<i>Q3</i>	<i>Q5</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Délai de diffusion de l'information	2718,00	7,15	0,00	5,00	10,00	10,00	3,18	0,45
Qualité de diffusion de l'information	2660,50	7,02	0,00	4,00	10,00	10,00	2,81	0,40

Par ailleurs, avec une note moyenne de satisfaction de 7,30/10 pour le temps de circulation de l'information (9^{ème} ligne du tableau 5.5), les médecins sont aussi satisfaits du délai et de la qualité de sa diffusion (tableau 5.6).

Tab. 5.7. – Moyens d'échange et de communication des médecins avec leurs supérieurs hiérarchiques (de 0% à 100%)

<i>Variables</i>	<i>Moy %</i>	<i>Min</i>	<i>Q3</i>	<i>Q5</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Tableau d'affichage	43,13	0,00	16,25	45,00	100,00	34,94	0,81
Boites mails	24,38	0,00	0,00	12,50	100,00	34,99	1,44
Téléphone	32,78	0,00	0,00	40,00	100,00	34,38	1,05
Réunions	57,78	5,00	35,00	50,00	100,00	31,63	0,55
Vive voix	49,38	0,00	18,75	45,00	100,00	38,77	0,79

Avec des moyennes de respectivement 7,15 et 7,02, l'asymétrie informationnelle est réduite pour favoriser un meilleur échange et un meilleur retour de l'information (feedback). Par ailleurs, la répartition des moyens d'échange et de communication des médecins avec leurs chefs de service ou chefs d'équipe confirme l'orientation participative. L'importance accordée

¹ Saleem, H., *The impact of leadership styles on job satisfaction and mediating role of perceived organisational politics*, *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, Vol. 172, January 2015, pages 563-569, pp. 564-565.

à la participation des médecins aux réunions favorise une décentralisation décisionnelle et une intégration des médecins comme une partie prenante interne stratégique (tableau 5.7).

Cela montre que, contrairement aux pratiques et relations hiérarchiques formalistes entre les médecins et le top management, leurs premiers responsables priment le contact direct et l'échange frontalier. Il existe par contre une grande dispersion des données quant aux échanges par boîtes mails avec le plus grand coefficient de variation du tableau. Les 75% des médecins répondant au questionnaire, jugent que les courriels d'internet représentent en moyenne 12,5% des échanges ; c'est ce qui représente la moitié de la moyenne des réponses de l'étude.

5.1.3. Perception de l'implication de la direction dans le renforcement d'une culture de responsabilité des médecins

L'organisation d'actions de développement de la culture de responsabilité s'inscrit dans les plans d'actions, politiques et stratégies des CHU. Elle est par ailleurs centralisée au niveau de la direction des CHU. Les résultats du tableau 5.8 montrent que les médecins ont une mauvaise perception de l'implication du top management dans des actions d'intégration d'une culture de responsabilité¹. Un taux de 19,21% de médecins (1^{ère} ligne du tableau 5.8) est sensibilisé au développement des valeurs sociales par la direction.

Tab. 5.8. – Perception de la sensibilisation de la direction dans le développement d'une culture de responsabilité par les médecins

<i>Variables</i>	<i>Freq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
La direction sensibilise les médecins aux valeurs sociales (intégrité, équité, respect, etc.)	73	19,21	0,39	0,02
La direction sensibilise les médecins au développement durable (traitement des déchets, rationalisation dans la consommation d'eau, de papiers, responsabilité de tous au maintien de la propreté des espaces communs)	40	10,53	0,31	0,03
La direction a organisé des journées de sensibilisation de la responsabilité de chaque médecin dans la génération des valeurs sociales et environnementales	115	30,26	0,46	0,02
La direction a formé les responsables et les chefs de service dans le management responsable	50	13,16	0,34	0,03

Quarante médecins sur les 380 ayant participé à l'enquête (2^e ligne tableau 5.8) constatent les efforts qu'effectue la direction dans leur sensibilisation au développement durable, c'est ce qui ne représente que 10,53% des répondants. Par contre, 30,26% des médecins

¹ Caesens, G., Stinghamer, F., *The relationship between perceived organizational support and work engagement: The role of self-efficacy and its outcomes*, *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, Vol. 64, N. 5, September 2014, pages 259-267, pp. 259-262.

(3^{ème} ligne, tableau 5.8) ont pris connaissance et/ou ont assisté à des journées de sensibilisation de leur responsabilité individuelle et collective dans le développement des valeurs sociétales. Cependant, cela n'est pas soutenu par la formation des responsables aux pratiques responsables ayant pour finalité d'intégrer des valeurs responsables et des pratiques orientées vers un management responsable.

La mauvaise perception du niveau d'engagement et d'implication de la direction dans le renforcement de la culture de responsabilité décourage et démotive toute initiative de la part des médecins. Les médecins croient fortement que le développement de la culture doit avant tout être entrepris par les directions des CHU dans leurs plans d'action et stratégies. Un manque d'engagement et de sensibilisation hiérarchique au développement des valeurs responsables et à la responsabilisation de tous développe un sentiment de lassitude et de désengagement des médecins¹.

La focalisation de la direction sur d'autres aspects organisationnels entraîne deux situations. La première consiste dans la méconnaissance et le manque de prise de conscience des médecins de leur rôle actif dans le développement des valeurs responsables. La deuxième situation consiste à freiner toute initiative responsable entreprise par un groupe de médecins par manque du soutien hiérarchique. La perception des valeurs organisationnelles ainsi que de la satisfaction des pratiques managériales et du niveau d'implication de la direction varie fortement. Le niveau de sensibilisation des médecins à leur responsabilisation est fortement lié aux orientations de la culture organisationnelle dominante appliquée dans les CHU. Leur adhésion aux valeurs communes partagées dépend, non seulement des politiques entreprises mais aussi, des qualités des rapports existantes entre eux et la direction. Le style managérial ainsi que le style de leadership appliqué influence leur perception et leur niveau d'adhésion.

5.2. Sensibilité des médecins à la culture de responsabilité

Cette deuxième section permet de déterminer le niveau de sensibilité des médecins à la culture de responsabilité. Le premier point permet d'identifier leur personnalité pour identifier leurs besoins et motivations. Le deuxième point approfondit ces résultats pour déterminer les facteurs sources de motivation et de démotivation au niveau des CHU. Le dernier point permet d'étudier la force des valeurs de responsabilité des médecins.

¹ Hofstede, G., *Culture's consequences*. Ed. Sage Publications, London, 1984, pp. 25-36.

5.2.1. Identification de la personnalité des médecins

L'identification des besoins et des motivations des médecins est réalisée à travers deux matrices. La première étant celle de SONCAS. La deuxième se base des théories psychologiques des couleurs.

5.2.1.1. Par la matrice de SONCAS

Le tableau 5.9 illustre le classement de six besoins clés qui détermine la personnalité et les orientations idéologiques des médecins selon l'analyse par la matrice SONCAS. Il est par ailleurs noté que la plus petite valeur représente le besoin clé et que la plus grande valeur représente le besoin le moins prioritaire sans toutefois l'ignorer. La principale motivation et le premier besoin clé au travail qui motive les médecins est la nouveauté avec une moyenne de 2,04 (3^{ème} ligne du tableau 5.9). Ce besoin constant de nouveautés dans les activités et tâches assignées aux médecins démontre leur curiosité et recherche l'originalité dans le traitement de nouveaux cas médicaux. Etant ennuyés et démotivés dans un environnement routinier, standard et statique, les médecins ont donc besoin d'évoluer dans un environnement dynamique et constant afin d'être motivés et épanouis.

Tab. 5.9. – Identification des besoins et sources de motivation des médecins par la matrice SONCAS (Classement de 00 à 06)

<i>Variables</i>	<i>Moy</i>	<i>Rank</i>	<i>Min</i>	<i>Q3</i>	<i>Q5</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
S : J'ai un poste stable jusqu'à ma retraite, ce qui me permet de me sentir en sécurité financièrement	2,52	2,00	1,00	1,00	3,00	6,00	1,42	0,56
O : Mon statut me permet d'avoir un prestige et d'être considéré dans la société à ma juste valeur	3,95	4,00	1,00	3,00	6,00	6,00	1,68	0,42
N : Mon métier me permet de relever de nouveaux défis et de traiter de nouveaux cas	2,04	1,00	1,00	1,00	3,00	4,00	1,00	0,49
C : Mon poste me permet d'avoir des avantages et de voyager ; je me sens confortable dans ce que je fais	4,17	5,00	1,00	4,00	5,00	6,00	1,33	0,32
A : J'ai choisi cette profession car je peux gagner un salaire supérieur à la moyenne des salaires algériens	5,25	6,00	2,00	5,00	6,00	6,00	1,25	0,24
S : J'aime mon métier car je suis en contact direct avec les patients, je les aide à s'en sortir et cela me comble	2,74	3,00	1,00	1,00	4,00	6,00	1,56	0,57

Le deuxième besoin clé est la sécurité avec une moyenne de classement de 2,52 (1^{ère} ligne du tableau 5.9). Cela démontre la relation interdépendante entre la motivation au travail, le surpassement de soi et la stabilité au travail. Les médecins ont besoin d'être rassurés concernant la durabilité de leur emploi afin de pouvoir être engagés au niveau du CHU. En effet, le risque de perte de l'emploi ou d'un changement radical dans la structuration des CHU

impacte fortement les médecins et désoriente leurs priorités. Tout changement représente un danger quant à leur stabilité professionnelle et à leurs repères. Les médecins représentent selon le modèle SONCAS des éléments fidèles, qui prônent les décisions de groupe, qui hésitent et qui ont besoin de temps dans leur prise de décision. Ils ont par ailleurs un fort besoin de garantie et de récompenses suite aux efforts fournis afin de se sentir en sécurité et de maintenir leur niveau d'efficacité et d'engagement.

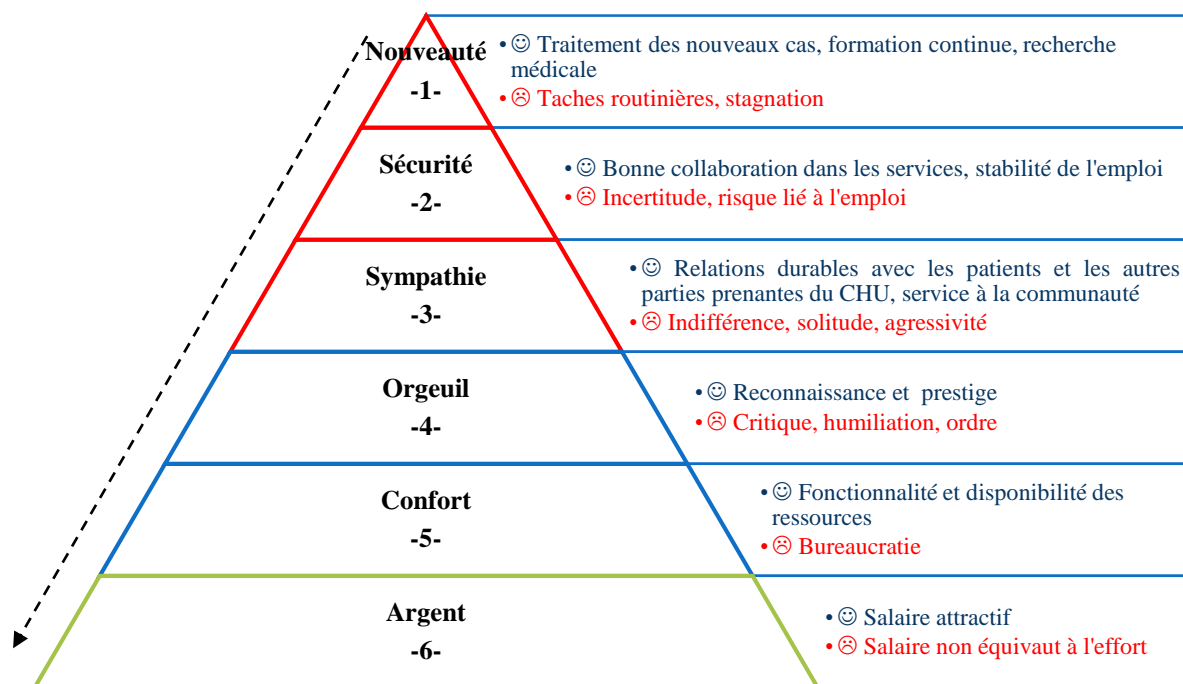
Le troisième besoin clé avec un classement de 2,74 est le besoin de sympathie (6^{ème} ligne du tableau 5.9). Cela montre que les médecins sont orientés vers la convivialité, les relations humaines, le besoin de rendre service et de servir d'exemple dans la société. Cela démontre aussi que les médecins aiment prendre leur temps dans le traitement des cas médicaux dont ils sont en charge. Etant attentionnés et aimant la chaleur humaine, l'agressivité, la solitude, l'indifférence et la déception représentent des sources de désengagement qui les démotivent. Selon le modèle SONCAS, les médecins sont motivés par le travail d'équipe, par l'échange et la reconnaissance, par les récompenses et cadeaux symboliques et par les relations durables avec l'ensemble des parties prenantes du CHU.

Il est à noter par ailleurs que les valeurs des trois premiers besoins clés sont très rapprochées 2,04 – 2,52 – 2,74. Ces trois premiers besoins doivent donc indispensablement être satisfaits dans une finalité de créer un environnement de travail adéquat et motivant pour une meilleure sensibilisation et un meilleur engagement des médecins. Les quatrième et cinquième besoins sont l'orgueil et le confort avec une moyenne de notation de respectivement 3,95 et 4,17 (tableau 5.9). Ces deux besoins représentent des besoins intermédiaires qui doivent être comblés au même niveau d'importance. Le quatrième besoin clé affirme quant à lui l'importance qu'accordent les médecins au prestige et à la mise en valeur de leur compétence. Ils supportent donc mal les critiques et les humiliations exercées par d'autres corps hospitaliers ou d'autres parties prenantes.

Ces traits les caractérisent comme étant fiers, dominants et individualistes. Cela représente un frein dans la collaboration avec les autres corps hospitaliers, cela représente la principale source de conflit avec le top management. Selon le modèle SONCAS, le cinquième besoin de confort se traduit par un besoin des médecins d'exercer dans un environnement posé qui les assiste et leur facilite leur travail permettant ainsi de simplifier au maximum leurs obligations médicales. Ils ressentent une crainte de la complexité et de la complication qui représente une source de démotivation et de désengagement. Cela montre aussi l'importance accordée aux différents avantages en termes de formation continue, de participation à des

conférences et aux avantages matériels et immatériels dont ils bénéficient dans leur vie professionnelle et personnelle.

Fig. 5.1. - Sources de motivation et de démotivation du corps médicale selon la matrice SONCAS



Le dernier besoin avec la valeur de 5,25 (5^{ème} ligne, tableau 5.9) démontre que, même si l'aspect financier reste le but fondamental de tout travailleur, il reste cependant secondaire pour les médecins. En effet, ils apprécient que la profession médicale soit une passion et un besoin de rendre service à la communauté. Les médecins accordant une plus forte importance au besoin d'argent, ils exercent par conséquent en privé pour leur compte ou pour le compte de cliniques privées¹ qui les rémunèrent par la suite. Contrairement à cette catégorie, les médecins exerçant au niveau des CHU algériens sont rémunérés mensuellement en fonction de leur grade et du nombre d'années d'expériences.

La figure 5.1 résume les principales sources de motivation et de démotivation réparties en 3 niveaux : Rouge (haute importance et non négligeable), Bleu (importance intermédiaire) et vert (élément de base). En effet, le niveau rouge impacte fortement l'épanouissement et le moral des médecins. Le bleu lui permet de satisfaire un besoin secondaire mais dans lequel ils

¹ Cette catégorie de médecins n'est pas prise en compte dans l'étude.

peuvent s'adapter s'ils n'exercent pas dans un environnement facilitateur et reconnaissant¹. Le niveau vert représente un besoin fondamental et basique qui est en lien avec les besoins physiologiques et de sécurité de la pyramide de Maslow².

La dominance des besoins clés du niveau rouge montre que l'engagement des médecins dans le renforcement de la culture de responsabilité favorise leur épanouissement et leur motivation. Les médecins sont motivés par l'amélioration continue et la nouveauté, par les bonnes collaborations, par la force des relations durables et par l'engagement social. Les traits de leur personnalité permettent de conclure qu'ils sont aptes à être sensibilisés aux valeurs responsables, mais aussi à sensibiliser leur environnement et à s'engager efficacement dans l'amélioration continue des CHU.

5.2.1.2. Par la matrice des couleurs

La personnalité verte (Sur la pyramide précédente) représente la personnalité dominante des médecins à hauteur de 50,26%. Il y a donc 191 médecins sur 380 qui ont un profond sens de l'écoute (Figure 5.2). Leurs traits de caractère se déterminent par le sens de l'écoute, la modestie, la démonstration, la sincérité, la fidélité, la loyauté et la possessivité. Ils représentent des atouts importants facilitant le développement de la culture de responsabilité. En effet, ils arrivent au bout de leurs tâches et obligations. Ils sont sensibles aux autres et donc aiment le travail en équipe. Ils favorisent les relations solides tout en évitant de manifester leurs problèmes.

Le développement de valeurs responsables leur permet de s'épanouir ; leur besoin d'appartenir à une équipe de travail soudée et renforcée est primordial. Leur niveau de responsabilité est encouragé par leurs besoins de construction de relations basés sur la confiance et le respect mutuels. De nature calmes, ils évitent toute situation conflictuelle ou opposition idéologique³. Ils accordent une grande importance à l'harmonie du groupe et ils préfèrent garder leurs opinions et remarques. C'est ce qui freine la décentralisation du pouvoir de l'hôpital et une participation horizontale et verticale optimale et efficace.

Le deuxième groupe qui se distingue à hauteur de 25% des médecins répondent à une dominance de la personnalité jaune (Figure 5.2). Ces médecins sont attirés par l'innovation, le

¹ Apak, S., Gumus, S., *A research about the effect of the leadership qualities of public administrators on the motivation of the employees*, Procedia – Social and Behavioural Sciences, Vol. 210, December 2015, pages 368-377, pp. 368-372.

² Mehran, F., *Psychologie positive et personnalité : Activation des ressources*, Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2012, pp.33-41.

³ Delerue, H., Bérard, C., *Les dynamiques de la confiance dans les relations inter-organisationnelles*, Revue Française de Gestion, Vol. 6, N. 175, 2007, pages 125-138, pp.131.

changement, la créativité et l'importance de l'ambiance amicale. Ils sont charmeurs, optimistes, stimulants, chaleureux et ont un sens de l'humour. Ils sont en recherche constant de reconnaissance et d'estime de soi et des autres. Ce point représente un blocage dans le travail d'équipe en conséquence du manque de confiance et du besoin d'être rassurés par leur équipe. Ils sont par ailleurs tournés vers le contact et vers l'équipe. Ces médecins sont efficaces dans une équipe dynamique à orientation collectiviste. Ils se sentent démotivés dans un environnement hiérarchique formalisé où la distinction entre la vie privée et professionnelle est un principe de base.

Ces médecins sont motivés en fonction des orientations de valeur de leur groupe d'appartenance. La décentralisation, la consultation et la participation des médecins permet la sensibilisation et le développement des valeurs responsables. Se sentant comme partie prenante importante à fort impact sur autrui, leur niveau d'engagement et d'implication est renforcé car connaissant la valeur de leur responsabilité dans le développement des CHU. Les deux derniers traits de personnalité des médecins sont le rouge et le bleu pour respectivement 13,95% chacun (Figure 5.2). Les médecins à orientation de la personnalité bleue sont analytiques et réservés. Etant perfectionnistes, ils se tournent vers les faits et l'approche méthodique et procédurière. Ils restent conformes aux instructions entraînant le refus de prise de risque.

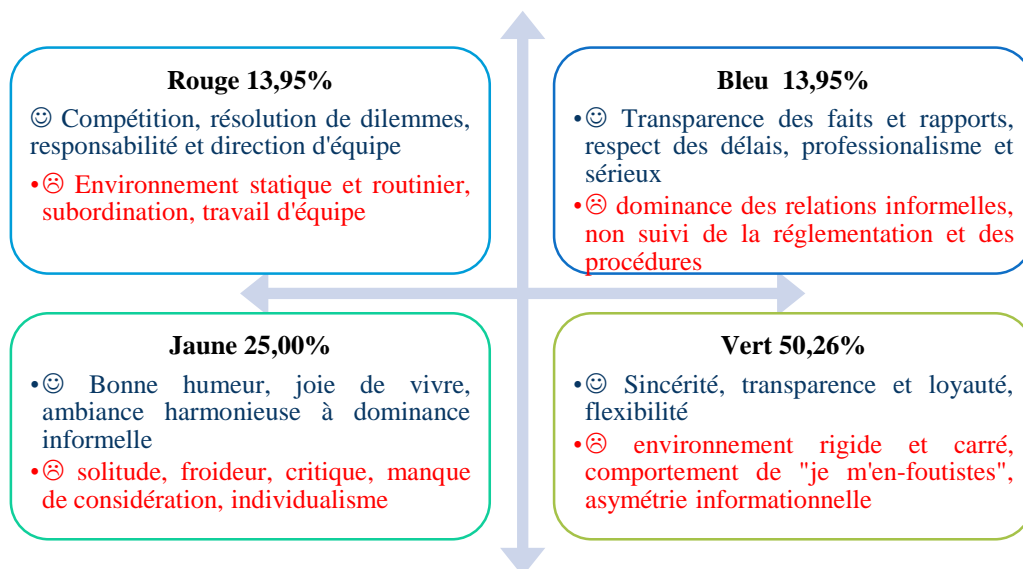
Ces médecins peuvent s'engager dans des actions de renforcement de la culture de responsabilité et de leurs valeurs responsables à condition de voir les retombés positifs en termes de performance globale. Le niveau de leur sensibilisation est donc proportionnel à l'amélioration significative à mettre en place au niveau de leur service et de leurs CHU. Les médecins à orientation de la personnalité rouge sont exigeants et directs. Ils sont motivés dans un environnement à forte compétition et aiment prendre en charge la résolution des conflits et problèmes.

Ils s'épanouissent en étant responsables et recherchent les défis et les prises de risques. L'amélioration de la performance, de la croissance et de la bonne image de marque des CHU permet de les sensibiliser à la culture de responsabilité¹. Ils sont donc conscients de leur rôle stratégique et leur sensibilisation est basée sur l'opportunité de mener et de diriger des actions responsables. Ils peuvent donc jouer un rôle important dans la sensibilisation de leurs équipes de travail aux valeurs responsables. Cela permet de les motiver, de satisfaire leur besoin de compétition et de direction.

¹ Boussuat, B., David, P., Lagache, J-M., *Manager avec les couleurs*, Ed. Dunod, 2^{ème} éd. 2013, Paris, pp. 30-45.

La figure 5.2 ci-dessous illustre les principales sources de motivation et de démotivation envers la sensibilisation aux valeurs responsables et envers le développement de la culture de responsabilité des médecins. De part ces différents traits de personnalités et de besoins, les différents ordres idéologiques trouvent leurs origines entre les différences de principes et de priorités. La personnalité bleue peut tomber en conflit avec la personnalité jaune (réservée) qui ne prime pas forcément avec un environnement à dominance informelle. Pour la personnalité bleue, la dominance informelle favorise le manque d'équité et d'égalité, ce qui développe des valeurs de favoritisme et de manque de rigueur. Sur un autre plan, la personnalité rouge s'oppose à la personnalité bleue.

Fig. 5.2. – Sources de motivation et de démotivation des médecins selon la matrice des couleurs



Les interactions professionnelles avec les médecins à orientation rouge freinent l'efficacité des médecins à orientation verte dans leur travail et dans la gestion de leurs obligations professionnelles. Ce mal-être est dû à un besoin d'harmonie, de calme et d'opportunité que la personnalité rouge veut exercer pour son besoin de compétition¹. Les points mentionnés en bleu dans la figure représentent donc les sources de motivation des médecins à un engagement responsable et actif afin d'obtenir un renforcement de la culture de responsabilité. Les points rouges résument quant à eux les sources de démotivation des médecins pour chacune des personnalités.

¹ Ruiz-Jiménez, M., & al., *Organisational harmony as a value in family businesses and its influence on performance*, *Journal of Business Ethics*, Vol. 126, N. 2, 2015, pages 259-272, pp. 261-263.

5.2.2. Identification des sources de motivation et de démotivation des médecins

Ce point permet d'identifier le niveau de sensibilisation des médecins aussi bien aux facteurs source de motivation mais aussi de démotivation. Cela permet aussi d'étudier leur impact sur leur niveau de sensibilisation à la responsabilisation.

5.2.2.1. Facteurs sources de motivation à la responsabilisation

Le tableau 5.10 illustre le degré de sensibilité des médecins aux différents facteurs qui sont à l'origine de leur motivation à la responsabilisation. Les résultats démontrent que les médecins ne considèrent pas la programmation des formations de perfectionnement et la satisfaction des avantages sociaux comme facteurs source de motivation pour respectivement 1,05% et 0,26% (2 dernières lignes du tableau 5.10, 2^{ème} colonne). Cela traduit l'insatisfaction des médecins vis-à-vis de ces deux facteurs.

Tab 5.10. – Identification des sources de motivation à la responsabilisation des médecins

<i>Variables</i>	<i>Freq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>CV</i>	<i>Rank</i>
En cas d'urgence personnelle, la direction me libère et répond à mes besoins de façon appropriée	235	61,84	0,49	0,01	1
Le travail dans ce service ou CHU me permet de maintenir un équilibre entre mon travail et ma vie privée	219	57,63	0,49	0,01	2
Je n'ai observé aucune forme d'harcèlement moral ou sexuel	195	51,32	0,5	0,01	3
Je n'ai observé aucune forme de discrimination et de racisme dans mon CHU	192	50,53	0,5	0,01	4
J'ai de bonnes perspectives d'avancement dans mon service ou CHU	100	26,32	0,44	0,02	5
Le perfectionnement et la recherche médicale sont des priorités au niveau du CHU	96	25,26	0,44	0,02	6
La diversité est voulue, acceptée et encouragée dans mon service ou CHU	78	20,53	0,4	0,02	7
Le respect entre collègues et entre les médecins et la direction est la première réussite de notre CHU	73	19,21	0,39	0,02	8
Le CHU parvient à susciter la satisfaction de tous (le corps hospitalier, les fournisseurs, les patients, etc.)	62	16,32	0,37	0,02	9
Les politiques, procédures et les mesures disciplinaires sont applicables de la même manière envers tous	51	13,42	0,34	0,03	10
La direction a programmé les formations nécessaires à mon perfectionnement	4	1,05	0,1	0,1	11
Je suis satisfait(e) des avantages sociaux dont j'ai droit dans mon CHU	1	0,26	0,05	0,19	12

Les médecins rencontrent des freins organisationnels limitant le développement de leurs compétences médicales, scientifiques et transversales. La cause de cela est due au manque

d'accès aux formations continues d'ordre national/international et d'ordre interne/externe. Cela démontre aussi le manque d'accès des médecins aux activités de vacances et de loisirs, aux prêts bancaires et aux aides financières accordées par les œuvres sociales pour cause d'asymétrie informationnelle.

L'attribution de ces avantages sociaux est considérée comme sélective en fonction de l'appartenance aux groupes restreints informels. Ces avantages restent centralisés pour les équipes managériales et pour les responsables. Les médecins sont par contre très sensibles à la flexibilité et à la compréhension au niveau de leur environnement de travail. Ils sont donc motivés au sein d'une équipe flexible, qui innove et qui leur permet de s'expérimenter¹. Ils se motivent aussi à travers la liberté et l'autonomie de prise de décisions en se basant sur leurs compétences et propres méthodologies. Les bons rapports entre les membres des médecins et entre les médecins et les autres corps hospitaliers (top management, corps des infirmiers et aides-soignants, corps administratif et technique) représentent une source de motivation.

L'existence de valeurs de compréhension, de travail d'équipe, d'échange et de transparence renforce leur engagement à la responsabilité. L'absence de discrimination et de tout type d'harcèlement est une source de motivation importante qui valorise la sensibilité à l'équité. Les médecins considèrent l'équilibre entre travail et vie privée comme une source de motivation. Cela contribue positivement à leur épanouissement et réduit considérablement leur niveau de stress. Par contre, très peu de médecins considèrent que l'égalité d'application de procédures disciplinaires et la satisfaction des parties prenantes comme facteurs source de motivation².

Les médecins sont persuadés que le top management et la politique des CHU ne déploient pas les bonnes stratégies afin d'obtenir une satisfaction optimale de l'ensemble des parties prenantes internes et externes. En deuxième lieu, le traitement du cas par cas et le manque d'égalité de l'application des procédures et règles disciplinaires démotivent. En effet, cela dépend fortement d'un système social informel qui est régi en fonction de l'appartenance aux groupes informels et non hiérarchisés. Il y a donc un fort pourcentage des médecins qui ne considèrent pas l'ensemble des 12 facteurs comme source de motivation.

¹ Kleijnen, J., & al., *Effective quality management requires a systematic approach and flexible organisational culture: qualitative study among academic staff*, Quality in Higher Education, Vol. 20, N. 1, 2014, pages 103-126, pp. 104-105.

² Tomazenic, N., Seljak, J. et Aristovnik, A., *The interaction between occupational values and job satisfaction in an authoritative public administration organisation*, Total Quality Management & Business Excellence, 09 March 2016, pages 1- 16, pp. 1-3.

Cela s'explique par leurs orientations idéologiques qui ne placent pas ces facteurs comme source de motivation en premier lieu. Cela s'explique en deuxième lieu par le degré d'insatisfaction des médecins, ce qui les pousse à ne pas les classer comme source de motivation. Les résultats des écarts-types et des coefficients de variation démontrent qu'il existe peu d'écart entre les réponses. Les médecins partagent relativement les mêmes idées de degré d'importance ou de degré de sensibilisation aux sources. Les 4 premiers facteurs sont retenus comme facteurs de motivation pour un minimum de 50% de sensibilisation. Ces facteurs expliquent leurs valeurs/comportements et définissent les orientations et fondements de la culture de responsabilité des médecins. Le reste des facteurs ne peut être représentatif ; un minimum de 50% d'insensibilisation des médecins est requis.

5.2.2.2. Facteurs sources de démotivation à la responsabilisation

Le tableau 5.11 illustre le degré de sensibilité des médecins aux différentes sources qui sont à l'origine de leur démotivation. La source affectant le plus le moral et la motivation des médecins est la bureaucratie. Celle-ci représente une source d'un désengagement interne. Ce résultat démontre que les médecins considèrent les procédures administratives et bureaucratiques comme des sources de blocages internes. Ces blocages freinent ou ralentissent significativement leur productivité, leur sensibilité à leur responsabilité et leur niveau d'engagement. Les délais de transmission des informations, de réponses aux requêtes et de demandes formulées par les médecins sont soumis à l'approbation hiérarchique.

Les différents services sont soumis à l'approbation de différents niveaux hiérarchiques et nécessitent des validations ou la disponibilité/déblocage des ressources nécessaires. Il existe une forte incompréhension entre les médecins et les équipes du top management qui se composent des chefs de service ou des responsables reliés à la direction générale du CHU. Les médecins exigent la disponibilité de l'ensemble des ressources dans les plus brefs délais. Etant focalisés sur une meilleure performance et réactivité, ils ne tiennent en compte que des démarches nécessaires liées à la satisfaction de leurs requêtes. Sur un autre plan, l'équipe administrative et le top management appliquent des procédures administratives relativement longues qui peuvent s'étaler sur plusieurs mois en fonction de l'importance de la requête.

Cette lenteur administrative imposée aux médecins influe sur leur organisation de temps de travail¹. Ils se sentent conditionnés, freinés, bloqués. Cela les démotive et les désengage vis-

¹ Syafii, L-I., & al., *The role of corporate culture and employee motivation as a mediating variable of leadership style related with the employee performance*, *Procedia - Social and Behavioural Sciences*, Vol. 211, 25 November 2015, pages 1142-1147, p. 1145.

à-vis de leur rôle dans le renforcement de la culture de responsabilité. Le deuxième facteur causant l'insatisfaction et la démotivation des médecins est la rigidité des mesures contre les fautes professionnelles à un taux de sensibilité de 45,26%.

En dépit d'un facteur de compétence, les médecins insistent sur le fait que la surcharge et la répartition non homogène du travail est une source de stress. Cela est à l'origine de fautes professionnelles causées par la saturation et la fatigue qui, elles même, impactent sur leur humeur, leur sérieux, leur motivation et leur performance. Par ailleurs, le troisième facteur avec un taux de sensibilité de 36,58% concerne le non-respect des délais causé par des facteurs environnementaux (2^{ème} ligne, tableau 5.11). Il existe deux points qui sont à l'origine de l'incapacité à respecter les délais. Le premier représente la bureaucratie, alors que le deuxième est engendré par le manque d'accessibilité ou de disponibilité du matériel médical ou d'une ressource stratégique.

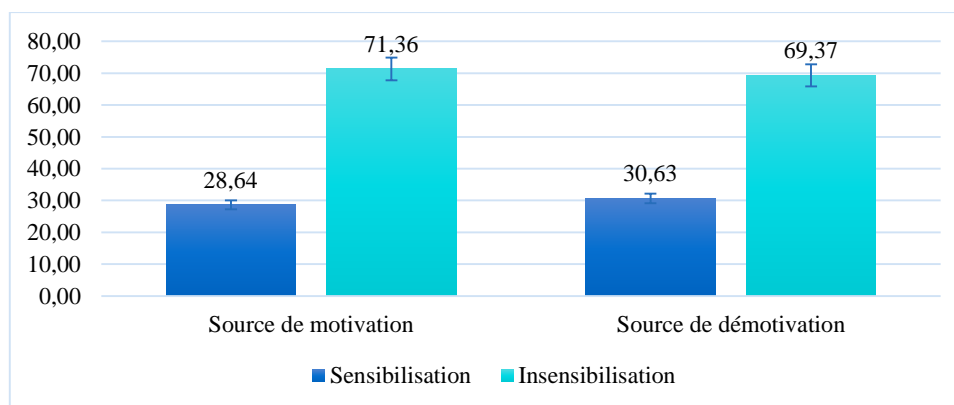
Tab. 5.11. – Mesure de la dispersion des valeurs des facteurs source de démotivation

<i>Variables</i>	<i>Freq</i>	<i>Moy %</i>	<i>Freq</i>	<i>Moy %</i>	<i>Rank</i>
La bureaucratie me freine beaucoup et me démotive	245	64,64	0,48	0,01	1
Je n'arrive pas à respecter les délais établis à cause de facteurs qui ne dépendent pas de moi	139	36,58	0,5	0,01	2
Il existe des distractions et sources nuisibles affectant mon travail	114	30	0,48	0,01	3
Je fais de mon mieux pour recevoir des formes de récompenses non monétaires au niveau du CHU	107	28,16	0,46	0,02	4
Il existe beaucoup de favoritisme dans mon CHU, cela me démotive	92	24,21	0,45	0,02	5
Je n'assiste pas aux réunions car je les considère inutiles et non génératrices de vrais changements	77	20,26	0,43	0,02	6
Je prends les critiques de mes collègues comme des critiques personnelles	40	10,53	0,4	0,02	7

Il y a 24,21% des médecins qui sont sensibles ou affectés par le favoritisme au sein des CHU (5^{ème} ligne, tableau 5.11). L'existence de groupes restreints accordant une grande importance à la hiérarchie informelle n'est pas une source significative de démotivation. Les privilèges intragroupes restreints sont normalisés et font partie intégrante des pratiques managériales. La culture algérienne ne distingue pas entre la vie professionnelle et personnelle. Un taux de 10,53% considère toute critique comme une attaque personnelle visant à les déstabiliser et à remettre en doute leur compétence ou crédibilité (Dernière ligne du tableau 5.11). Ces critiques remettent en doute la construction de relations amicales entre les médecins.

Les résultats montrent que les médecins accordent un niveau de sensibilité qui diffère selon leur personnalité et leurs catégories d'appartenance¹. L'avis est aussi divisé dans la considération des réunions comme source de changement et d'amélioration. Il est aussi considéré comme source d'échange, de transmission de l'information, de résolution des conflits et de mise au point. D'autres le considèrent comme une perte de temps, un fardeau et comme des échanges non constructifs. Le taux de participation y est faible et les médecins ne s'y rendent qu'en étant obligés. Le facteur ayant le moins de sensibilité chez les médecins est le désengagement et la démotivation pour cause des comportements "Je m'en-foutistes". En effet, ces comportements opportunistes, individualistes et de laisser-aller démotivent les médecins.

Fig. 5.3. – Comparaison de la sensibilisation aux facteurs source de motivation et de démotivation des médecins (%)



L'importance accordée aux intérêts personnels perturbe l'intérêt commun et la qualité de l'environnement interne du travail. Dans ce sens, les médecins ne considèrent pas l'existence de ce genre de comportements comme des sources de démotivation. La bureaucratie qui est considérée comme une source de démotivation dépasse le taux de 50% dans la sensibilisation des médecins, elle est à l'origine des insatisfactions, des désengagements et des démotivations. Les médecins se considèrent flexibles mais ne laissent pas les sources de distractions et toutes autres sources nuisibles affecter le moral des équipes médicales. En effet, une valeur commune est mise en évidence.

Cette valeur consiste à associer un bon médecin à sa maîtrise de ses émotions. Elle est aussi associée à la capacité d'adaptation efficace aux contraintes environnementales sans pour

¹ Syazliana, A-M-I., Rabiah, A-W., Aini, J., *Corporate cultures integration and organizational performance: A conceptual model on the performance of acquiring companies*, *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, Vol. 172, 27 January 2015, pages 591-595, p. 594.

autant être affectée par leurs aspects négatifs. La figure 5.3 permet de comparer le taux de sensibilisation aux facteurs qui représentent une source de motivation et de démotivation. La sensibilisation des médecins aux sources de motivation est proportionnelle à l'implication du top management. En effet, le top management peut intervenir positivement à mieux les motiver et à renforcer leurs valeurs à travers leur engagement et dévouement envers leur service ou CHU d'appartenance. Ces 28,64% (Figure 5.3) sont enclins à développer des valeurs fortes et responsables. Ils jouent un rôle stratégique dans la participation à la génération d'une forte culture de responsabilité des médecins et en même temps, ils contribuent au renforcement de la culture organisationnelle dominante des CHU.

Les médecins qui sont peu ou non sensibles aux facteurs sources de motivation sont difficiles à cerner. Leur implication dans des démarches d'amélioration continue ne peut être volontaire. Ils sont désengagés à cause de leur sentiment de non-appartenance. Ils ont donc une vision à court terme en se limitant à la réalisation de leurs obligations. Ces médecins s'orientent plutôt vers des recherches de nouvelles opportunités ailleurs¹. Contrairement à la sensibilité aux facteurs de motivation, une forte sensibilité aux facteurs sources de démotivation est une faiblesse au sein des CHU.

En effet, plus les médecins y sont sensibles et plus une grande instabilité domine. Cela montre que chaque changement impacte fortement le moral, le climat social, la force de la culture de responsabilité et aussi la productivité des médecins. Une forte sensibilité aux facteurs de démotivation favorise la génération d'une sous-contreculture. Celle-ci génère des valeurs non intégratrices et peu responsables. Ces résultats montrent que la qualité de l'environnement impacte fortement sur leurs activités mais aussi qu'ils se considèrent désengagés vis-à-vis de toute responsabilité dépassant leurs obligations professionnelles.

5.2.3. Force des valeurs de responsabilité des médecins

Les points qui suivent permettent d'étudier plusieurs aspects permettant de déterminer la force des valeurs de responsabilité des médecins. Le premier point analyse le niveau de sensibilisation des médecins aux principes d'engagements vis-à-vis de leurs responsabilités. Le deuxième s'oriente vers leur niveau d'implication dans leur responsabilité sociétale. Le troisième aborde les actions sociétales émises par les médecins dans la cadre du renforcement

¹ Baysak, B., Yener, M-I., *The relationship between perceived leadership style and perceived stress on hospital employees*, *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, Vol. 207, 20 October 2015, pages 79-89, p.82.

de la culture de responsabilité. Le dernier point permet d'identifier les habitudes et traditions de travail propres aux CHU.

5.2.3.1. Principes d'engagements des médecins dans leurs responsabilités

Le tableau 5.12 permet d'apprécier le taux des médecins ayant des principes et des engagements de responsabilité dans le but de contribuer au renforcement de leur culture de responsabilité. Le taux de 80,26% (1^{ère} ligne, tableau 5.12) étant celui des médecins estimant avoir une part de responsabilité dans la qualité des échanges et des collaborations avec leurs équipes de travail. Cela confirme par ailleurs l'importance accordée à l'entente et à l'harmonie qui prédominent chez les médecins PN (analyse transactionnelle), la personnalité verte (matrice des couleurs) et la personnalité sympathie (analyse SONCAS).

Tab. 5.12. – Principes d'engagement des médecins dans leurs responsabilités (%)

<i>Variables</i>	<i>Freq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>CV</i>	<i>Rank</i>
J'ai ma part de responsabilité dans la qualité du dialogue social et des échanges avec mon équipe de travail	305	80,26	0,4	0	1
Je suis conscient de mon impact sur la santé mentale et physique de mes patients par mes actions/paroles	261	68,68	0,46	0,01	2
Je me sens responsable vis-à-vis de ma contribution dans l'amélioration de mon CHU	218	57,37	0,5	0,01	3
Il est de ma responsabilité de faciliter l'accès aux services essentiels et aux démarches vitales aux soins	177	46,58	0,5	0,01	4
Je me sens responsable dans la prévention, dans l'orientation et dans le transfert d'expérience de mes jeunes collègues	175	46,05	0,5	0,01	5
j'ai une part de responsabilité en faisant du CHU un établissement actif et engagé socialement	163	42,89	0,5	0,01	6
Ma responsabilité est d'intervenir et de dénoncer toute forme de discrimination, harcèlement ou violation des droits d'un collègue ou d'un patient	143	37,63	0,49	0,01	7
Je suis responsable dans le développement des compétences par mes contributions scientifiques et médicales	142	37,37	0,48	0,01	8
Je crée de la valeur ajoutée autour de moi	141	37,11	0,48	0,01	9
Mon comportement, mon sérieux ou mon manque de sérieux impactent mon environnement de travail	120	31,58	0,47	0,01	10
J'ai ma part de responsabilité dans le tri des déchets et dans la rationalisation de la consommation du papier ou de toute matière augmentant le volume des déchets hospitaliers	112	29,47	0,46	0,02	11
J'ai un pouvoir d'influence positif que je peux apporter afin de sensibiliser mes collègues sur les plans organisationnel, comportemental et scientifique.	106	27,89	0,45	0,02	12
Mes décisions impactent les activités, les décisions de l'organisation et les actions courantes et stratégiques	10	2,63	0,16	0,06	13

La nullité de la valeur du CV et le petit écart constaté pour l'E-T permettent d'apprécier l'homogénéité des réponses des médecins. Par contre seul 2,63% (tableau 5.12, dernière ligne) des médecins se sentent responsables de l'impact de leurs décisions individuelles/ de l'équipe

de travail sur les activités/ actions courantes et stratégiques. Cela montre qu'il y a une faible sensibilisation ou prise de conscience de leur rôle actif dans l'amélioration des pratiques managériales. Ce principe a par ailleurs la plus grande dispersion des données avec la plus grande valeur du CV égalant 0,6. Les trois premiers principes et engagements sont alors significatifs vu qu'ils représentent plus de 50% de sensibilisation à la responsabilité des médecins. Les médecins sont donc conscients de leur engagement vis-à-vis de la qualité des interactions, de la qualité de la prise en charge des patients et de la contribution dans l'amélioration continue.

Comprises entre 80,26% et 57,37% de sensibilisation aux principes d'engagement à la responsabilité (tableau 5.12), ces valeurs peuvent alors bien être développées et renforcées à travers des actions de sensibilisation conduites par la direction des CHU. Cependant, les résultats montrent que plus de 50% des médecins ayant répondu au questionnaire sont avant tout sensibilisés à leur responsabilité vis-à-vis de l'amélioration de la performance médicale. Telle que l'amélioration du dialogue, la prise en charge du patient et l'amélioration continue dans les CHU représentent avant tout des indicateurs ayant pour finalité d'améliorer les conditions de productivité¹.

Il y a par contre 9 principes d'engagement à la responsabilité qui sont compris entre 46,58% et 27,89% de sensibilisation (tableau 5.12). Cela montre que des valeurs comme la facilitation à l'accès aux soins, le transfert de savoir, l'orientation RSO, la contribution organisationnelle et la création de valeur représentent des valeurs intermédiaires. Les médecins partagent donc une valeur de base définissant leur sérieux et leur engagement avant tout par leur performance médicale et leurs résultats médicaux.

L'aspect de développement des compétences, de transfert de savoir, voir même de contribution scientifique ont un coefficient d'importance moyen et non prioritaire. Les médecins ont un faible niveau d'engagement dans ces valeurs car cela est la responsabilité des autres corps hospitaliers, dont la direction. Les résultats montrent aussi que les médecins ne prennent pas conscience de l'importance de leur niveau de sensibilisation sur les différentes améliorations hors performance médicale. La centralisation dans la pouvoir de l'institution hospitalière autour des orientations stratégiques des CHU représente donc un frein limitant le niveau de sensibilisation des médecins sur différents principes. Leur compétence, leur sérieux et leurs actions se limitent selon les médecins, uniquement sur le volet médical.

¹ Singhapakdi, A., & al., *The impact of incongruity between an organization's CSR orientation and its employees' quality of work life*, *Journal of Business Research*, Vol. 68, N. 1, January 2015, pages 60-65, pp. 60-62.

5.2.3.2. Niveau d'implication des médecins dans leur responsabilité sociétale

Le tableau 5.13 montre que le niveau d'implication des médecins varie entre 10 à 72,63% en fonction des variables. La majorité des médecins souhaitent être impliqués dans l'amélioration continue et dans le devenir à moyen et à long terme de leurs CHU respectifs. La valeur centésimale de 50% de l'effectif déclare être dans un environnement optimal qui leur permet d'être efficaces et de développer leurs compétences. De par l'implication des médecins, il est possible donc d'identifier certaines valeurs qui allient la motivation au niveau d'implication puisque 44,74% ressentent une fierté quant à leur appartenance au CHU. Cela montre bien leur perception d'une bonne image de marque des CHU et permet de considérer les CHU comme un système social dont ils sont fiers d'en faire partie. Leur milieu de travail représente alors une partie de leur vie qui leur permet d'être épanouis. Leur travail en tant que médecins, n'est donc pas considéré de leur part comme de simples tâches et obligations à respecter dans le cadre de leurs missions.

Tab. 5.13. – Niveau d'implication des médecins envers leurs CHU respectifs (%)

<i>Variables</i>	<i>Freq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>CV</i>	<i>Rank</i>
Je suis prêt à faire de gros efforts, au-delà de ce qui est attendu pour aider le CHU où je travaille à s'améliorer	276	72,63	0,45	0,01	1
Je me sens vraiment concerné par le futur de ce CHU	208	54,74	0,50	0,01	2
Ce CHU me permet de donner le meilleur de moi-même	190	50,00	0,50	0,01	3
Je suis fier de dire aux autres que je travaille dans ce CHU	170	44,74	0,50	0,01	4
Je n'ai aucun avantage particulier à rester indéfiniment dans ce CHU	169	44,47	0,50	0,01	5
Je pourrais tout aussi bien travailler pour un autre CHU dans la mesure où mon travail resterait le même	153	40,26	0,49	0,01	6
je suis reconnu et récompensé pour mes efforts	79	20,79	0,41	0,02	7
Pour moi, le CHU où je travaille est le meilleur CHU algérien où je pourrais travailler	43	11,32	0,32	0,03	8
J'ai fait une très grave erreur en décidant de travailler dans ce CHU	38	10,00	0,30	0,03	9

Cependant, même si 44,74% sont fiers d'appartenir à leurs CHU respectifs (4^{ème} ligne du tableau 5.13), 44,47% jugent ne pas avoir d'avantages à faire carrière à long terme dans la même entité (5^{ème} ligne du tableau 5.13). En effet, la mobilité géographique, voir même la démission et l'investissement dans une carrière privée, sont fortement constatés dans les résultats de l'étude. Même si les médecins sont donc bien intégrés et développent une forte culture de responsabilité vis-à-vis de leurs CHU, leur degré de fidélité n'entrave en rien les possibilités de recherche de meilleures opportunités ailleurs. La réduction du turn-over ne peut donc être expliquée qu'en fonction du niveau de motivation, d'engagement et de fierté d'appartenance des médecins à leurs CHU.

Par ailleurs, 40,26% se trouvent obligés de changer de CHU si l'ensemble des conditions de travail restent inchangé (6^{ème} ligne du tableau 5.13). Cela confirme alors les résultats présentés pour les deux points précédents. Les résultats montrent, que même s'il y a un fort taux d'implication des médecins, seul 20,79% témoignent être reconnus en fonction de leur niveau de compétence (7^{ème} ligne du tableau 5.13). Par ailleurs, un faible taux de médecins de 11,32% (considéré comme non significatif) regrette qu'il ne soit pas dans le meilleur CHU, et 10% s'en veut pour leur mauvais choix de l'intégration au niveau de leur CHU d'appartenance (2 dernières lignes du tableau 5.13). Ce qui explique par ailleurs, la motivation des médecins à intégrer les plus grands CHU de renom du pays en raison des possibilités de développement de carrières qui y sont en jeu.

5.2.3.3. Actions sociétales entreprises par les médecins

Après avoir présenté le niveau d'engagement et d'implication des médecins, le tableau 5.14 présente leurs différentes actions. Le taux de 67,89% montre le nombre de médecins conscients de leurs responsabilités et de leur impact à travers leur niveau d'exemplarité professionnelle (1^{ère} ligne du tableau 5.14). Ils reconnaissent donc leur responsabilité dans la bonne conduite et dans l'orientation qu'ils peuvent avoir dans l'influence d'autrui à l'adoption des valeurs et comportements responsables.

Les médecins répondant à ces valeurs, dissocient donc entre leur comportement et leur niveau de motivation, d'adhésion aux valeurs et d'appartenance à la culture de responsabilité hiérarchique et formelle. Les médecins sont par ailleurs conscients de leur responsabilité vis-à-vis de l'harmonie sociale et organisationnelle puisque 64,74% préfèrent favoriser des échanges non conflictuels afin d'éviter les affrontements pouvant impacter négativement le respect et la qualité des interactions (2^{ème} ligne du tableau 5.14).

Les valeurs de la responsabilité morale et sociale existent chez la majorité des médecins. La transmission des valeurs responsables est aussi un aspect important de la force de la culture de responsabilité des médecins. Les nouveaux collègues sont donc intégrés dans le groupe à travers leur apprentissage des valeurs communes partagées. Les médecins sont aussi sensibles à leur responsabilité dans la transmission du savoir-faire et du savoir-être. L'importance accordée à la recherche scientifique représente alors un moyen de sensibilisation à l'amélioration et au transfert des compétences. La valeur de 49,47% représente le nombre de

médecins sensibles à leur responsabilité éthique à travers leur rôle dans le maintien de l'intégrité et des droits propres au respect de chaque partie prenante interne¹ (5^{ème} ligne du tableau 5.14).

La ligne 6 du tableau 5.14 montre que 41,32% des médecins sont sensibles à leur responsabilité dans l'amélioration de la qualité de vie et de l'environnement du travail. En effet, les efforts fournis dans le renforcement de valeurs positives à travers l'importance accordée à la bonne humeur et à l'optimisme renforcent les liens entre les médecins et le reste des corps hospitaliers. Cela permet de les fidéliser et de les motiver pour une meilleure harmonie et un meilleur engagement. Par ailleurs, 40% des médecins reconnaissent être sensibilisés aux valeurs de citoyenneté ayant pour objectif de contribuer à une création de valeur autour d'eux (7^{ème} ligne, tableau 5.14).

Tab. 5.14. – Comportements et actions des médecins dans leurs CHU respectifs (%)

<i>Variables</i>	<i>Freq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>CV</i>	<i>Rank</i>
Je m'efforce d'avoir un comportement et un professionnalisme exemplaire	258	67,89	0,47	0,01	1
J'évite au mieux l'affrontement avec mes collègues afin de réduire la création de conflits	246	64,74	0,48	0,01	2
J'aide tout nouveau collègue à intégrer le métier, je l'oriente et lui montre les ficelles du métier	205	53,95	0,50	0,01	3
Ma contribution scientifique est mon meilleur moyen de sensibilisation, c'est mon héritage pour mes confrères	200	52,63	0,50	0,01	4
Je défends toute personne, patient ou collègue subissant toute forme de violation des droits	188	49,47	0,50	0,01	5
Je fais de mon mieux d'apporter de l'optimisme et de la bonne humeur dans mon environnement de travail	157	41,32	0,49	0,01	6
Je suis convaincu que je joue un rôle actif dans l'amélioration du monde qui m'entoure	152	40,00	0,49	0,01	7
Je m'engage corps et âme dans le soutien des malades dont je suis en charge tant moralement que médicalement	149	39,21	0,49	0,01	8
Je sensibilise mes collègues à s'améliorer et les raisonne, il m'arrive même de jouer le rôle du médiateur	99	26,05	0,44	0,02	9
Je trie les déchets et je rationalise ma consommation d'eau, d'électricité, de papiers etc... dans mon lieu de travail	78	20,53	0,40	0,02	10
J'émet des actions pour rendre agréable la vie des patients au CHU (exemple faire sortir en promenade des cancéreux, organiser des fêtes dans le service de pédiatrie, etc...)	21	5,53	0,23	0,04	11

Même si les médecins sont sensibles à une hauteur de 46,58% à leur responsabilité de faciliter l'accès aux services essentiels et les démarches vitales aux soins (tableau 5.14 engagement), cependant, 39,21% d'entre eux s'y engagent (8^{ème} ligne du tableau 5.14). Ces résultats montrent qu'il existe donc une grande différence entre le principe à l'engagement, le niveau de l'implication et les actions. Le premier niveau représente une idéologie qui peut être innée ou construite. Cependant, les réels résultats sont représentatifs en fonction des actions qui

¹ Blok, V., & al., *Encouraging sustainability in the workplace : a survey on the pro-environmental behaviour of university employees*, *Journal of Cleaner Production*, Vol. 106, November 2015, pages 55-67, pp. 55-58.

en découlent de réelles implications des médecins. Il existe donc un écart entre l'idéologie ou la valeur responsable et son application effective au service des CHU. Un écart est aussi constaté entre les intentions d'engagement des médecins quant aux faire-part aux activités sociétales et les réelles actions dont lesquelles ils s'y engagent.

5.2.3.4. Habitudes, traditions et coutumes internes

Les médecins ayant répondu au questionnaire ne dissocient pas entre les valeurs et les habitudes, traditions et coutumes internes. Les perceptions positives les plus fréquemment citées par les médecins s'orientent autour d'actions humanitaires et de l'importance de l'harmonie dans le groupe (tableau 5.15). Les médecins s'associent à des associations caritatives ayant pour finalité d'aider les enfants hospitalisés au niveau des CHU. La principale étant l'association "El-Souk" qui se déploie dans plusieurs villes.

Tab. 5.15. – Perception des habitudes, traditions et coutumes internes

<i>Perception positive</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Perception négative</i>	<i>Fréquence</i>
Association caritatives, actions humanitaires, relation sociales importantes, dialogue, honnêteté, importance de la famille au travail, sensation d'appartenance.	[201-380]	Pas d'habitudes, aucune culture-interne de responsabilité.	[201-380]
Respect mutuel, encouragement, esprit d'équipe, communication diverses, divertissements	[101-200]	Surcharge de travail, manque de temps, beaucoup de stress	[101-200]
Sorties et excursions, changements des lieux, grande famille inséparable, travail d'équipe comme une famille	[1-100]	-	[1-100]

Ses membres appartiennent principalement aux groupes des étudiants en médecine, des internes, des résidents, des médecins généralistes et spécialistes. L'adhésion à ses associations permet de renforcer les valeurs responsables des médecins. Cela permet par ailleurs de favoriser leur engagement envers la prise en charge tant médical que moral des patients. Les médecins adhérant à cela s'investissent aussi dans les différentes aides financières octroyées à des familles ne pouvant plus assumer les frais médicaux. Des valeurs de citoyenneté sont donc développées à travers ces associations ou à travers leur investissement dans des actions humanitaires¹.

¹ Whitmarsh, L., O'Neill, S., *Green identity, green living? The role of pro-environmental self-identity in determining consistency across diverse pro-environmental behaviours*, *J. Environ. Psychol.*, Vol. 30, N. 3, 2010, pages 305-314, pp.306-308.

L'importance de l'appartenance à une famille et à des bonnes relations basées sur l'intégrité et l'honnêteté représente alors une coutume. Celle-ci conditionne donc les différents rapports, détermine le niveau de motivation des médecins et influe donc sur leur niveau de sensibilisation aux valeurs responsables. Cependant, ces perceptions positives sont considérées comme des initiatives personnelles et indépendantes par rapport à leur responsabilité vis-à-vis des CHU. Par ailleurs, les médecins ne reconnaissent pas qu'il y ait des habitudes de responsabilisation ou bien une forte culture de responsabilité.

Les valeurs développées sont donc des valeurs personnelles qui se construisent en fonction de la volonté et de la motivation du groupe. Elles représentent des fondements moraux propres à chaque groupe et à chaque personne. De ce fait, ces résultats montrent le faible impact des actions et de l'implication de la direction dans le renforcement de la culture de responsabilité des médecins. Il y a des perceptions positives qui sont citées par, en moyenne, la moitié des répondants. Selon eux, le renforcement de la culture de responsabilité passe avant tout par des activités de divertissement ayant pour but de renforcer les liens partagés entre collègues.

La qualité de la dynamique relationnelle conditionne alors la culture propre aux médecins. Et ce renforcement favorise alors une plus grande sensibilisation à la responsabilisation individuelle et collective. Concernant les perceptions négatives, l'accroissement des sources de stress et la surcharge de travail ne permet pas le développement d'une culture propre aux médecins. Les priorités sont donc orientées vers la performance médicale et organisationnelle au détriment du renforcement de la culture de responsabilité¹.

Les perceptions positives les moins citées s'orientent autour de l'organisation de sorties et autour des activités personnelles en dehors du cadre du travail. Par ces résultats, il faut retenir alors que la notion d'engagement, de renforcement des valeurs et d'implication dans la culture de responsabilité dépend principalement de la force interactionnelle du groupe. Le niveau de sensibilité et la force des valeurs des médecins dépendent alors de leur personnalité et de leur sensibilité à différents facteurs environnementaux et interactionnels.

5.2.3.5. Perception positive de la culture de responsabilité

L'analyse de la perception positive de la culture de responsabilité se focalise sur trois différentes évaluations. La première concerne la perception des améliorations internes induites

¹ Swami, V., & al., *Personality, individual differences, and demographic antecedents of self-reported household waste management behaviours*, *J. Environ. Psychol.*, Vol. 31, 2011, pages 21-26, pp. 21-23.

par le renforcement de la responsabilisation partagée (tableau 5.16). La deuxième concerne la perception du renforcement de la culture de responsabilité par les médecins (tableau 5.17). La troisième concerne la perception positive de la contribution de la culture de responsabilité dans la création de la valeur ajoutée hospitalière. Le tableau 5.16 illustre la perception des améliorations sociales et organisationnelles.

Tab. 5.16. Perception des améliorations internes induites par le renforcement de la responsabilisation partagée

<i>Variables</i>	<i>Moy %</i>	<i>Min</i>	<i>Q3</i>	<i>Q5</i>	<i>Max</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Pourcentage de réduction des délais d'attente d'accès aux soins (non urgents)	36,31	0	5	75	100	37,41	1,03
Pourcentage d'amélioration de réussite médicale dans votre service (interventions, etc.)	42,06	0	15	70	100	29,43	0,7
Pourcentage de réduction du décès des patients curables	18,76	0	3	25	100	25,23	1,34
Pourcentage de patients à sauver grâce à la disponibilité continue des machines de pointe et des outils médicaux nécessaires	59,97	2	45	80	100	28,48	0,47
Pourcentage de réduction des fautes médicales et accidents de travail	20,31	0	0	20	80	28,4	1,4
Pourcentage d'augmentation des médecins intégrant aux valeurs de la direction du CHU	65,67	10	50	80	100	22,46	0,34
Pourcentage d'amélioration de l'implication et de la satisfaction des médecins	66,14	0	40	95	100	29,32	0,44
Pourcentage de réduction de l'absentéisme	20,14	0	8	30	90	24,48	1,22
Pourcentage de réduction de la création des conflits	46,05	10	10	80	100	34,79	0,76
Pourcentage de réduction des départs	37,22	0	10	70	100	32,38	0,87
Pourcentage de réduction des démissions	29,18	0	10	40	55	35,73	1,22
Pourcentage d'amélioration de votre performance individuelle	52,78	1	30	80	100	23,93	0,45
Pourcentage d'amélioration de la performance de votre équipe de travail	56,68	0	45	80	100	23,56	0,42
Pourcentage d'amélioration de la performance de votre service	50,82	0	30	80	100	25,91	0,51

La responsabilisation partagée est perçue comme une variable pouvant réduire les délais de traitement des patients de 36,31%. Elle représente aussi une variable améliorant la réussite médicale de 42,06%. La synergie qui découle de la responsabilisation partagée permet aussi de réduire le décès des patients curables à travers la réduction des temps morts liés au manque de coopération. La responsabilisation partagée engage toutes les parties dans leur responsabilisation individuelle vis-à-vis de l'accès optimal aux machines de pointe et matériaux médicaux. Celle-ci est perçue comme un facteur pouvant engendrer une amélioration de 59,97%.

La responsabilisation partagée peut induire selon les médecins une réduction des fautes de travail allant jusqu'à 20,31%. Celle-ci permet par ailleurs de renforcer l'adhésion aux valeurs de la direction à 65,67%. La responsabilisation partagée renforce la motivation au volontarisme responsable. Le niveau d'implication perçue s'évalue à 66,14%. Elle permet aussi de réduire les sources affectant négativement la stabilité au travail. La responsabilisation partagée permet alors de réduire l'absentéisme de 20,14%. Elle réduit la création de conflit de 46,05%, les intentions de départ de 37,22% et les démissions de 29,18%.

La responsabilisation partagée est perçue aussi comme un facteur renforçant la performance hospitalière. Elle induit une amélioration de 52,78% de la performance individuelle et 56,68% de la performance de groupe. Celle-ci engendre aussi une amélioration de 50,82% de la performance de l'équipe. Il est important de noter que ces résultats sont purement subjectifs. Il représente des pourcentages proposés par les médecins en prenant en compte les spécificités de leur environnement interne. Ces résultats permettent avant tout de déterminer la perception de la responsabilisation partagée par ces médecins.

Le tableau 5.17 propose des éléments résultant du renforcement de la culture de responsabilité. Le but est de déterminer si les médecins ont une perception positive ou négative du renforcement de cette culture dans les CHU. Les résultats prouvent que les médecins ont globalement une perception positive des avantages liés à son renforcement. Par ailleurs, 100% des médecins estiment que la culture de responsabilité favorise un épanouissement au travail.

Tab. 5.17.- Perception du renforcement de la culture de responsabilité par les médecins

	<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Le renforcement de la culture de responsabilité permet	L'épanouissement au travail à travers la disponibilité des conditions optimales de travail renforce votre responsabilité sociétale	380	100,00	0,00	0,00
	La responsabilisation partagée permet la mise en place d'un management responsable basé sur les principes du post-NPM	365	96,05	0,19	0,00
	La responsabilisation partagée renforce la synergie du groupe	380	100,00	0,00	0,00

Celui-ci est cependant conditionné par la disponibilité de l'ensemble des conditions optimales de travail. Ce résultat insiste donc sur l'importance de la qualité des conditions de travail qui représente un facteur déterminant du renforcement de la responsabilité sociétale des médecins. La satisfaction des conditions SST renforce la responsabilité organisationnelle, médicale, morale, sociale et environnementale des médecins.

Les médecins perçoivent le renforcement de la culture de responsabilité comme une opportunité d'instaurer un management hospitalier responsable. Ces pratiques responsables se basent sur une forte transversalité entre l'équipe dirigeante et les médecins. Elle se base aussi sur les principes du post-new public management qui applique une orientation du secteur privé dans le secteur publique. Le renforcement de la culture de responsabilité est aussi perçu comme un facteur renforçant la synergie du groupe. Ces résultats montrent donc que la culture de responsabilité est perçue comme un facteur positif. Toutefois, son application relève d'une démarche d'amélioration continue qui doit être conduite à moyen et à long terme. Les résultats des tableaux 5.16 et 5.17 soulignent la contribution de la culture de responsabilité dans la performance sociétale des CHU.

Tab. 5.18. Perception positive de la contribution de la culture de responsabilité dans la création de la valeur ajoutée hospitalière

<i>Variables</i>	<i>Fréq</i>	<i>Moy %</i>	<i>E-T</i>	<i>C.V</i>
Renforcement des compétences	224	58,95	28,05	0,48
Amélioration du taux de réussite médicale	319	83,95	9,99	0,12
Amélioration de la maîtrise du matériel de pointe	215	56,58	38,87	0,69
Amélioration de la répartition homogène des charges de travail	298	78,42	9,30	0,12
Réduction des fautes et accidents de travail à travers une meilleure collaboration	104	27,37	0,00	0,00
Amélioration de la performance hospitalière	261	68,68	16,32	0,24
Renforcement de la contribution dans la recherche médicale	22	5,79	0,83	0,14

Ce dernier tableau 5.18 insiste sur la perception positive des médecins de la contribution de son renforcement sur la création de valeur hospitalière. Les médecins estiment que la culture de responsabilité renforce leurs compétences médicales, organisationnelles et transversales. Cela démontre l'importance accordée au développement du savoir-faire et du savoir-être à travers le renforcement de la responsabilisation partagée et des valeurs de responsabilité. Cette perception positive du renforcement des compétences est constatée chez 58,95% des médecins participant à l'étude.

Les résultats soulignent que 319 médecins estiment que la culture de responsabilité a un impact significatif sur l'amélioration du taux de réussite médicale. Par ailleurs, le lien entre la culture de responsabilité et l'amélioration de la maîtrise du matériel de pointe est constaté chez 56,58% des médecins. Ce résultat met en avant le rôle de la responsabilisation partagée dans l'amélioration du transfert du savoir.

La culture de responsabilité génère une répartition plus homogène des charges de travail. En effet, 78,42% des médecins participant à l'étude perçoivent la responsabilisation partagée comme un facteur de régulation du management du temps. Le lien entre la culture de responsabilité et l'amélioration de la collaboration est perçu par 27,37% des médecins. Ce lien justifie à son tour selon ces médecins la réduction des accidents au travail. Les deux derniers points du tableau soulignent que 68,68% des médecins estiment que la culture de responsabilité renforce la performance hospitalière. Par contre, seuls 5,79% de ces médecins estiment que celle-ci engendre une focalisation plus significative dans les contributions dans la recherche scientifique par les médecins.

5.3. Analyse de la force de la culture de responsabilité des médecins par la classification ascendante hiérarchique

Cette troisième section permet d'analyser la force de la culture de responsabilité des médecins avec la méthode de la classification ascendante hiérarchique. Différentes classifications en fonction du sexe, du grade, de la génération, de la personnalité et des spécificités des CHU sont réalisées.

5.3.1. Classification en fonction du sexe et du grade

Ce point permet en premier lieu de présenter les résultats par un dendrogramme en fonction des distances d'agrégation trouvées à base de la dissimilarité entre les 91 variables. En deuxième lieu, l'analyse des différences entre les médecins de sexes, d'appartenances et de grades différents est réalisée.

5.3.1.1. Présentation des résultats de la classification ascendante hiérarchique des distances d'agrégation

L'analyse du sens et de l'intensité de la relation entre les 91 variables¹ mesurées avec la distance de Ward situe des distances comprises entre 0,1319 et 6,7134 (Figure. 5.4). Il existe donc une forte relation entre 68 variables avec une distance d'agrégation comprises entre 0 et 1. Une plus grande dissimilarité avec d'autres variables démontre une faible intensité de relation et donc un impact faible ou indirect entre elles². La figure 5.4 montre le dendrogramme (voir

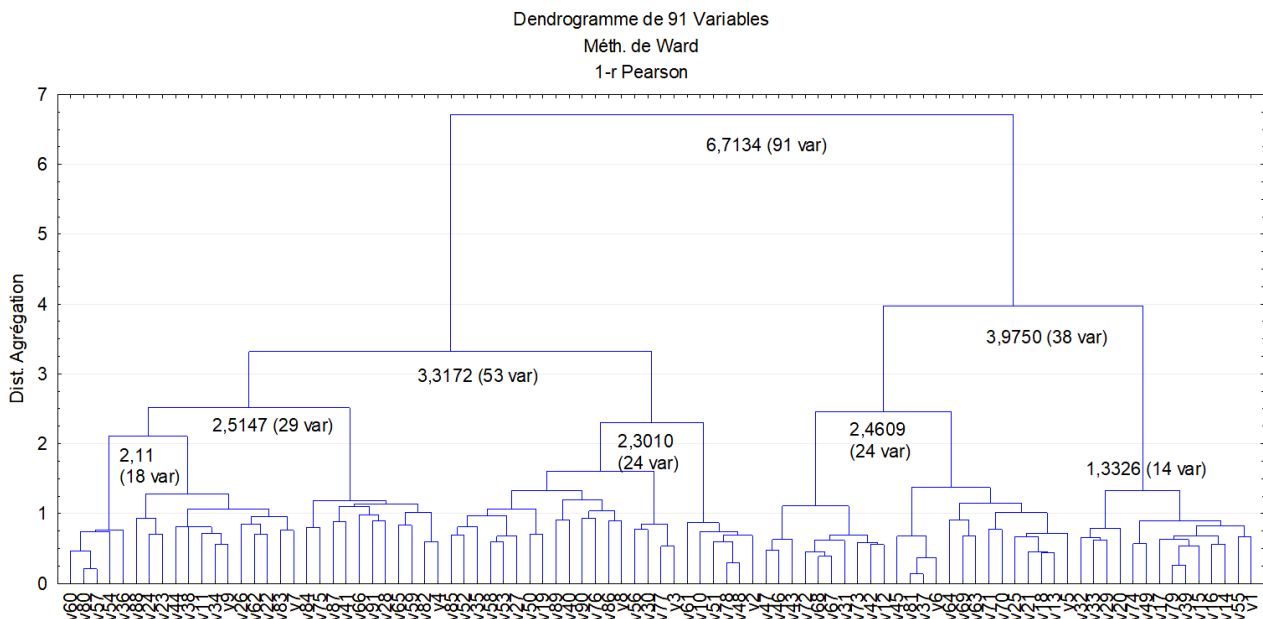
¹Voir Annexe 8 : Présentation des 91 variables de la classification ascendante hiérarchique du modèle 2.

²Voir Annexe 9 : Dissimilarité et intensité de la relation entre les variables du modèle 2.

annexes pour détails) permettant d’apprécier les différentes distances d’agrégation entre les variables ou groupes de variables¹. Cependant, seule la dissimilarité entre les variables est étudiée, cela permet l’utilisation du 1-r.

Le dendrogramme montre que les 91 variables sont réparties en fonction de leur dissimilarité et de l’intensité de la relation en deux grands groupes. Il existe une forte dissimilarité de 6,7134 entre les deux groupes (groupe 1 : 53 variables, groupe 2 : 38 variables). Cette forte distance entre les variables explique l’inexistence d’une relation de causalité significative. Ces variables comprises entre deux groupes ont donc une faible relation d’intensité et de causalité. Leur impact est indirect et est donc influé par d’autres variables non prises en compte dans l’étude. Le premier groupe représenté à gauche du graphique lie 53 variables pour une dissimilarité maximale de 3,3172. Il est à son tour composé de deux sous-groupes. Le premier sous-groupe 18 variables ayant une distance maximale de 2,11.

Fig. 5.4. Dendrogramme et illustration de la dissimilarité entre les variables du modèle2



Le deuxième sous-groupe quant à lui un nombre supérieur de variables 24 pour une plus grande distance de 2,3010. Le deuxième groupe représenté à droite du graphe regroupe 38 variables avec une distance de 3,9750. Il se divise lui aussi en deux principaux sous-groupes. Le premier relie 24 variables et le deuxième 14 pour une dissimilarité de respectivement 2,4609

¹Pour une meilleure lisibilité des variables, voir Annexe 10 : Dendrogramme des distances d’agrégation de la classification ascendante hiérarchique du modèle 2.

et 1,3326. Même si le deuxième groupe est composé que de 38 variables, il a cependant une plus grande distance entre ses variables comparativement au premier groupe.

Même s'il y a une grande dissimilarité, ces deux sous-groupes ont une moindre distance et donc une plus grande relation entre eux. Cela est visible sur principalement au niveau du deuxième sous-groupe avec une valeur de 1,3326 pour les 14 variables. Cela représente alors les 14 variables les plus reliées et interdépendantes entre elles. Les variations exercées sur l'une d'entre elles impacte donc l'ensemble du sous-groupe dont elle fait partie. Les autres sous-groupes illustrés dans le dendrogramme montrent alors une forte relation qui est comprise entre 0 et 1.

5.3.1.2. Classification des variables en fonction du sexe des médecins

Les résultats de l'enquête montrent que la majorité des médecins de sexe masculin appartenant à la tranche d'âge de 37-44 ans sont conscients de leur responsabilité dans l'amélioration de la qualité du climat organisationnel. En effet, selon ce groupe, l'humour de chaque médecin permet d'influer sur la qualité des échanges et de l'environnement du travail. Les valeurs comme l'optimisme et la bonne humeur favorisent alors un faible contrôle de l'incertitude. Les bonnes relations interpersonnelles au travail permettent de favoriser la motivation et la synergie de l'équipe médicale¹. Cependant, ce groupe est peu enclin au respect des voies hiérarchiques et administratives. Les médecins de ce groupe évitent d'assister aux réunions qu'ils considèrent comme des échanges à sens uniques. Cela s'explique par le manque de décentralisation et de séances de brainstorming ayant pour finalité d'intégrer les idées de l'ensemble des parties.

Ayant un fort attrait sur l'innovation et le changement continu, ces médecins souhaitent créer une plus forte valeur ajoutée à travers les résultats médicaux et scientifiques qu'ils présentent. Cela peut aussi s'expliquer par la crainte de devoir rendre des comptes à leurs supérieurs hiérarchiques ; ce qui déstabilise leur besoin d'indépendance. Ces médecins prennent les critiques professionnelles comme des critiques personnelles. Toute divergence d'idée ou de conflit de valeurs est alors perçue négativement et remet en doute la relation de confiance préalablement établie. Même si ces médecins accordent une grande importance à la dynamique relationnelle, ils ne s'ouvrent pas facilement aux nouveaux membres de l'équipe

¹ Gbadamosi, O., Baghestan, A. G., & Al-Mabrouk, K., *Gender, age and nationality: assessing their impact on conflict resolution styles*, *Journal of Management Development*, Vol. 33, N. 3, 2014, pages 245–257, pp. 245-250.

médicale. En effet, ils sont peu enclins à s'investir dans des actions d'intégration, d'orientation ou de transfert du savoir à de nouveaux collègues.

Ces médecins travaillent donc plus efficacement avec des personnes de confiance avec lesquelles ils ont leurs habitudes et une expérience tant professionnelle que personnelle. Ces médecins sont par ailleurs peu sensibles aux formes de discrimination constatée au niveau des CHU. Ils sont prêts à s'investir pour les droits des médecins appartenant à leur sous-groupe et déclarent donc que les privilèges sont une variante acceptée. Ce groupe de médecin n'est pas sensible à sa responsabilité vis-à-vis du développement des compétences des autres médecins grâce à ses résultats médicaux et scientifiques. Ces résultats sont perçus avant tout comme une réalisation en soi et une opportunité de progresser et d'évoluer dans sa carrière. Ces médecins sont aussi peu sensibles à leur responsabilité vis-à-vis des actions de durabilité et de rationalisation des ressources. Ils admettent que ses différentes activités entraînent un engagement qui réduit l'efficacité des médecins médicalement parlant.

Contrairement aux hommes, les médecins femmes sont bien plus sensibles à leur responsabilité dans l'engagement social et sociétal (tableau 5.19). Les résultats illustrent bien une nette distinction entre la vision des hommes et des femmes. Les variables à forte relation masculine sont en faible relation chez les médecins femmes et inversement. Cela montre que les médecins femmes sont bien plus sensibles au renforcement des valeurs organisationnelles et à l'intégration d'une culture de responsabilité. Elles perçoivent cette responsabilité et cet engagement comme une action naturelle ayant pour finalité de contribuer positivement au CHU. Accordant une importance à l'orientation sociétale et intégratrice du CHU, l'équité et l'égalité représentent des variables motivant leur détermination et leur performance.

Tab. 5.19. – Comparaison de la force des relations pour chaque sexe pour le modèle 2

<i>Sexe</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Masculin	v75	v84, v30, v53, v56, v82	v33, v46, v15, v34, v76
Féminin	v76	v34, v15, v46, v33, v44	v56, v53, v30, v84, v75

Cela s'explique aussi par une plus forte sensibilité et un instinct plus protecteur que chez les médecins hommes. Ces résultats montrent toutefois que ce groupe de médecins femmes n'est pas dominé par la tranche d'âge des 37-44 ans. Cela peut aussi traduire un conflit générationnel par la présence des différentes visions et idéologies propre à chaque sous-

catégorie d'âge¹. Il est important donc de distinguer la culture masculine de la culture féminine. La culture de responsabilité masculine s'oriente vers des valeurs économiques et d'amélioration du rendement et de la productivité. La culture de responsabilité féminine s'oriente vers des valeurs sociétales.

5.3.1.3. Classification des variables en fonction du grade des médecins

Les points qui suivent permettent d'identifier le niveau de responsabilisation des médecins en fonction de de leur catégorisation par grade. Cela a pour finalité d'identifier les différences de perceptions et de sensibilisations.

5.3.1.3.1. Médecins Hospitalo-universitaires

La classification est faite sur les grades des professeurs, maîtres de conférences et des maitres assistants.

5.3.1.3.1.1. Professeurs

Les résultats du tableau 5.20 montrent que les médecins de grade "Professeur" appartiennent majoritairement à la personnalité jaune. Cela peut aussi s'expliquer à leur capacité à travailler harmonieusement avec les médecins ayant ces traits de personnalité. Leur attrait à l'enthousiasme et à la communication les sensibilise à leur responsabilité morale et à l'harmonie du groupe. En effet les professeurs sont très sensibles à leur responsabilité dans l'intervention et la dénonciation de tout comportement violant les droits des collègues ou des patients. Ils s'investissent donc dans le renforcement des valeurs morales telles que l'équité et l'élimination de toute forme de discrimination.

Ils contribuent efficacement à l'amélioration du dialogue social et à la création de bonne qualité de vie dans les différents services. Cependant, étant très attachés à l'harmonie du groupe, les critiques professionnelles sont mal perçues. Ces critiques sont considérées comme des remises en doute de leur crédibilité, de leur compétence, voire même de leurs valeurs morales. Dans le cas où un élément perturbe l'harmonie du groupe, une orientation vers l'affrontement et la création de conflits est soutenue. Cela explique par ailleurs l'importance des différents groupes d'appartenance. Ce phénomène crée des clans à l'intérieur même des équipes médicales.

¹ Selvarajan, T-T., Slattery, J., Stringer, D-Y., *Relationship between gender and work related attitudes: a study of temporary agency employees*, Journal of Business Research, Vol. 68, N. 9, September 2015, pages 1919-1927, pp.1919-1922.

L'appartenance au groupe restreint définit alors la vision comportementale, organisationnelle et médicale dans le CHU¹. Les médecins de grade professeur sont par contre très insatisfaits du temps de la circulation de l'information formelle. Ils s'orientent plutôt vers les relations informelles en suivant un organigramme informel. Cela peut être justifié par l'existence d'asymétrie propre à chaque groupe restreint mais aussi à la génération d'asymétrie et d'une sélectivité restrictive des informations stratégiques. Cependant, même si ce groupe de médecin favorise l'harmonie, il se limite toutefois à un investissement et à un engagement dans son groupe restreint.

Tab. 5.20. - Comparaison de la force des relations pour chaque grade pour le modèle 2

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Professeur	v77	v3, v52, v11, v56, v30	v31, v71, v13, v69, v12
Maitre de conférences	v78	v48, v53, v51, v2, v10	v17, v33, v18, v5, v13
Maitre-assistant	v79	v39, v15, v49, v16, v74	v51, v11, v81, v37, v10
Spécialiste	v80	v57, v60, v34, v54, v36	v47, v64, v46, v18, v63
Résident	v81	v37, v6, v21, v18, v45	v53, v35, v57, v85, v52
Généraliste	v82	v4, v56, v74, v49, v59	v43, v31, v72, v68, v67

Ces médecins sont donc peu sensibles à leur responsabilité dans l'amélioration des échanges et du dialogue social avec l'ensemble de leur équipe de travail. Ils n'adhèrent pas aussi aux pratiques managériales appliquées afin de résoudre les crises, conflits et problèmes internes. Cela est constaté aussi dans la conscience de leur impact sur la santé morale et physique des patients à travers leurs comportements et paroles. Ils orientent donc leur engagement dans leur qualité de prestations médicales plutôt que dans un engagement social vis-à-vis de leurs patients.

Ces médecins représentent un groupe étant bien plus orienté vers une sensibilisation d'autrui à une contre-culture plutôt qu'au renforcement de la culture de responsabilité dominante. Leurs interactions et manières de pratiquer leur métier sont régies par leurs propres valeurs établies au sein des groupes restreints². Ce qui explique par ailleurs le manque d'adhésion aux valeurs organisationnelles hiérarchiques.

¹ Crocetti, E., & al., *Identity styles, dimensions, statues, and functions : Making connections among identity conceptualisations*, *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, Vol. 63, N. 1, Janvier 2013, pages 1-13, pp. 1-4.

² Chang, H-T., & al., *The effects of perfectionism on innovative behaviour and job burnout: Team workplace friendship as a moderator*, *Personality and Individual Differences*, Vol. 96, July 2016, pages 260-265, pp. 261-262.

5.3.1.3.1.2. Maîtres de conférences

Les médecins de grade de maîtres de conférences accordent par contre une grande importance au renforcement de la culture de responsabilité. C'est l'échange, le respect, la consultation et le renforcement de valeurs communes qui définissent la réussite des CHU. L'implication de la direction est indispensable dans des actions de sensibilisation et de renforcement des valeurs organisationnelles et de la culture de responsabilité. Par contre, ils considèrent que les réunions ne représentent pas pour autant une réelle opportunité d'échange ou de changement. La performance et la motivation de ce groupe de médecins sont très sensibles à la qualité du climat au travail. Les sources nuisibles affectant leur productivité impactent donc fortement sur leur niveau d'engagement et sur leur niveau de responsabilisation. Ils considèrent toutefois la bureaucratie aussi comme un frein limitant l'initiative et le changement.

Les maîtres de conférences sont représentés majoritairement par la personnalité bleue. Ils avouent aussi être en accord et pouvoir travailler en équipe d'une manière efficace avec des collègues ayant ces traits de personnalité. Etant à dominance de l'adulte selon l'analyse transactionnelle ; ils se sentent responsable des actions d'intégration et de transfert du savoir-être et du savoir-faire de leurs équipes.

Cependant, les résultats montrent que les maîtres de conférences sont peu sensibles et motivés dans leur responsabilité vis-à-vis et l'engagement social et sociétal des CHU. Même s'ils accordent une grande importance dans le transfert du savoir, leur responsabilité se limite à des activités de formations continues. Ils espèrent que l'intégration des nouveaux collègues est une tâche devant être prise en charge par l'administration. Ils favorisent alors le travail avec des collègues ayant déjà une maîtrise des procédures et des pratiques propres au service et au CHU.

Les maîtres de conférences se sentent engagés sur le plan médical et scientifique. Cependant, il existe une faible relation avec leur responsabilité dans le devenir des CHU. Ils ne se sentent pas donc concernés par les politiques à moyen et long terme, qui selon eux, relèvent uniquement du top management. La même idéologie est appliquée sur leur responsabilité dans l'amélioration des CHU. Selon eux, pour une meilleure efficacité, les médecins ne doivent s'impliquer que dans des activités médicales et scientifiques. Même le soutien psychologique des patients doit être délégué et pris en compte par les autres corps hospitaliers. Etant à dominance de l'adulte et de la personnalité bleue, ces médecins restent rationnels et ne se sentent responsables que des tâches et obligations imputées en fonction de leur grade et de leur rôle dans les services.

5.3.1.3.1.3. Maîtres-assistants

Les médecins de grade des maîtres assistants sont très motivés par les différentes perspectives d'évolution de carrière. Cela détermine alors leur niveau de sensibilisation et d'engagement dans leurs CHU respectifs. Ils se considèrent être par ailleurs responsables dans le développement des compétences dans leurs services. Cette transmission des compétences est liée à une responsabilité d'amélioration continue sur le plan médical et scientifique. Ces médecins se caractérisent par une forte ambition et un fort optimisme. Ils s'impliquent donc dans le développement du CHU et principalement dans la satisfaction de l'ensemble des parties prenantes. Cela est principalement lié à leur besoin de création de valeur et d'améliorations significatives dans leur milieu de travail. Par ailleurs, leur ambition les encourage à être en adéquation et en adhésion avec les valeurs organisationnelles de la direction.

En effet, ils s'orientent vers une optique collective, tel que le renforcement de la culture de responsabilité dominante qui permet de réduire le nombre des contre-cultures. Cela permet aussi d'unifier les valeurs organisationnelles pour une détermination d'objectifs et d'actions visant à impliquer toutes les parties. Ces médecins sont par contre peu sensibles aux sources nuisibles dans les CHU. Ils estiment alors être aptes à travailler efficacement tout en optimisant leur productivité et cela à travers une flexibilité et une meilleure adaptabilité aux caractéristiques environnementales. Cependant, ils se sentent désengagés vis-à-vis de toute responsabilité d'intervention ou de dénonciation de la violation des droits des collègues ou des patients. Etant très sensibles à la bonne entente avec la direction, la dénonciation des discriminations, des harcèlements et des violations représente des sources conflictuelles avec le top management.

Par ailleurs, une certaine hostilité est constatée quant à leurs rapports avec les médecins résidents. En effet, l'aspect curieux et indépendant des résidents représente alors un inconfort à cause du manque du respect des procédures préalablement établies. Les maîtres assistants se désengagent alors des actions ayant pour finalité d'améliorer les CHU sur un plan sociétal. Recherchant la récompense, leur niveau d'engagement comme cité plus haut dépend des retombés et des opportunités. Ils considèrent alors toute responsabilité vis-à-vis de la prévention, de l'orientation et du transfert d'expérience vers les jeunes collègues comme un frein. Cela représente donc une charge supplémentaire limitant ainsi leur efficacité.

5.3.1.3.2. Autres grades des médecins

La classification est réalisée sur les grades des spécialistes, des résidents et des généralistes, cela pour déterminer la force des relations entre les variables.

5.3.1.3.2.1. Spécialistes

En suivant les résultats du même tableau 5.20 les spécialistes sont très sensibles à toute forme de favoritisme dans les CHU. Cet aspect les démotive et entraîne un désengagement, limitant ainsi leur contribution qu'à la réalisation de leurs obligations. Ce groupe se démotive alors de l'existence des groupes restreints, des différents avantages et différentes asymétries que leur existence induit. Favorisant les actions formelles et hiérarchiques, ces médecins respectent les procédures effectuées par voie hiérarchique formelle. Ils sont par ailleurs fortement motivés dans l'implication dans leur responsabilité sociétale. Ils sont donc sensibles aux actions du développement durable comme le traitement des déchets, la rationalisation dans la consommation des ressources, ainsi que dans le maintien de l'entretien des espaces communs.

Cependant, leur niveau de sensibilisation et d'engagement dépend des actions entreprises par la direction des CHU ainsi que des initiatives proposées par les chefs de services. Par ailleurs, les actions entreprises par la direction afin de promouvoir une culture de responsabilité permettent de développer le tri des déchets et la rationalisation des différentes consommations comme une valeur organisationnelle. De par ce résultat, deux conclusions peuvent émerger. La première étant le manque de sensibilisation des autres grades de médecins à travers l'application d'une stratégie de sensibilisation non adaptée aux besoins, aux valeurs et aux personnalités des médecins. La deuxième conclusion s'oriente plutôt vers les pouvoirs d'influence existant au sein des groupes restreints ou encore vers la personnalité de groupe ou individuelle. Cela peut donc expliquer aussi la nature de l'implication de chaque médecin ainsi que de la perception des efforts fournis par la direction en vue d'une sensibilisation à la culture de responsabilité¹.

Respectant les procédures et voies hiérarchiques formelles, ces médecins sont motivés par l'équité et l'égalité de tous. Leur engagement dans des actions visant à renforcer la culture de responsabilité ainsi que les valeurs intégratrices, dépendent des efforts fournis par l'ensemble du groupe². Il est donc important que ces actions puissent être reconnues et puissent

¹ Mugny, G., & al., *Représentations sociales et influence sociale*, Psychologie Française, Vol. 53, N. 2, Juin 2008, pages 223-237, pp. 223-227.

² Lehmann, N., & al., *How transformational leadership works during team interactions: A behavioural process analysis*, The Leadership Quarterly, Vol. 26, N. 6, December 2015, pages 1017-1033, pp. 1017-1020.

être formalisées et intégrées dans des procédures d'amélioration continue interne. Les spécialistes s'investissent donc sur le plan sociétal afin d'améliorer l'image de marque ainsi que la qualité de l'environnement interne dans les CHU. Etant intégrés et satisfaits des stratégies et politiques entreprises dans le style managérial de la direction des CHU, ces médecins s'investissent également sur le plan social. Ils sont donc sensibles à leur responsabilité à émettre des actions visant à améliorer la qualité de séjour des patients. Ils participent donc volontiers aux activités ayant pour finalité de divertir les patients à travers leurs participations ou organisations de sorties et promenades avec les malades ou encore à travers l'organisation de fêtes dans le service de pédiatrie à titre d'exemple.

Les spécialistes sont par contre très démotivés par les différentes formes d'harcèlements moraux ou sexuels constatés dans les CHU. Cette démotivation est aussi constatée pour toute forme de discrimination ou de racisme envers les parties prenantes internes et externes. Par ailleurs, la prédominance de la hiérarchie informelle et du pouvoir d'influence sociale des groupes restreints favorise l'existence des formes d'harcèlements. En effet, le favoritisme est perçu comme une variable favorisant les inégalités et l'abus dans les décisions ou du moins une mauvaise répartition du pouvoir.

Ces médecins ont par contre une faible relation avec la décentralisation. Ils sont donc démotivés par le manque de participation des médecins aux prises de décisions d'ordre médical, organisationnel et stratégique. Cela est encore une fois lié à leur désengagement vis-à-vis des comportements de favoritisme. Même si les médecins spécialistes sont très fidèles et engagés vis-à-vis des politiques entreprises par la direction hiérarchique, ils ne se sentent pas pour autant concernés par le futur des CHU. En effet, la centralisation décisionnelle, la forte distance hiérarchique et l'importance des réseaux et groupes informels désengagent ces médecins. Cela les oriente par ailleurs vers une vision à court terme. Ils prédominent donc par leur intégrité et leur responsabilité vis-à-vis de la hiérarchie et vis-à-vis des patients.

5.3.1.3.2.2. Résidents

Les résidents représentent par contre un groupe particulier étant donné leur statut de médecin et d'étudiant en même temps. Leur pouvoir décisionnel est donc moins important que les autres grades de médecins qui ont des postes titularisés. Même s'ils sont consultés, ils dépendent donc fortement des orientations des hospitalo-universitaires qui sont en charge de leur apprentissage tant médical que scientifique. Les résidents représentent un groupe optimiste qui est motivé par la capacité à créer une valeur et à conduire des changements positifs et intégrateurs. Ils sont motivés par leur enthousiasme à jouer un rôle actif dans la société comme

dans les CHU à travers leurs différentes actions. Par ailleurs, ils sont sensibles à leur pouvoir d'influence ; une sensibilisation active sur les plans organisationnel, comportemental et scientifique est souvent proposée par eux pour leurs collègues. L'aspect de la formation continue et de la soif d'apprentissage permet de motiver les résidents à l'innovation et la flexibilité.

Ils perçoivent les CHU comme un environnement dynamique leur permettant de développer leurs compétences tant médicales, scientifiques que sociales. Ils développent donc un sentiment de reconnaissance et de devoir afin d'améliorer la qualité du climat organisationnel qui détermine une opportunité pour leur carrière. Ils sont par ailleurs aussi sensibilisés à leur responsabilité quant au devenir des CHU ainsi que des différentes politiques à appliquer. Ils ont donc une orientation entrepreneuriale permettant d'avoir une vision stratégique et intégratrice à moyen et à long terme. Leur enthousiasme est aussi lié à la capacité à exercer dans un milieu riche culturellement où la diversité est voulue et est recherchée. Cette diversité permet donc une meilleure confrontation des idées et un meilleur échange pour une remise en doute des procédures déjà mises en place. L'inexistence donc du favoritisme et des comportements discriminatoires permet de les orienter vers des valeurs intégratrices. Cela les sensibilise davantage dans leur participation à des actions visant au renforcement d'une culture de responsabilité.

Contrairement aux autres grades, les résidents favorisent la participation aux réunions. Celles-ci représentent donc un moyen d'échange et de transmission des informations. Cela est donc perçu comme une opportunité de génération de changements et de proposition de nouvelles orientations. Même si la formation aux participations scientifiques est stratégique dans leur formation, la contribution scientifique ne représente pas selon les résidents la meilleure création de valeur. Leurs résultats scientifiques ne sont pas perçus comme le meilleur moyen de sensibilisation de leurs confrères à une meilleure intégration et à un renforcement de leur engagement.

Ils sont donc bien plus orientés vers des exploits médicaux et vers le traitement de cas complexes. Cela leur permet par ailleurs de favoriser leur sensibilisation à leur responsabilité sociétale à moyen et long terme. Cependant, contrairement aux spécialistes, les résidents sont peu sensibles au favoritisme. Cela ne représente pas un facteur de démotivation ou de désengagement. Ils ne sont aussi pas sensibles à l'effet négatif que peut représenter les variables internes dans la non-réalisation effective de leurs objectifs. Même s'il existe des facteurs freinant leur productivité et leur sens de l'initiative, cela ne constitue pas un élément démotivant.

En effet, ils assument les délais impartis en gérant les différentes contraintes internes pour une meilleure efficacité et efficience. Les résultats montrent toutefois une divergence d'idées, d'idéologies et de valeurs avec les médecins appartenant à la tranche d'âge des 45 et 55 ans. En effet, les résidents sont majoritairement représentés par la génération Y. Celle-ci est caractérisée par des valeurs d'indépendance, d'interconnexion, de surpassement des procédures classiques et administratives¹. Leur vision des procédures à appliquer s'opposent pour la plupart du temps à la vision de la génération X.

5.3.1.3.2.3. Généralistes

Les généralistes sont principalement représentés par la personnalité verte. Ils apprécient de travailler avec des confrères ayant des traits de cette personnalité. Cependant, ils ne distinguent pas entre les critiques personnelles et professionnelles. Cela perturbe ainsi l'harmonie du groupe ainsi que la qualité des échanges dans le groupe. L'importance qu'ils accordent à la fiabilité et au respect des méthodes et procédures de travail leur permet une plus grande adhésion aux valeurs de la direction. La coalition entre les médecins et la direction des CHU est perçue comme optimale à l'échange et au regroupement des bonnes conditions de travail. Cette coalition permet aussi de favoriser une amélioration de la satisfaction de l'ensemble des parties prenantes. Les généralistes sont donc sensibles au renforcement de la culture de responsabilité.

Cependant, pour un résultat optimal et bénéfique pour l'ensemble des parties, cela doit être conduit par la direction des CHU. Les parties prenantes doivent donc mettre en œuvre et exécuter les plans stratégiques visant à appliquer un management responsable à moyen et long terme. Et cela passe avant tout par le renforcement des valeurs et de la culture de responsabilité de chacune des parties prenantes. Par ailleurs, ils sont très réceptifs à l'ensemble des actions de sensibilisation émises par la direction dans le but de les rendre aptes aux valeurs sociales. Des valeurs comme l'intégrité, l'équité et le respect sont intégrés en fonction des efforts émis par la direction. Donc le niveau d'implication de la direction et des chefs de services détermine le niveau d'engagement et de sensibilisation des médecins à une culture de responsabilité².

Cependant, les généralistes rencontrent des limites qui les démotivent et les désengagent de leur responsabilité sociétale. Le manque de souplesse et de flexibilité de leur emploi du

¹Pour plus d'informations concernant les résultats opposants la génération Y à la génération X : Bounazef, D., Chabani, S., Evaluation de la culture de responsabilités des médecins whyers au niveau des centres hospitalo-universitaires en Algérie, *Revue des sciences commerciales*, HEC Alger, N. 19, 2015, pages 243-262.

² Karpova, A-Y., Ardashkin, I-B., Kabanova, N-N., *Organisational culture in focus of measurements*, Procedia - Social and Behavioral Sciences , Vol. 166, 2015, pages 246- 253, pp. 246-251.

temps et de leur charge de travail leur augmente le stress. Cela diminue donc le bien-être et favorise le burnout. Ils ne trouvent pas un équilibre entre leurs vies privée et professionnelle. La non-possibilité de se libérer au cas d'urgence personnelle favorise une perception négative de leur engagement vis-à-vis des valeurs responsables. En effet, même s'ils sont aptes à s'engager en fonction de la bonne volonté de la direction, le manque d'avantages et de compréhension freine leur motivation. Les généralistes sont par contre très attirés à la confrontation même s'ils ont du mal à accepter des critiques en retour. La création de conflit est donc perçue comme une opportunité de dialoguer et de réguler les pratiques en fonction des procédures administratives préalablement mises en place.

Le manque d'implication, de prise effective des responsabilités et du manque de respect des engagements et promesses faites par les supérieurs hiérarchiques les démotive fortement. Par ailleurs, la non-satisfaction des délais de réponses à leur requêtes formulées favorise un comportement individualiste, désengagé et de "Je m'en-foutistes". Les médecins généralistes représentent alors un groupe qui est fortement démotivé par le style de leadership et des pratiques managériales employées au sein de leurs services¹. Une meilleure coalition permet cependant une plus grande sensibilisation et intégration dans des actions intégratrices visant à promouvoir une forte culture de responsabilité.

5.3.2. Classification en fonction de la génération et de la personnalité

La classification ascendante hiérarchique des variables est faite ici en fonction des différences générationnelles et de personnalité.

5.3.2.1. Classification des variables en fonction des différences générationnelles

La classification est réalisée sur les médecins juniors et les médecins séniors. Un approfondissement d'analyse est réalisé sur la génération Y.

5.3.2.1.1. Médecins Juniors

L'analyse des classifications pour les médecins juniors permet de réaliser deux analyses. La première s'oriente vers les médecins appartenant à la génération Y. La deuxième s'oriente vers les médecins appartenant à la tranche d'âge comprise entre 37 et 44 ans.

¹ Xenikou, A., *The cognitive and affective components of organisational identification: The role of perceived support values and charismatic leadership*, *Applied Psychology*, Vol. 63, N. 4, 2014, pages 567-588, pp. 567-568.

5.3.2.1.1.1. Médecins de la génération Y

Ces médecins whyers ayant entre 25 et 36 ans s'imposent dans un environnement hospitalier inflexible et résistant au changement (tableau 5.21). Étant influencés par les expériences internationales, ils se surpassent et se documentent de sorte à améliorer leur compétence afin d'augmenter leur chance d'atteindre des postes de responsabilités, de s'installer à leur propre compte ou de viser une carrière internationale. Leur besoin d'estime et de reconnaissance par leurs confrères les poussent à choisir des spécialités de résidanat qui leur permettent de créer un équilibre entre leur vie privée et leur professionnelle. Cela est aussi relié à l'importance accordée au profit financier.

La génération Y n'a pas de tabou en affirmant être intéressée par le profit financier, c'est ce qui contribue fortement à son épanouissement personnel et au financement de sa quête de perfectionnement tant professionnelle que culturelle. Evitant des spécialités lourdes en termes de responsabilité et de conséquences comme la chirurgie, la traumatologie, les médecins whyers s'orientent plutôt vers des spécialités médicales comme l'ophtalmologie, la pédiatrie et la dermatologie¹. Étant très déterminés, le traitement des cas difficiles et rares représente des défis et les éloignent de la routine bureaucratique des CHU. Ils s'épanouissent beaucoup plus dans un environnement hospitalier flexible qui prime le travail d'équipe et le contact.

Tab. 5.21. - Comparaison de la force des relations pour chaque tranche d'âge pour le modèle 2

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
25-36	v83	v81, v37, v6, v13, v22	v35, v79, v52, v85, v84
37-44	v84	v81, v75, v37, v6, v21	v76, v77, v86, v83, v85
45-55	v85	v77, v52, v58, v78, v79	v83, v6, v37, v81, v84
56 et +	v86	v52, v78, v35, v8, v53	v66, v85, v13, v81, v84

Ayant une forte conscience civique, ils intègrent des associations environnementales ou d'aide aux patients. S'orientant vers la créativité, les médecins whyers excellent dans la mise en place de nouvelles démarches médicales et sont enclins à la recherche. Leur besoin d'estime et de reconnaissance augmente leur besoin de partage des sentiments personnels à travers un dialogue ouvert et non formel. Ils expriment aussi bien leur gêne que leur joie. Leur spontanéité est par ailleurs considérée comme un atout et une limite². En effet, leur ouverture les rend

¹ Récit des échanges informels avec les médecins whyers lors de la distribution et de la collecte des questionnaires.

² Dalmas, M., *Quelles valeurs organisationnelles pour la génération Y ?*, *Management et Avenir*, Vol. 6, N. 72, 2014, pages 113-132, pp. 114-117.

flexibles et accessibles auprès des patients, ils gagnent donc facilement la confiance du malade et leur optimisme motive toute l'équipe de travail.

Cependant ils se sentent mal à l'aise dans un environnement formel et rigide. N'ayant pas de sens de l'organisation, ils considèrent les procédures administratives comme limitatrices de leur habilité de prise de décision et de résolution des problèmes et des conflits. Leurs plus grandes limites restent la démotivation et le dégoût qui imprègnent leur habilité. Supportant mal l'échec, ils se découragent vite face à des situations dont ils n'ont pas le contrôle et dans lesquels ils n'excellent pas¹. Le travail de durée sans récompense immédiate crée une frustration qui impacte leur relation avec leur équipe de travail. La diversité de leurs centres d'intérêts les disperse, ils se dévouent à plusieurs tâches à la fois et pensent donc avoir droit à l'oubli et à l'erreur. Malgré leur besoin d'indépendance et d'affirmation de soi, les médecins whyers ont besoin d'une dépendance affective avec les médecins séniors qui voient en eux l'avenir prometteur de la médecine. Ils ressentent donc le besoin d'être guidés sans être contrôlés en n'assumant difficilement leurs erreurs.

En prenant en compte les dimensions culturelles développées par Hofstede et Trompenaars, les médecins whyers s'épanouissent dans une faible distance hiérarchique². Ce type de management favorise la réduction des inégalités, l'interdépendance des whyers et des séniors en dépit des pouvoirs de chacun, la décentralisation décisionnelle, la consultation des subordonnés, la mise en place d'un leadership démocrate, la suppression des symboles de prestige et de favoritisme et la mise en place d'un système égalitaire primant la compétence. Ils valorisent aussi bien l'individualisme que le collectivisme même si l'épanouissement personnel détermine leur niveau d'implication et de sensibilisation.

Par contre, ce groupe de médecins est à la recherche de l'harmonie et du consensus dans leur environnement. Ils se motivent donc dans leur sentiment d'appartenance à une seconde famille et au sentiment de protection et d'affection qu'ils y retrouvent. Leur sensibilisation à la culture de responsabilité est promue avec un management à orientation masculine. Cela est promu par le besoin d'un succès matériel, de leur ambition et de l'affirmation de soi, de leur croissance et de leur performance. Le degré de féminité organisationnelle est donc un besoin secondaire mais nécessaire à leur épanouissement afin de combler le besoin d'égalité, de solidarité et de qualité de vie au travail. Le renforcement de leurs valeurs est donc favorisé dans une culture diffuse. Leur niveau d'engagement dépend donc du niveau de flexibilité ainsi que

¹David, P., *La négociation commerciale en pratique*, Ed. Eyrolles, 4^{ème} Ed, Paris, 2008, pp.30-32.

²Hofstede, G., *Vivre dans un monde multiculturel : comprendre nos programmes mentales*, Ed. Editions organisations, Paris, 1994, pp.14-18.

de la place de la nouveauté et du changement dans leur service. Le bien-être est promu dans un environnement peu stressant, où il y a un bon accueil des idées et une certaine fatalité dans les événements quotidiens au travail. Ces médecins s'orientent vers des idéologies fatalistes et à très courts termes. Ils préfèrent une orientation de chaque jour plutôt qu'une orientation de se battre de jour en jour.

Orientés vers une vision à court terme, ils accordent une grande importance à l'auto-actualisation et au développement de leur culture générale. Les médecins whyers restent toutefois subjectifs et ne prennent pas forcément toutes les critiques comme constructives et purement professionnelles. Concernant le plan de résolution des problèmes, ils adoptent une approche particulariste où l'attention est tournée vers les contraintes aussi bien relationnelles, circonstancielles et conjoncturelles.

Ils cherchent alors des solutions adaptées, innovantes et qui sortent du cadre de référence établi par la hiérarchie. Les médecins whyers sont enclins à préférer la récompense aux efforts individuels plutôt que collectifs afin de faire valoir les compétences de chacun. Cependant, ils restent unanimes sur l'importance du travail d'équipe et de la collaboration entre médecins. Cela est valorisé à travers leur besoin accru d'apprentissage, de perfectionnement et de transfert du savoir par les seniors. Orientés vers un statut acquis et étant déterminés de la valeur qu'ils peuvent créer, la renommée d'un médecin est selon eux équivalente à la compétence et non au grade. Ils considèrent les réunions comme une perte de temps qui peut s'investir dans la formation et la recherche. A défaut des réunions physiques, les whyers proposent plutôt l'envoi de mails apportant les consignes et permettant l'échange écrit.

Fuyant la routine, ils s'orientent vers la polychronie et s'épanouissent en exerçant plusieurs tâches à la fois et en traitant des cas ou des patients différents. Etant par contre convaincus d'être l'espoir de demain, la réussite du CHU dépend selon eux de ce qu'ils réalisent et réaliseront. Ils s'orientent donc vers leurs nouvelles potentialités et non à ce qu'ils ont réalisé à ce jour. Il existe toutefois des aspects limitant la sensibilisation et l'engagement des médecins whyers à leur responsabilité sociétale. L'existence des différences idéologiques entre la génération Y et la génération X engendre un conflit générationnel.

L'inflexibilité de la direction face aux absences de ces médecins les démotive fortement¹. Le deuxième point s'oriente vers l'insatisfaction des avantages sociaux que leurs CHU respectifs leur offrent. Ce point s'ajoute au manque ou à un déséquilibre de l'attribution

¹Lewis, R-D., *When cultures collide: leading across cultures*, Ed. Nicholas Brealey International, 3^{ème} éd. Révisée, Porvoo, 2005, pp.345-348.

et de l'accès aux formations continues. Le manque d'implication de la direction dans la promotion de la recherche médicale affecte leur enthousiasme et toute action d'engagement. Cela est de même quant aux obstacles internes en relation avec les opportunités et les perspectives d'avancement dans leurs services. Par contre, l'existence et l'encouragement de la diversité ainsi que l'absence de toute forme de discrimination, de racisme ou d'harcèlement renforcent leur responsabilité civique¹.

Même si la bureaucratie les freine et démotive, ils l'acceptent comme une réalité hospitalière à intégrer et à admettre. Ils soulignent par contre son impact sur la difficulté à respecter les délais assignés et cela, malgré la présence de facteurs nuisibles qui ne dépendent pas d'eux même directement. Ils affirment assister aux réunions bien plus pour la raison d'échange relationnel et de transfert de savoir. Cependant, l'opportunité de développer leurs compétences les sensibilise à une meilleure intégration à des valeurs responsables. Ils se jugent donc être responsables du pouvoir d'influence positif qu'ils peuvent apporter afin de sensibiliser leurs collègues sur les plans organisationnel, comportemental et scientifique.

Ils sont conscients du fait que leur comportement et leur sérieux impactent positivement l'environnement du travail. Les médecins whyers assument aussi leur part de responsabilité dans la qualité du dialogue social et des échanges avec leurs équipes de travail. Ainsi que de leur responsabilité concernant la santé mentale et physique de leurs patients par leurs actions-paroles. Ces médecins se désengagent par contre de toute responsabilité liée au tri des déchets, à l'engagement social de leurs CHU et au développement des compétences d'autrui grâce à leurs contributions scientifique et médicale.

Les médecins whyers sont par contre fortement impactés par le manque d'initiatives et d'actions émises par la direction des CHU en termes d'intégration et de généralisation d'une culture de responsabilité. Ils perçoivent donc un désengagement de la direction face à leur sensibilisation aux valeurs sociales. La même chose est perçue pour le manque d'actions visant un développement durable ou une formation au management responsable. Leur niveau d'engagement sociétal est faible par manque de flexibilité de la direction face aux nouvelles mutations sociales internes.

De ce fait, leurs responsabilités s'orientent autour de l'aide apportée à tout nouveau collègue ayant intégré le service et aussi l'effort effectué sur soi pour être un modèle aux yeux d'autrui. Elles s'orientent aussi autour de l'évitement de toute situation conflictuelle aboutissant

¹ Poilpot-Rocaboy, G., Notelaers, G., Hauge, L-J., *Exposition au harcèlement psychologique au travail : Impact sur la satisfaction au travail, l'implication organisationnelle et l'intention de départ*, Psychologie du Travail et des Organisations, Vol. 21, N.4, 2015, pages 358-379, pp. 360-365.

à un affrontement. Ils s'investissent aussi dans la sensibilisation sur le rôle actif que chaque médecin doit jouer dans l'amélioration du monde qui l'entoure. Les whyers se désolent par contre de la surcharge de travail. Cela les éloigne de toute activité ayant pour but de rendre plus agréable la vie des patients au sein des CHU comme l'organisation des sorties ou d'activités.

5.3.2.1.1.2. Médecins de 37 ans à 44 ans

Tout comme les médecins de la génération Y, les médecins compris entre les âges de 37 ans à 44 ans sont dominés par le groupe des résidents. Cependant, ce groupe de médecins est dominé par une gent masculine. Ces résultats peuvent être donc orientés en fonction des différentes idéologies qui opposent la perception des femmes aux hommes (tableau 5.21). Par ailleurs, ce résultat montre les différences de perception entre les médecins hommes et femmes. Ces médecins sont très sensibles à leur responsabilité dans le rôle actif qu'ils ont dans l'amélioration de leur environnement. Ils ont donc des valeurs intégratrices et une forte sensibilisation à leur responsabilité sociale et morale. Par ailleurs, leur responsabilité s'étend sur la sensibilisation de leurs confrères à leur contribution sur l'ensemble des plans des CHU. Ils sont donc conscients de leur rôle actif dans les prises de décisions organisationnelles, médicales, comportementales (idéologiques) et scientifiques.

Contrairement à la génération Y qui ne possède aucun avantage à se projeter à long terme dans le même CHU, ce groupe pense différemment. Il perçoit donc l'environnement des CHU comme un environnement propice à l'amélioration continue et à l'amélioration de la performance tant individuelle que celle du groupe. Les résultats montrent aussi que la perception de ce groupe s'oppose à l'idéologie des médecins femmes appartenant à la tranche d'âge comprise entre les 37 ans et 44 ans. Cependant, la prédominance d'un groupe masculin permet alors la dominance d'une orientation masculine quant aux valeurs organisationnelles propres à la culture de responsabilité. Ces orientations dominantes peuvent alors effacer l'impact ou le renforcement des valeurs organisationnelles qui régissent les pratiques des médecins femmes de cette tranche d'âges.

Un conflit générationnel est aussi constaté entre les médecins juniors et les médecins séniors. Les médecins appartenant à ce groupe considèrent avoir peu d'affinités avec les médecins de grade professeur et les médecins ayant un âge compris entre 45-55 ans et plus. La confrontation des pratiques procédurières de la part de la génération X engendre opposition aux besoins d'innovation et de flexibilité des médecins juniors. Ce conflit de génération confirme alors l'existence des groupes restreints en fonction des tranches d'âges ; cela s'explique par les différences idéologiques et par les priorités différentes propres à chaque groupe.

Cependant, les résultats montrent que ce groupe de médecins ont aussi peu d'affinité avec les médecins de la génération Y. Ils représentent alors un sous-groupe restreint ayant des valeurs, idéologies, et perceptions propres à eux. Ils ont donc une sous-culture de responsabilité différente par rapport aux autres médecins. Ils peuvent représenter alors une contre-culture qui peut engendrer un frein. Cela affecte donc le renforcement et la généralisation de l'adhésion aux valeurs responsables dominantes. Leurs perceptions différentes peuvent accentuer les facteurs de démotivation. Les médecins qui sont le plus sensibles à ces facteurs de démotivation sont enclins à intégrer et à renforcer une contre-culture dans les CHU.

5.3.1.3.2. Médecins séniors

L'analyse de la classification ascendante est réalisée dans le point qui vient sur les médecins séniors appartenant aux tranches d'âges entre 45-55 ans et de 56 ans et plus.

5.3.2.1.2.1. Médecins des 45 ans à 55 ans

Les médecins appartenant à la tranche d'âges comprise entre les 45-55 ans représentent une majorité des médecins hospitalo-universitaires. Il existe une forte relation entre les professeurs, les maîtres de conférences et les maîtres assistants de cet âge du point de vue de leur grade et de leurs responsabilités. Ils ont alors les mêmes perceptions de leur environnement. Ils partagent ainsi les mêmes orientations idéologiques et valeurs. Ils représentent un seul groupe similaire en se basant sur son engagement dans la culture de responsabilité. Cela s'explique par la forte affinité de leurs rapports et échanges avec les médecins professeurs.

Ces médecins sont par contre assez sensibles aux facteurs contingents qui affectent leur productivité et leur performance. Ils ne sont donc aucunement sensibles aux efforts au-delà de ce qui leur est demandé afin de se surpasser et de s'intégrer dans une vision d'amélioration continue. Les efforts personnels et l'exemplarité par l'auto-responsabilisation dans des actions de durabilité sont rares voire inexistantes pour ce groupe. Leurs efforts se résument à leurs obligations professionnelles ainsi que l'effort commun. Les actions communes les sensibilisent donc à s'y investir dans la mesure où les actions sont formelles et conduites par la direction des CHU. Leur responsabilité s'oriente sur leur compétence médicale et scientifique.

Les erreurs de jugements, d'interprétations d'ordres médicaux et scientifiques sont alors très mal perçues. Ils sont alors conscients des conséquences de leurs actions et de leurs décisions, par conséquent ils se forcent à réduire les risques des fautes médicales. Cet aspect est par contre secondaire pour les médecins de la génération Y. C'est par ailleurs ce point de la

perception des erreurs comme un apprentissage qui oppose les deux groupes. Le groupe des médecins séniors appartenant à la tranche d'âges des 37-44 ans disent avoir eux aussi peu d'affinités avec les médecins juniors, dont principalement les résidents.

5.3.2.1.2.2. Médecins des 56 ans et plus

Dominé par les maîtres de conférences, ce groupe de médecins peut avoir une vision et une perception différentes de son engagement, de son implication dans le renforcement des valeurs et de sa culture de responsabilité (tableau 5.21). Etant proches de la retraite, leurs actions s'orientent soit sur le désengagement ; la non-possibilité de se projeter à long terme cause cela, soit sur la capacité à transférer leur savoir-faire et leur savoir-être. Ces médecins peuvent ainsi favoriser la décentralisation de la gestion hospitalière pour un meilleur apprentissage. Leur responsabilité peut s'étendre aussi bien sur le transfert des compétences médicales, scientifiques que comportementales.

Ce groupe de médecins pense aussi que leur performance et leur productivité dépend aussi des facteurs environnementaux qui les dépassent. Cela est donc une perception des médecins séniors. Ces médecins ne s'investissent pas forcément dans une vision d'efficacité et d'adaptation ayant pour finalité d'optimiser leur productivité en dépit des contraintes internes. Par ailleurs, leur niveau de sensibilisation et d'engagement dans le renforcement de la culture de responsabilité dépend de leur niveau d'indépendance. En effet, le sentiment de rendre des comptes et d'être subordonnés face à la hiérarchie les démotive et les désengage. Ils veulent imposer l'idée qu'à travers leur statut, grade et expérience de posséder suffisamment de respect pour une décentralisation totale des décisions.

Par ailleurs, les réunions sont perçues comme un temps non créateur de valeur et qui n'aboutit pas à un réel changement constructif et visible. Cela est aussi dû à la liberté d'action que leur statut impose. Ce groupe représente alors une équipe minoritaire et restreinte. Cependant, il possède un fort pouvoir d'influence. Ce noyau de médecins régule ainsi les différentes relations sociales ainsi que les différents pouvoirs. Ils sont respectés par leur expérience et par leur réussite. Ils représentent par ailleurs des symboles et des exemples à suivre, comme ils peuvent aussi représenter des freins dans le cas où ils s'opposent à toute action visant à conduire des changements intégrateurs. Contrairement aux médecins juniors, leur responsabilité du transfert du savoir s'oriente principalement sur les résultats scientifiques. Ils sont donc fortement sensibles au rôle actif qu'ils jouent dans la sensibilisation de leurs confrères à l'amélioration des progrès médicaux.

Ils sensibilisent l'entourage à l'importance accordée aux différentes contributions scientifiques pour investir sur un développement à moyen et long terme dans les CHU. Par ailleurs, leur responsabilité s'étend avant tout à une responsabilité autour de la croissance et de la performance des CHU. Ils sont sensibles à leur contribution ainsi qu'à l'impact de leurs décisions sur les plans organisationnel, comportemental et scientifique. Ils sensibilisent donc leurs équipes de travail et leurs confrères au rôle de médecins dans l'amélioration de la performance hospitalière en déclarant par ailleurs que les actions sociétales restent secondaires et ne relèvent pas de la responsabilité des médecins.

Ils sont par contre très peu satisfaits de la confiance professionnelle accordée par leurs supérieurs hiérarchiques ; ils agissent avec ou sans l'autorisation hiérarchique car par ailleurs pour eux, seuls la compétence et le résultat comptent. La confiance professionnelle existante entre les médecins et la direction ne représente pas pour autant un facteur clé de succès. De ce fait, l'amélioration des interactions sociales et de l'existence d'un environnement harmonieux basée sur le respect et la confiance mutuels restent des aspects secondaires. Même s'ils partagent relativement les mêmes orientations idéologiques, les médecins seniors des 56 ans avouent avoir des visions différentes avec les médecins des 45-55 ans. Ils se distinguent alors comme un groupe restreint appliquant leurs propres règles en dépit des valeurs partagées par les autres médecins travaillant dans les mêmes services ou CHU.

5.3.2.2. Classification des variables en fonction des personnalités des médecins

L'analyse de la classification en fonction des personnalités des médecins suivant la théorie psychologique des couleurs montre bien l'existence de groupes restreints et réduits. En effet, chaque couleur de personnalité a des priorités, des idéologies et des perceptions différentes quant aux valeurs de responsabilité.

5.3.2.2.1. Personnalité rouge

Les médecins ayant la personnalité rouge appartiennent principalement au grade des maitres-assistants. Etant très ambitieux et aimant la direction des équipes, ils se sentent responsables dans le développement des compétences de leur équipe de travail (tableau 5.22). Ils s'investissent dans le transfert du savoir à travers leurs actions tant médicales que scientifiques. Ils sont motivés par la possibilité d'être perçus comme des leaders ou des symboles à suivre. Ils s'investissent au-delà de leurs obligations dans la facilitation d'accès aux services essentiels et dans les démarches vitales aux soins. Ces médecins représentent donc un groupe aimant se confronter médicalement à leurs collègues, qui s'engagent

professionnellement et personnellement dans l'amélioration de la qualité des prestations médicales.

Ce groupe prend donc l'initiative de confronter l'équipe du travail dans la finalité d'apporter de meilleurs soins à leurs patients. Leur conscience morale vis-à-vis de leurs patients ainsi que leur besoin de compétition les poussent à se surpasser. Cela crée des tensions internes avec les autres médecins et favorise les conflits d'intérêts. Cependant, ces médecins sont motivés dans un environnement qui les récompense pour leur ambition et pour leur action. En faisant des efforts considérables, ils aspirent gagner le droit de bénéficier des formes de récompenses non monétaires. Cela s'applique aussi aux traitements particuliers ou aux bénéfices privilégiés qu'ils visent comme un acquis.

Ce groupe prend donc l'initiative de confronter l'équipe du travail dans la finalité d'apporter de meilleurs soins à leurs patients. Leur conscience morale vis-à-vis de leurs patients ainsi que leur besoin de compétition les poussent à se surpasser. Cela crée des tensions internes avec les autres médecins et favorise les conflits d'intérêts. Cependant, ces médecins sont motivés dans un environnement qui les récompense pour leur ambition et pour leur action. En faisant des efforts considérables, ils aspirent gagner le droit de bénéficier des formes de récompenses non monétaires. Cela s'applique aussi aux traitements particuliers ou aux bénéfices privilégiés qu'ils visent comme un acquis.

Tab. 5.22. - Comparaison de la force des relations pour chaque personnalité pour le modèle 2

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Rouge	v1	v79, v15, v14, v55, v35	v6, v3, v37, v81, v4
Bleu	v2	v78, v48, v51, v10, v53	v49, v74, v79, v3, v4
Jaune	v3	v77, v58, v11, v52, v85	v2, v82, v63, v69, v4
Vert	v4	v82, v81, v18, v69, v37	v2, v27, v58, v1, v3

Même s'ils sont très engagés dans des actions de transfert du savoir, ils ne croient pas avoir une force d'influence positive sur leurs confrères. Ils perçoivent donc l'engagement des médecins dans des actions de renforcement de la culture de responsabilité comme un engagement individuel. Ils s'orientent plutôt vers le commandement et vers la conduite de projets visant à conduire un changement positif et intégrateur.

Leur influence est donc institutionnalisée à travers des consignes hiérarchiques. Etant très énergiques, directs, exigeants et décisifs, ces médecins ont peu d'affinité avec les médecins de personnalité jaune. Ils perçoivent les médecins favorisant les liens sociaux dans le CHU

comme des médecins moins performants et plus dispersés dans leurs actions. Les médecins de la personnalité rouge se désengagent des visions idéales et ne pensent pas jouer un rôle actif dans l'amélioration du monde qui les entoure. Leurs actions et efforts dans le renforcement de la culture de responsabilité sont perçus comme un devoir. Cela satisfait par ailleurs leur besoin de changement, de compétition et d'indépendance.

5.3.2.2.2. Personnalité bleue

Les médecins de la personnalité bleue sont dominés par le grade des maîtres de conférences. Contrairement aux médecins de la personnalité rouge, ces médecins classent la qualité des échanges comme première condition de succès. Ils accordent une grande importance pour le respect existant entre les confrères, les autres corps hospitaliers et avec la direction des CHU. Leur sensibilisation aux valeurs responsables ainsi que le renforcement de la culture de responsabilité passe par la capacité à former un seul groupe uni. Ils s'orientent donc vers la dominance d'une culture de responsabilité basée sur des valeurs communes, partagées, comprises, respectées et validées par tous. Cela représente un facteur clé de succès permettant de lutter contre les différentes contre-cultures ainsi que contre les groupes restreints.

L'importance accordée à la qualité des rapports sociaux internes permet donc de réduire leurs sources de démotivation et de faire croître leur niveau d'implication. Cependant, le niveau d'engagement de la direction représente par contre un point déterminant de leur niveau de sensibilisation. De par l'importance qu'ils accordent à la participation de l'ensemble des corps hospitaliers, ces médecins sont très sensibles aux sources nuisibles affectant leur travail. Ils jugent alors que le renforcement d'une culture de responsabilité dépend du niveau d'implication de tous, ils réduisent alors efficacement les sources nuisibles. De même, pour renforcer ces valeurs et habitudes de travail, ils sont sensibles à leur responsabilité quant à la prévention, à l'orientation et au transfert d'expérience aux nouveaux confrères.

Cela permet par ailleurs d'intégrer les habitudes, coutumes et us afin d'obtenir une meilleure intégration à la culture de responsabilité dominante et institutionnelle. D'autre part, ces médecins considèrent les réunions comme des séances inutiles et non génératrices de vrais changements. Ils favorisent donc un échange plus flexible et informel pour une participation effective de l'ensemble des parties. Les médecins à dominance de la personnalité bleue sont conscients des sources d'insatisfaction des parties prenantes. Cette insatisfaction affecte non seulement la productivité, l'image de marque, la qualité des prestations mais aussi la qualité des échanges. Cela impacte donc négativement la motivation des corps hospitaliers, les rapports

avec les fournisseurs et les collectivités locales, la qualité des services des patients ainsi que les rapports avec les différentes associations.

Cette insuffisance organisationnelle qui est à la cause de l'insatisfaction des parties prenantes entraîne un manque d'adhésion aux valeurs organisationnelles de la direction. Les procédures bureaucratiques et l'inflexibilité du management hospitalier appliqué bloque leur épanouissement et leur motivation. Le manque d'implication de la direction dans la mise en place des actions sociétales et dans la formation des responsables à un management hospitalier responsable fragilise les valeurs organisationnelles partagées. Ce groupe de médecins se distinguent comme ayant peu d'affinités avec les maîtres assistants ; des différences idéologiques les opposent. Ils se distinguent par ailleurs aussi des médecins appartenant aux personnalités jaune et verte. Leurs perceptions idéologiques, leurs procédures appliquées et leurs priorités s'y opposent, favorisant ainsi la perte du dialogue et de la compréhension mutuelle.

5.3.2.2.3. Personnalité jaune

Les médecins ayant la personnalité jaune représentent principalement des professeurs compris entre l'âge des 45-55 ans. Confirmant les résultats trouvés précédemment, les professeurs perçoivent les erreurs médicales comme un manque de compétence et de sérieux. Même s'ils sont une personnalité favorisant la tonicité, l'enthousiasme et la communication, les bons liens et rapports ne doivent aucunement remettre en doute la crédibilité professionnelle. Ils interviennent aussi dans l'importance de la responsabilité morale favorisant l'équité dans l'environnement de travail afin d'éliminer les facteurs impactant sur la qualité des processus ainsi que sur le respect des délais impartis pour chaque équipe.

Ces médecins à dominance de la personnalité jaune ont peu d'affinités avec les médecins de la personnalité bleue et verte. Les réticences et l'incompréhension sont donc perçues mutuellement par les médecins de la personnalité bleue et jaune. Même si les professeurs et les maîtres de conférences appartiennent à un même groupe des hospitalo-universitaires, ces deux grades ont des perceptions différentes. Cependant, cela ne s'applique qu'aux professeurs et maîtres de conférences appartenant aux personnalités bleue et jeune. Les médecins de la personnalité jaune ont aussi peu d'affinités avec la perception des valeurs des médecins généralistes.

Même s'ils s'orientent vers l'optimisme et la qualité des échanges, ils sont toutefois insatisfaits de la qualité des prises de décisions de leurs chefs de service. Ces médecins sont

donc peu enclins à respecter l'ensemble des décisions hiérarchiques. Cela entraîne une contre-culture et des valeurs organisationnelles singulières à ce groupe. Par ailleurs, cette insatisfaction s'oriente aussi sur la manière de gérer et de résoudre les problèmes internes ou les crises. Ils ont donc tendance à agir d'une manière informelle sans pour autant prendre en compte les orientations institutionnelles¹.

5.3.2.2.4. Personnalité verte

Les médecins à dominance de la personnalité verte représentent des résidents et des généralistes. Ils sont particulièrement orientés vers leur responsabilité d'implication dans la politique stratégique des CHU à moyen et long termes. Ils sont donc bien plus sensibles à leur implication et à leur responsabilité dans le renforcement de la culture de responsabilité. Ils se projettent à long terme et s'impliquent pour l'amélioration de l'ensemble des processus dans leurs CHU respectifs. L'orientation vers un management responsable à travers le renforcement des valeurs responsables assure des opportunités de développement. Cependant, ces médecins sont sensibles à leur insatisfaction vis-à-vis de la manière de gérer les crises et de résoudre les problèmes dans les CHU.

Les orientations stratégiques représentent alors un frein limitant les politiques d'un changement intégrateur. Ils perçoivent par ailleurs les politiques appliquées comme des bornes limitant le renforcement de la culture de responsabilité. Même en tenant compte de leur insatisfaction des actions entreprises par la direction, ils sont sensibles au rôle actif qu'ils jouent dans l'amélioration du monde qui les entoure. Ils s'investissent donc au niveau de leurs CHU respectifs afin d'envisager un changement à long terme pour atteindre les postes de responsabilité qu'ils visent.

En effet, leurs actions tendent à s'orienter dans le bien-être des CHU à long terme afin d'apprendre les limites organisationnelles présentes². Cela passe par leur capacité à s'adapter et à appliquer un management hospitalier plus souple et favorisant le changement. Une orientation sociétale est donc perçue comme une opportunité d'atteinte d'une efficacité hospitalière. Ils s'orientent plutôt vers l'application d'un "Post-new public health management" qui prend en compte un champ plus élargi que le "New public health

¹ Odoardi, C., *Sentiment de responsabilité pour le changement et l'innovation dans le contexte du comportement de santé : Le rôle de la charge de travail cognitive, le leadership, l'autonomisation et la personnalité proactive*, *Psychologie du travail et des Organisations*, Vol. 20, N.4, 2014, pages 382-398, pp. 383-385.

² Leroy-rémont, N., & al., *Effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques entre les contraintes, justice organisationnelle et personnalité avec le bien-être subjectif et l'épuisement professionnel*, *Psychologie du Travail et des Organisations*, Vol. 20, N. 2, 2014, pages 175-202, pp. 176-182.

management''. Ces médecins s'opposent donc idéologiquement aux valeurs et procédures appliquées par les médecins des personnalités bleue, rouge et jaune.

De ce fait, ils s'opposent à la perception de l'exemplarité comportementale et professionnelle comme facteur de sensibilisation et de renforcement des valeurs partagées. Ils perçoivent l'existence d'un modèle ou d'un symbole interne comme un aspect négatif. Cela entraîne un comportement de dépendance et d'imitation. Le niveau de motivation et d'application gravite autour du comportement du leader. Cela arrête les initiatives ainsi que la confiance en soi. L'absence et la disparition du leader entraîne donc une forte démotivation qui impacte fortement la performance ainsi que la qualité du bien-être interne.

Ils se sentent donc impliqués et motivés au sein d'une équipe indépendante ou l'initiative personnelle est promue par tous en dépit de l'existence d'un leader charismatique. Cependant, ce groupe a besoin de créer ses propres repères et son propre apprentissage. Il remet donc en doute les procédures appliquées pour proposer de nouvelles procédures plus flexibles. Les erreurs sont par ailleurs considérées comme un apprentissage visant à les améliorer sur les plans organisationnel, médical, scientifique et comportemental.

5.3.3. Classification des variables en fonction des spécificités propres aux CHU

Les résultats du tableau 5.23 distinguent clairement une nette différence existante entre les cultures de responsabilité propre à chacun des 5 CHU étudiés. Cela montre que les valeurs des médecins ainsi que leur niveau de sensibilisation et d'engagement changent. Chaque CHU est non seulement impacté par la culture nationale, mais a aussi ses propres valeurs¹. Celles-ci sont composées de la culture locale propre à la ville, de la personnalité des parties prenantes internes et externes dont les médecins, ainsi que des spécificités environnementales². Sachant que les CHU sont composés de médecins d'origines et de cultures locales, différentes et mixtes, les spécifiés propres aux CHU définissent alors la force de leur culture de responsabilité.

¹ Cleveland, M., & al., *Identity, culture, dispositions and behaviour: A cross-national examination of globalization and culture change*, Journal of Business Research, Mars 2016, Vol. 69, N. 3, pages 1090-1102, pp. 1091-1092.

² Belias, D., Koustelios, A., *The influence of demographic characteristics of Greek bank employees on their perceptions of Organizational Culture*, International Journal of Human Resource Studies, Vol. 4, N. 1, 2014, pages 81 – 100, pp. 81-83.

5.3.3.1. CHU de Tlemcen

La majorité des médecins ayant participé à l'étude sont de grade des généralistes appartenant à la génération Y. Ils sont très sensibles à la qualité des avantages sociaux proposés dans leur CHU. Leur satisfaction représente par ailleurs un facteur d'engagement et de sensibilisation à leur responsabilité et au renforcement de valeurs responsables. La personnalité verte domine dans le CHU de Tlemcen. Les valeurs comme la modestie et aussi l'orientation vers une personnalité du parent nourricier sont recherchées. Le soutien et la force du travail d'équipe représentent alors une source de motivation et d'engagement. Ils sont donc à la recherche de l'harmonie et de la création de groupes soudés, fondés sur la confiance réciproque et sur le soutien mutuelle. Les valeurs de la responsabilité morale sont fortement valorisées. Les médecins travaillant dans le CHU de Tlemcen sont très sensibles à l'importance de l'harmonie et de la lutte de tout comportement confrontant. Les décisions sont donc prises dans le cadre d'un consensus.

Tab. 5.23. - Comparaison de la force des relations pour chaque appartenance pour le modèle 2

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Tlemcen	v87	v82, v41, v4, v28, v83	v20, v91, v89, v90, v88
Sidi Bel Abbès	v88	v23, v24, v20, v46, v33	v30, v91, v87, v89, v90
Bab el oued – Alger	v89	v47, v2, v46, v73, v40	v26, v91, v87, v90, v88
Tizi Ouzou	v90	v80, v31, v54, v7, v16	v45, v91, v87, v89, v88
Béjaia	v91	v9, v30, v65, v28, v82	v87, v89, v90, v47, v88

La confrontation est perçue comme une impulsion et un manque de professionnalisme. Ils s'impliquent dans le rôle de médiateur afin de favoriser la qualité de l'environnement interne et la qualité du dialogue social. Le renforcement de la culture de responsabilité dépend selon ce groupe à la capacité de chaque partie prenante à respecter ses confrères pour éviter tout stress. Le burnout est alors évité afin d'optimiser la bonne humeur et le moral des médecins. Le bien-être de l'ensemble des parties prenantes est donc recherché et soutenu. Ces médecins généralistes whyers sont fortement attachés à leur appartenance au CHU.

Ces médecins se voient donc difficilement quitter leur milieu de travail. Ces médecins représentent alors une valeur sûre et la direction peut ainsi investir à long terme. Ils se désintéressent des mutations et des possibilités de carrières au niveau de d'autres structures. Cela montre que, la force des valeurs organisationnelles et de la culture de responsabilité dominante, conduite par la direction, les motivent. Les résultats du tableau 5.23 montrent que les spécificités propres à la personnalité des médecins, à la personnalité du top management et

aux conditions de l'environnement internes et externes déterminent la perception des médecins. En comparant la force des relations entre les variables, le tableau 5.24 permet de constater que les médecins du même grade ont des valeurs différentes et un niveau d'implication différent.

Tab. 5.24. - Comparaison entre l'échantillon des généralistes et les généralistes du CHU de Tlemcen pour le modèle 2

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Généralistes de Tlemcen	v87	v82, v41, v4, v28, v83	v20, v91, v89, v90, v88
Généralistes de l'étude	v82	v4, v56, v74, v49, v59	v43, v31, v72, v68, v67

Ils ont donc des priorités différentes et sont impactés différemment pour chaque aspect lié à la culture de responsabilité. Que ce soit pour les variables ayant une forte relation ou une faible relation, les résultats ne montrent aucune similarité. La culture locale ainsi que la culture propre au CHU impacte fortement sur la force de la culture de responsabilité des médecins. Leur niveau d'implication dépend donc de variables prises en compte dans l'étude mais aussi de variables non analysées dans le cadre de cette recherche.

5.3.3.2. CHU de Sidi Bel Abbès

Les médecins exerçants dans le CHU de Sidi Bel Abbès perçoivent une bonne reconnaissance et une bonne récompense de leurs efforts. Cela favorise par ailleurs un accroissement de leur motivation et de leur implication dans le renforcement des valeurs responsables. Cependant, cela s'accompagne d'une perception contradictoire. En effet, même si le CHU reconnaît leurs efforts, ces médecins n'ont pas un sentiment d'appartenance. La majorité pense par ailleurs avoir fait une grave erreur en décidant de travailler au niveau de ce CHU. Cela est expliqué par une reconnaissance et une valorisation des compétences sur un premier plan. Par contre, un manque d'accomplissement ou de force d'une culture de responsabilité et de valeurs communes explique cette non-appartenance. Cela se confirme avec la v20 qui valide les deux résultats précédemment présentés.

Les médecins accordent une grande importance aux possibilités et opportunités de développement de leurs compétences et de leurs carrières. L'existence d'une culture de responsabilité afin de renforcer leurs liens et d'intégrer des valeurs sociétales est donc secondaire. L'harmonie du groupe, la confiance et la qualité de vie des interactions dans l'environnement hospitalier ne représentent pas des facteurs de motivation. Ces médecins sont donc, peu sensibles et peu intéressés à l'idée de s'investir dans des actions sociétales. Par contre,

même si la qualité du bien-être est secondaire et ne détermine pas un besoin prioritaire, une grande importance est accordée à l'inexistence des formes de discrimination et de racisme.

Ils associent donc la performance des équipes médicales à la capacité de construire une équipe multidisciplinaire et diversifiée. Les différences culturelles et d'ordres privés ne doivent donc aucunement interférer avec le niveau de compétence et de professionnalisme des médecins. Orientés principalement vers un management masculin, l'intégration des nouveaux confrères ainsi que la charge du transfert de savoir et de la formation continue représente un facteur clé de succès. Les rapports entre confrères sont donc strictement professionnels ; l'entente professionnelle représente l'élément déterminant de la croissance du CHU. Par contre, leur responsabilité s'arrête dans leur contribution et dans leur engagement sur le volet organisationnel, médical et scientifique. Les médecins sont donc insensibles à leur responsabilité morale qui contribue au bien-être interne. Ils se désengagent des actions favorisant l'amélioration de l'humeur de l'équipe et générant une harmonie, de l'optimisme et de la bonne humeur.

5.3.3.3. CHU de Bab El Oued – Alger

Les médecins exerçant dans le CHU de Bab El Oued sur Alger sont très sensibles à l'inexistence de toute forme d'harcèlement moral ou sexuel, de discrimination et de racisme. Ceux-ci représentent donc un facteur de stress favorisant le burn-out et le désengagement. Cela impacte non seulement sur la qualité du bien-être mais aussi sur la productivité personnelle et du groupe. Tout comme au niveau du CHU de Sidi Bel Abbès, les formes d'harcèlement ou de discrimination sont à l'opposé de la valeur de l'équité de tous. Ces médecins appartiennent globalement à la personnalité bleue. Ils sont donc orientés vers la précision, les faits, les résultats, l'importance du respect et du professionnalisme ainsi que sur la mise en place du respect des procédures. Ils se rapprochent fortement de la personnalité de l'adulte dans l'analyse transactionnelle.

Les médecins du CHU de Bab El Oued (Alger) attachent une grande importance à l'adhésion aux valeurs du supérieur hiérarchique, principalement celles du chef du service. L'intégration de valeurs communes regroupant la satisfaction des besoins de l'ensemble des parties prenantes est primordiale. La qualité des échanges et de la collaboration entre ces médecins et leurs chefs de service détermine leur niveau de sensibilisation et engagement. L'adhésion aux valeurs du chef du service qui représente un symbole et un exemple permet de renforcer l'intégrité et l'image de marque du service. Cela impacte directement la performance des équipes de travail.

Les comportements individualistes et de ‘‘Je m’en-foutistes’’ sont donc très mal perçus. Ils s’orientent vers des résultats d’équipes et vers la synergie aboutissant à une croissance optimale. Ces médecins prennent donc conscience de l’importance de leur engagement dans le renforcement des valeurs responsables et de la culture de responsabilité. Leur implication s’opère aussi bien, sur les volets comportemental, organisationnel, scientifique et sociétal. En effet, la sensibilisation à leur responsabilité médicale, sociale, environnementale, éthique et scientifique représente un investissement, l’objectif est de renforcer le travail de l’équipe. Ces actions ne relèvent donc aucunement de leur personnalité, ni d’une conscience morale mais plutôt de leur contribution à l’amélioration continue de la qualité des prestations et des processus.

Cependant, ces médecins s’investissent dans le renforcement et dans la sensibilisation à la culture de responsabilité uniquement dans un environnement valorisant leurs compétences. En effet, les efforts fournis par la direction pour proposer des programmes de formations continues, visant à renforcer leurs compétences, déterminent leur niveau d’engagement. Contrairement à ce qui est constaté au niveau du CHU de Sibi Bel Abbès, les médecins du CHU de Bab Bel Oued d’Alger sont fortement attachés à leur CHU. Ils se jugent alors être fiers de leur appartenance, de leurs équipes qu’ils composent et des résultats atteints grâce aux efforts, aux valeurs partagées et à la culture organisationnelle propre au CHU.

Ils considèrent appartenir au meilleur CHU algérien dans lequel ils sont heureux d’y travailler. Cette appartenance leur permet de s’investir à moyen et à long termes dans un but de percevoir leur responsabilité et de jouer un rôle actif dans l’amélioration continue du CHU. Ils accordent donc une importance au renforcement de leur culture de responsabilité, mais aussi, au rapprochement des différentes sous-cultures de responsabilité existantes dans le CHU. Cela permet par ailleurs, de renforcer la culture de responsabilité dominante à travers la validation de l’ensemble des valeurs organisationnelles responsables établies par la direction du CHU.

5.3.3.4. CHU de Tizi Ouzou

Les résultats établis au niveau du CHU de Tizi Ouzou sont dominés par l’orientation et la perception des spécialistes. Ces médecins s’épanouissent dans un environnement ayant une qualité de bien-être et d’harmonie interne. Les confrontations et les conflits représentent des sources de désengagement et de démotivation. Leur niveau d’implication est donc revu à la baisse ; l’impact de leur moral sur leur productivité devient alors significatif. Ils sont par ailleurs très hésitants à l’idée de se surpasser ou d’émettre des initiatives personnelles pour un renforcement d’une culture de responsabilité.

Ils aiment par ailleurs être valorisés et récompensés pour leurs efforts personnels. Ils suivent donc le rythme de travail et d'engagement de l'ensemble de l'équipe de travail qui les englobe. Il est difficile de sensibiliser ces médecins à des actions personnelles visant à les sensibiliser à des valeurs responsables. Ces médecins sont enclins à être très influencés par des facteurs sources de démotivation ainsi que par des comportements de "Je m'en-foutistes" et d'individualistes. Leur sensibilisation à une culture de responsabilité n'est possible, qu'à travers l'intégration de politique d'amélioration organisée par la direction et par le top management.

L'engagement du groupe et la participation de tous représentent un facteur déterminant de leur niveau d'implication. Cependant, leur investissement doit être accompagné par des récompenses formulées sous forme d'avantages ou d'opportunités d'évolution dans le CHU. Il est donc important d'identifier les réelles sources de motivation et surtout de démotivation de ces médecins en premier lieu. Il est aussi important en second lieu, d'identifier les éléments influents et désengagés pour une création d'un équilibre du niveau d'engagement de l'ensemble des médecins.

Ils sont aussi conscients de l'impact du comportement, du sérieux et du manque du sérieux de chaque médecin sur la qualité de l'environnement du travail. Ces médecins sont donc conscients du rôle important de chaque médecin dans le renforcement de la culture de responsabilité. Cependant, le niveau d'implication doit être consensuel et entrepris par tous. De ce fait, ces médecins reconnaissent en eux la valeur ajoutée qu'ils créent au niveau du CHU et disent pouvoir contribuer positivement à son développement. Cependant, la création de valeur doit être une notion de groupes, elle doit être la résultante d'efforts et de charges de travail adéquatement répartie.

Tab. 5.25. - Comparaison entre l'échantillon des spécialistes et les spécialistes du CHU de Tizi Ouzou pour le modèle 2

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Spécialistes de Tizi Ouzou	v90	v80, v31, v54, v7, v16	v45, v91, v87, v89, v88
Spécialistes de l'étude, 5 CHU	v80	v57, v60, v34, v54, v36	v47, v64, v46, v18, v63

Cependant, contrairement aux autres CHU, ces médecins accordent une grande importance à l'appartenance culturelle propre à chaque médecin. Les groupes restreints et les affinités créés au sein des équipes dépendent alors des origines de la personne. Ils déclarent vouloir travailler efficacement avec des médecins partageant la même culture locale, la même langue, les mêmes habitudes et coutumes personnelles et traditionnelles. La diversité n'est donc

pas voulue, acceptée ou encouragée. Les médecins doivent donc appartenir à une même culture afin de partager les mêmes valeurs idéologiques.

Ces spécificités culturelles régionales impactent selon eux la personnalité, la dynamique des groupes ainsi que les différentes influences sociales pouvant exister au sein d'un groupe. L'importance accordée à l'appartenance ethnique, culturelle et géographique agit sur la qualité de la collaboration et du travail d'équipe. Les formes de discrimination, de racisme sont enclines à se développer pour mener à des formes d'harcèlements moraux. L'inflexibilité face à l'acceptation de la diversité favorise la création de sous-groupes restreints et l'émergence de contre-cultures à cause de la différence idéologique.

Le tableau 5.25 montre la différence des perceptions entre les résultats moyens des spécialistes des 5 CHU étudiés globalement et les spécialistes du CHU de Tizi Ouzou particulièrement. Sachant que les résultats de Tizi Ouzou sont dominés par les spécialistes, une nette différence des valeurs et des priorités est constatée. Tout comme le cas des généralistes au niveau de Tlemcen qui se distinguent par leurs valeurs, ici aussi les spécificités environnementales régulent le comportement des médecins. Même si l'étude des spécificités des cultures locales n'est pas prise en compte dans l'étude, néanmoins ces résultats montrent toutefois son importance. Cela montre bien l'importance des spécificités locales, de l'histoire du CHU, de ses mythes, de ses traditions et de ses habitudes de fonctionnement. La culture de responsabilité dépend donc bien de l'ensemble des "couches de l'oignon" présentées dans le modèle de Hofstede.

5.3.3.5. CHU de Béjaia

Les résultats pour ce CHU représentent majoritairement la perception et le niveau d'implication des médecins généralistes dans la culture de responsabilité. Ces médecins sont très sensibles aux valeurs de durabilité visant à émettre des actions reliées au développement durable. Ils s'investissent dans le tri des déchets ainsi que dans la rationalisation de la consommation des ressources. Cela s'applique sur la consommation du papier ou de toute matière augmentant le volume des déchets hospitaliers. Ils sont sensibles donc à leur responsabilité dans une orientation environnementale visant à atteindre l'efficience¹.

Cela démontre aussi leur implication dans la culture de responsabilité visant à renforcer leurs valeurs ainsi que celles de l'ensemble des parties prenantes internes et externes du CHU.

¹ Popa, R-A., *The corporate social responsibility practices in the context of sustainable development: The case of Romania*, *Procedia Economics and Finance*, Vol. 23, 2015, pages 1279-1285, p. 1280.

Leur responsabilité s'oriente aussi vers leur implication dans la qualité du bien-être au travail. Ils s'investissent donc dans l'amélioration des rapports et des échanges. Favorisant l'harmonie au travail, ils s'impliquent dans le maintien du moral et de la motivation de l'équipe. Cela est visible à travers leur implication dans la généralisation des perceptions, des valeurs et des comportements positifs et optimistes¹.

Ces médecins sont principalement motivés par les bons rapports entretenus avec leurs supérieurs hiérarchiques principalement leurs chefs de service. La souplesse et la flexibilité du management du service et de leur travail permet de les motiver. L'application d'un leadership démocratique leur permet donc une meilleure flexibilité et liberté d'action. L'échange et la consultation de l'ensemble de l'équipe les motivent pour une meilleure implication dans la culture de responsabilité. Cette flexibilité et cette prise d'initiative leur permet de se positionner comme des médiateurs.

Une bonne délégation de la gestion hospitalière est transférée à l'équipe médicale. Ces médecins sont sensibles à leur responsabilité face à la sensibilisation de leurs confrères à l'amélioration continue et à l'évitement de la confrontation et de la création des conflits. Ce besoin d'harmonie représente une lutte interne face à toute forme d'harcèlement moral ou sexuel. Tout cela est fait pour créer la généralisation d'une conscience et d'une responsabilité morale pour la généralisation de l'équité et du respect.

Tab. 5.26. - Comparaison entre l'échantillon des généralistes et les généralistes du CHU de Béjaïa pour le modèle 2

<i>Grade</i>	<i>N. de la variable</i>	<i>Relation forte</i>	<i>Relation faible ou inexistante</i>
Généralistes de Béjaïa	v91	v9, v30, v65, v28, v82	v87, v89, v90, v47, v88
Généralistes de Tlemcen	v87	v82, v41, v4, v28, v83	v20, v91, v89, v90, v88
Généralistes de l'étude	v82	v4, v56, v74, v49, v59	v43, v31, v72, v68, v67

Le tableau 5.26 permet de faire ressortir les différences de valeurs et idéologiques entre les généralistes de Béjaïa, de Tlemcen et de l'échantillon pris globalement. Il existe donc une nette distinction qui confirme bien le tableau 5.26 comparant les généralistes de Tlemcen à ceux de l'échantillon. Les généralistes ont 2 valeurs communes sur 5 avec lesquelles ils sont fortement reliés. Les médecins appartenant aux deux premiers CHU du tableau 5.26 se distinguent par contre fortement de l'échantillon des généralistes des 5 CHU compris dans l'étude.

¹ Aktas, E., Cicek, I., Kiyak, M., *The effect of organizational culture on organizational efficiency: The moderating role of organizational environment and CEO values*, *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, Vol. 24, 2011, pages 1560- 1573, pp. 1560-1564.

Cette section a montré les différences de perception de la culture de responsabilité des médecins. Les résultats soulignent que les différences appartenances catégorielles expliquent fortement les facteurs de motivation et de démotivation à la responsabilisation partagée. Les différences entre les groupes catégoriels expliquent le niveau d'engagement et de désengagement des médecins. La motivation au volontarisme varie en fonction du sexe, de la personnalité, du grade, de l'âge et de l'appartenance des médecins. Les groupes catégoriels expliquent aussi la force des valeurs de responsabilité des médecins en se référant aux orientations et perceptions propres à chaque groupe.

Conclusion du chapitre

Ce cinquième chapitre montre qu'il n'existe pas une forte culture de responsabilité dans les CHU algériens. Cela est dû non seulement à la faiblesse de la culture organisationnelle institutionnalisée par la direction des CHU. En effet, le manque d'implication de la direction dans le renforcement des valeurs organisationnelles partagées, communes et acceptées par l'ensemble des parties représente un facteur de démotivation et de désengagement.

Sachant que les médecins représentent une des parties prenantes des CHU, leur culture de responsabilité est différente de la culture de responsabilité dominante. Leur perception, idéologie, valeurs, priorités changent d'un groupe à un autre. Le niveau d'implication et de sensibilisation des médecins varie en fonction de leur personnalité, de leur appartenance institutionnelle, de leur sexe, de leur âge, ainsi que de leur grade. Les médecins ne représentent donc pas un seul groupe homogène qui partage des mêmes valeurs organisationnelles et idéologique. La perception de la culture de responsabilité change d'un groupe à un autre.

Il existe donc des contre-cultures liées de l'existence de différents groupes et sous-groupes restreints. Les valeurs partagées ainsi que leur niveau d'implication et d'adhésion aux valeurs hiérarchiques et institutionnalisées varient. Le niveau d'implication de la direction dans la sensibilisation à la culture de responsabilité représente un point déterminant à son renforcement.

Cependant, une plus grande décentralisation et l'application d'un management responsable orienté vers un leadership consultatif permet une meilleure intégration. Il est aussi nécessaire de prendre en compte les réels facteurs de motivation afin de sensibiliser les médecins à une participation plus active aux actions sociétales. Cependant, la direction doit

aussi réduire les facteurs de démotivation permettant de mieux sensibiliser les médecins à leur responsabilité.

Les résultats montrent aussi que les médecins accordent une plus grande importance à la responsabilité de croissance. La responsabilité morale et sociale représente un aspect secondaire et non stratégique selon les médecins. Cependant, l'orientation environnementale et de durabilité est pratiquement inexistante comme valeurs. La culture de responsabilité des médecins représente alors des valeurs organisationnelles et sociales et non des valeurs sociétales. Après avoir analysé la force de la culture de responsabilité, le chapitre suivant permet d'analyser l'impact de l'influence sociale sur la culture de responsabilité des médecins.

Chapitre 6

Analyse de la relation entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la force de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens

Chapitre 6 : Analyse de la relation entre l'influence sociale et la force de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens

Introduction du chapitre

Ce dernier chapitre analyse la relation entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la force de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens. La première section examine cette relation avec la méthode de l'analyse par composantes principales. L'étude comprend la présentation des résultats descriptifs, l'interprétation des plans factoriels des variables et des individus. L'ACP permet de présenter les statistiques descriptives en analysant la matrice de corrélations par mesure des relations entre les 43 variables choisies pour cette analyse. Par ailleurs, elle sélectionne les facteurs afin de déterminer les composants régissant la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité.

La deuxième section explore l'interdépendance entre le niveau d'adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante, la qualité du climat interactionnel et l'harmonie au travail avec la perception positive de la culture de responsabilité. La finalité est de modéliser le juste équilibre permettant d'augmenter le pourcentage des médecins percevant positivement les avantages de la responsabilisation partagée et de la mise en place d'actions sociétales. La dernière section discute les résultats présentés dans cette recherche. Elle se focalise en premier lieu à la vérification des hypothèses de la recherche. Cela permet d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses qui en découlent de la problématique. Cette section présente ensuite les réponses aux questions de la recherche. Les réponses aux questions secondaires et à la question principale découlent des résultats constatés dans les chapitres 4, 5 et 6.

La dernière section englobe des recommandations proposées par rapport aux résultats trouvés dans le cadre de cette recherche. Le premier point propose des recommandations visant à réguler le poids de l'influence sociale. Elles présentent des solutions qui réduisent les pressions de pouvoir pour adopter un leadership transversal. Cette section soumet aussi des recommandations qui renforcent la culture de responsabilité des médecins. Le but de la régulation et du renforcement est d'engendrer un management hospitalier responsable capable de créer un système social interactionnel favorable à la responsabilisation partagée. Cette troisième section aborde enfin les limites de la recherche opératoire afin de prendre en compte les possibles variables qui auraient pu être prises en compte dans la réalisation de l'étude.

6.1. Analyse de la relation entre l'influence sociale et la force de la culture de responsabilité par l'analyse des composantes principales

Cette section présente les variables choisies pour l'analyse par composantes principales. Elle détermine la force des corrélations entre les variables de l'influence sociale et de la culture de responsabilité. Elle analyse donc la contribution des individus et des variables sur les plans factoriels retenus pour déterminer les sous-groupes existants. Deuxièmement, elle détermine la force de la relation entre les deux variables mères pour chacun des sous-groupes.

6.1.1. Présentation des résultats descriptifs de l'ACP

Ce point présente les statistiques descriptives du modèle ACP. Il permet ensuite de mettre en avant les corrélations significatives ainsi que le nombre de facteurs retenus.

6.1.1.1. Statistiques descriptives

La réalisation du modèle de l'analyse des composantes principales consiste à étudier la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité. Ces deux données représentent les variables mères du modèle. La relation entre ces deux variables mères est analysée en fonction des catégorisations sociales et professionnelles. L'ACP comprend 43 variables classées dans un certain ordre ; ces dernières, comprises entre 22 et 43 représentent les variables actives du modèle. Par contre, celles comprises entre 1 et 21 représentent des variables supplémentaires¹ et réunissent les différentes catégorisations. L'influence sociale comprend 5 variables (tableau 6.1). Cela aboutit à une représentativité significative de 23 sous-variables. La culture de responsabilité comprend 17 variables, à leur tour elles se répartissent en une représentativité significative de 49 sous-variables.

Une vue d'ensemble des variables actives de l'ACP est donnée par le tableau 6.1. Le modèle reprend les pressions de pouvoir, la qualité du climat organisationnel, les comportements non conformistes, la stabilité au travail et la satisfaction des conditions SST comme variables de l'influence sociale. Toutes ces variables exprimant la culture organisationnelle hospitalière, l'adhésion aux valeurs organisationnelles, la confiance dans le

¹ Voir Annexe 11 : Présentation des variables du modèle de l'analyse par composantes principales.

Annexe 12 : Présentation des résultats descriptifs du modèle de l'analyse par composantes principales.

leadership, l'engagement de l'équipe dirigeante, la motivation au volontarisme, le désengagement et la force des valeurs représentent les variables de la culture de responsabilité.

Les chiffres du tableau dévoilent que 65,26% des médecins ayant participé à l'étude subissent des pressions de pouvoir dans les CHU par les responsables. Par ailleurs, seuls 37,15% des médecins sont satisfaits de la qualité du climat relationnel avec l'équipe dirigeante. Cela démontre que l'existence ou la perception de l'influence sociale impactant sur l'avancement influent sur la qualité des échanges. Ces influences engendrent des conflits. Le résultat de l'écart type révèle que l'existence des pressions de pouvoir varie en fonction des perceptions des médecins. Cette perception est expliquée par la forte dispersion des données.

Tab.6.1.- Présentation de statistiques descriptives des variables actives de l'ACP

Rubrique	Variable	Moyenne	Ec-Type
Influence sociale	Pressions de pouvoir	65,26%	0,40
	Qualité du climat interactionnel	37,15%	0,16
	Comportements non conformistes	29,40%	0,23
	Instabilité au travail	43,36%	0,22
	Satisfaction des conditions SST	11,48%	0,11
Culture de responsabilité	Forte distance hiérarchique	58,16%	0,49
	Orientation individualiste	49,74%	0,50
	Management à orientation masculine	54,47%	0,50
	Fort contrôle de l'incertitude	48,16%	0,50
	Orientation à long terme	68,95%	0,46
	Dominance de la subjectivité	81,05%	0,39
	Particularisme	76,05%	0,43
	Culture limitée	47,63%	0,50
	Statut attribué	58,68%	0,49
	Polychronie	57,37%	0,50
	Orientation future - présent	67,37%	0,47
	Adhésion aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante	54,47%	0,32
	Confiance dans le leadership découlant des valeurs organisationnelles	88,51%	0,14
	Engagement de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité	23,68%	0,19
	Motivation au volontarisme responsable	30,61%	0,18
	Désengagement sociétal	26,15%	0,17
	Force des valeurs de responsabilité des médecins	41,11%	0,15

Toutefois, les comportements non conformistes ne sont représentés que par 29,40% de ces médecins. Cela démontre que l'existence d'influence sociale n'aboutit pas systématiquement à des comportements non conformistes comme la participation aux grèves

ou aux activités syndicales. L'analyse affiche que 43,36% des médecins sont instables au travail. Cette instabilité se définit par le désir de mobilité, d'absentéisme et de départ volontaire. L'instabilité au travail est le fruit de l'insatisfaction des conditions de santé et de sécurité (11,48%). Elle représente un élément majeur d'insensibilisation à l'appartenance aux CHU.

Les 11 variables comprises entre la forte distance hiérarchique et l'orientation future – présent représentent les caractéristiques perçues de la culture organisationnelle par les médecins. Ces résultats ont été présentés dans le chapitre 5. Le but est de trouver la relation entre ces composantes de la culture hospitalière avec le poids des influences et la force de la culture de responsabilité. La forte distance hiérarchique renforce la centralisation de pouvoir. Elle engendre aussi des rapports sociaux régis par du favoritisme. Cela démontre que la culture organisationnelle hospitalière encourage le poids des influences sociales formelles et informelles et s'explique aussi par la dominance de la subjectivité dans les rapports professionnels et sociaux dans les CHU.

La culture organisationnelle hospitalière démontre l'existence d'un leadership rigide. La transversalité dans le leadership est donc peu significative. Cela démontre que les CHU algériens étudiés n'appliquent pas les principes du new-public management. Le management hospitalier reste formel et procédurier. Le fort contrôle de l'incertitude réduit les risques organisationnels mais freine la flexibilité. Cela démontre aussi la faible confiance réciproque qui régit la relation entre les médecins et l'équipe dirigeante. Toutefois, le manque de confiance se focalise principalement pour la direction et non les chefs de service. Les médecins identifient donc l'équipe dirigeante comme deux parties distinctes. Ils estiment que les chefs de services appliquent un management transversal visant à responsabiliser l'ensemble des acteurs (88,51%). Toutefois, leur engagement dans le renforcement d'une culture de responsabilité reste faible avec 23,68%.

Les médecins ont une adhérence moyenne de 54,74% aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante. Par contre, 41,11% ont de fortes valeurs de responsabilité. Ce résultat montre que 41,11% des médecins ont de fortes valeurs d'engagement. Ces médecins développent des valeurs organisationnelles d'implication dans des actions sociétales. Toutefois, la motivation au volontarisme responsable représente 30,61%. Cela démontre que l'existence de fortes valeurs de responsabilité n'entraîne pas systématiquement une forte responsabilisation partagée. La culture de responsabilité réduit donc le désengagement et renforce le niveau d'adhésion aux valeurs organisationnelles. Elle engendre un management transversal basée sur la responsabilisation et la confiance. Par contre, l'implication des

médecins sur les plans organisationnels, sociaux et écologiques ne dépend pas uniquement des efforts de sensibilisation de l'équipe dirigeante.

6.1.1.2. Matrice de corrélations

Ce point permet de relever les corrélations significatives entre les variables. L'analyse est réalisée sur les variables actives et supplémentaires. Les relations prises en compte sont celles dont les valeurs sont comprises entre $-1 \leq r \leq -0,5$ et entre $0,5 \leq r \leq 1$. L'analyse se focalise sur la relation existante entre les variables de l'influence sociale et celles de la culture de responsabilité. L'annexe 13 contient donc une matrice de corrélations réduite. Cette réduction est faite afin de mieux se focaliser sur les résultats de la relation entre les deux variables mères de l'ACP¹.

6.1.1.2.1. Perception des pressions de pouvoir par les généralistes

Ce premier constat montre une corrélation significative entre les pressions de pouvoir dans les CHU et les généralistes. Les généralistes représentent un groupe qui subit ou perçoit des pressions de pouvoir dans les CHU. Elles représentent des influences sociales exercées à leur encontre. Les politiques de promotion, de formation et de récompense sont régies par des régulations sociales formelles et informelles. L'annexe 13 cite que le poids des pressions de pouvoir dans le modèle de l'ACP est principalement significatif pour le corps des généralistes. Les autres groupes de catégorisation ne perçoivent pas de fortes pressions de pouvoir ; elles sont acceptées et gérées comme composante de l'environnement de travail.

Cette annexe étale aussi le statut des généralistes qui est peu valorisé dans les CHU. Les médecins présentent un taux de participation éloquent aux concours de résidanat. Ces concours représentent une chance d'avancement de carrière. Ils permettent aussi de valoriser la compétence et la crédibilité des médecins dans les CHU. L'accès à des grades supérieurs leur ouvre des opportunités d'avancement de carrière tant sur le plan médical qu'organisationnel. Cela leur ouvre aussi des accès à des programmes de formations plus diverses et spécialisés. La recherche d'avancement dans la carrière régule l'écart dans le statut entre les médecins généralistes et l'équipe dirigeante qui est constituée principalement d'hospitalo-universitaires.

¹ Voir Annexe 13 : Corrélation entre les variables du modèle de l'analyse par composantes principales.

6.1.1.2.2. Sensibilité des spécialistes à la qualité du climat interactionnel

L'annexe 13 révèle une corrélation élevée ($r = 0,8$) entre les spécialistes et la qualité du climat interactionnel car elle montre que les spécialistes ont une sensibilité persuasive à la qualité des échanges interpersonnels. Ce groupe de médecins sont très impactés par l'émergence de conflits interpersonnels avec l'équipe dirigeante. Ils associent donc la qualité des échanges et de la collaboration avec la qualité du climat interactionnel. L'existence d'un système social non régi par des jeux de pouvoir permet de renforcer l'interactivité entre les deux parties et de réduire aussi les risques organisationnels. La relation entre les spécialistes et l'équipe dirigeante affecte le climat interactionnel avec les autres corps hospitaliers. La qualité du climat interactionnel engendre donc un bien-être au travail. Celui-ci réduit le burnout ainsi que les sources de conflits. Le renforcement de l'entente permet à son tour d'impacter sur la performance de l'équipe.

Les spécialistes présentent un taux révélateur en conflits interpersonnels. Leur relation conflictuelle réduit la perception d'une confiance mutuelle. Elle abaisse ainsi l'efficacité de la transversalité et de l'organisation par réseau. L'existence d'un climat de travail favorable à la transversalité renforce le sentiment d'appartenance des spécialistes. L'équipe dirigeante doit donc réguler l'ensemble des sources d'influence sociale interne. Par ailleurs, elle doit jouer un rôle central dans la réduction du poids de l'influence des groupes restreints.

6.1.1.2.3. Relation entre les comportements non conformistes et la force des valeurs de responsabilité des médecins

Une corrélation significative entre le développement des comportements non conformistes et la force des valeurs de responsabilité des médecins est clairement visible sur l'annexe 13. En effet, le renforcement des comportements non conformistes se fait à travers la participation aux activités syndicalistes et grévistes. Ces participations sont dues à une insatisfaction du management hospitalier appliqué dans les CHU. Elles reflètent un manque de transversalité. Ces comportements non conformistes naissent du manque d'adhésion aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante. Elles reflètent l'image d'une équipe dirigeante non optimale qui n'applique pas des pratiques décisionnelles consensuelles. Les comportements non conformistes confirment l'existence d'une contre-culture. Celle-ci est régie par des valeurs organisationnelles et sociales propres aux sous-groupes qui la composent. Elle renforce les jeux de pouvoir et les pressions tant implicites et qu'explicites avec l'équipe

dirigeante, elle fait naître par conséquent des comportements d'affirmation, d'autorité et de contre-pouvoir.

Le développement des comportements non conformistes fragilise la stabilité au travail et le bien-être au travail. Il agit aussi sur la qualité de la dynamique relationnelle entre l'ensemble des corps hospitaliers. La généralisation des comportements non conformistes agit significativement sur la performance hospitalière ainsi que la crédibilité de l'autorité hiérarchique. Toutefois, son développement régule les influences sociales en identifiant les limites organisationnelles et les besoins visibles et cachés des médecins. Les comportements non conformistes engagent des actions d'amélioration continue et de changement. Ils engendrent des changements positifs à travers la valorisation de valeurs organisationnelles partagées et acceptées par tous.

La force des valeurs de responsabilité des médecins dépend du niveau de responsabilisation partagée. Toutefois, cette responsabilisation dépend du niveau de satisfaction et d'adhésion à la culture organisation hospitalière. Elle est proportionnelle au développement des valeurs d'engagement. Elle renvoie donc à des principes moraux, sociaux, organisationnels, sociétaux et éthiques. L'existence de ces valeurs d'engagement renforce l'implication des médecins dans une responsabilisation plus active dans les CHU. Leur sensibilisation et leur prise en compte des retombées sociétales liées aux décisions managériales dépendent du niveau d'acceptation de la culture hospitalière.

Les comportements non conformistes régulent donc la culture organisationnelle. Ils intègrent les médecins comme partie prenante à satisfaire et à convaincre. Cette régulation réduit les risques de développement de contre-cultures. Les relations plus fluides et transparentes avec l'équipe dirigeante apparaissent alors. Cette régulation sensibilise donc à la prise en compte de la responsabilisation partagée. La satisfaction aux orientations managériales renforce et crée des valeurs de responsabilité. Celles-ci transforment à leur tour la culture organisationnelle en culture de responsabilité.

6.1.1.2.4. Relation entre les comportements non conformistes et les corps des résidents et des généralistes

Les résidents affichent une corrélation significative avec le développement des comportements non conformistes. Les résidents participent donc aux activités syndicales et aux grèves afin de constituer un groupe influent. Leur finalité est de prendre en compte leurs besoins en vue de favoriser leur épanouissement professionnel dans les CHU. Le développement de ces comportements non conformistes représente donc une pression de pouvoir exercée à l'encontre de l'équipe dirigeante. Les résidents sont donc les plus enclins à développer une contre-culture. Celle-ci rejette les valeurs organisationnelles qui définissent les pratiques managériales et les processus interactionnels.

Contrairement aux résidents, les médecins généralistes n'associent pas les comportements non conformistes aux pressions de pouvoir de l'équipe dirigeante. En effet, malgré l'existence d'influence sociale, la participation aux activités grévistes et syndicalistes est mal perçue. Elle est vue comme un accroissement de jeux de pouvoir et d'affirmation de l'ensemble des parties. Il est à noter que les résidents sont constitués principalement de médecins appartenant à la génération Y. La différence moyenne d'âge des deux groupes de médecins entraîne donc des perceptions différentes quant au développement d'une contre-influence sociale. Les généralistes possèdent une sensibilité accrue au renforcement d'une culture de responsabilité. Le renforcement des comportements non conformistes perturbent le bien-être au travail recherché par les généralistes. Ces comportements sont perçus comme une variable dégradant le climat organisationnel au lieu du renforcement des valeurs partagées.

6.1.1.2.5. Sensibilité des professeurs à la stabilité au travail

Les médecins de grade professeurs possèdent quant à eux une grande sensibilité à la stabilité au travail. Ils s'investissent dans les pratiques organisationnelles et sociales en vue du poids de l'influence sociale que leur confère leur statut. Ces professeurs ont au minimum 10 ans d'expériences dans leurs CHU respectifs. Les demandes de mobilités sont donc évitées en vue de l'appartenance professionnelle et sociale.

Cette stabilité leur confère une respectabilité et une adhésion aux habitudes de travail. L'ancienneté favorise la construction de relations solides tant sur le volet professionnel que personnel. Cette appartenance renforce leur besoin de transférer leur savoir-faire et leur savoir-être. L'absentéisme représente alors un élément de désengagement et d'irrespect vis-à-vis de

l'équipe de travail. Le poids d'influence acquis les positionne comme des leaders charismatiques pris comme exemples pour leur réussite professionnelle et pour leur adoption des comportements interactionnels dans les CHU.

A ce stade d'avancement, les désirs de démission et de départ volontaires sont insignifiants. Bien au contraire, leur statut leur permet d'atteindre une renommée et un épanouissement professionnel. Leur stabilité au travail leur confère des opportunités de croissance et d'investissement dans des projets médicaux. Cela leur confère aussi l'opportunité de saisir des opportunités professionnelles visant des postes de responsabilités. Ces postes sont proposés au niveau du top management ou au niveau du ministère de la santé.

6.1.1.2.6. Relation entre la satisfaction des conditions de santé/sécurité et la confiance dans le leadership

La satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail concerne le volet sociétal. Elle mesure la satisfaction des politiques d'entretien et de disponibilité des ressources, de réduction des risques sanitaires et de la qualité du bien-être. L'existence des conditions SST optimales dérivent des orientations managériales appliquées par l'équipe dirigeante. Les conditions SST reflètent alors le niveau d'engagement de l'équipe dirigeante dans le management de la sécurité. Elles montrent aussi l'importance accordée au tri des déchets et à la sécurité au travail. Elles sont aussi en lien avec l'entretien des infrastructures. Les conditions SST représentent ainsi l'ensemble des risques internes dont le manque d'entretien du matériel de pointe. Par ailleurs, l'investissement dans l'achat et l'entretien des ressources amoindrit les risques internes et facilite l'exécution des tâches des médecins à travers une accessibilité optimale du matériel maximisant ainsi la fiabilité des diagnostics.

La satisfaction des conditions SST a une relation significative avec la confiance dans le leadership qui découle des valeurs organisationnelles des CHU. La confiance dans le leadership représente le niveau de transversalité entre les médecins et l'équipe dirigeante. Elle représente le niveau de décentralisation, de participation active, de flexibilité procédurale et du niveau d'implication et de responsabilisation de l'équipe dirigeante. Les résultats trouvés dans l'annexe 13 restent inattendus. En effet, théoriquement, la satisfaction des conditions SST est proportionnelle au renforcement de la confiance dans le leadership, toutefois, les résultats démontrent le contraire. Ce résultat peut donc être interprété sous un angle différent.

Les résultats descriptifs montrent une satisfaction amoindrie des conditions SST et une forte confiance dans le leadership. Toutefois, la confiance dans le leadership concerne

principalement les chefs de service et non l'équipe de la direction (top management). Cette constatation déduit aussi une grande part de subjectivité de détermination des réponses concernant l'appréciation du premier responsable hiérarchique. La confiance dans le leadership dépend donc en premier lieu de la confiance accordée à la personne et non à ce qu'elle représente hiérarchiquement parlant. La perception de la confiance varie donc en fonction de la qualité des rapports interpersonnels qui régit la relation entre les deux parties. Cela démontre le poids d'un système social informel qui peut affecter le volet strictement professionnel.

En effet l'existence de fortes relations sociales informelles régissant la relation entre les médecins et l'équipe dirigeante affecte la performance hospitalière. Par conséquent, les médecins ont d'ores et déjà une faible sensibilité aux retombées sociétales des activités des CHU. Les médecins se focalisent sur la qualité des rapports interpersonnels et sur les possibilités d'avancement dans leurs carrières respectives. Les médecins préfèrent donc collaborer avec une équipe dirigeante s'investissant dans l'amélioration du climat interactionnel dans les CHU. Cette amélioration est directement associée à la régulation de l'influence sociale.

La qualité des rapports sociaux déterminent l'accessibilité aux opportunités de formations. La dominance de la centralisation de pouvoir décisionnel normalise la multiplication du favoritisme et des avantages propres à l'appartenance aux groupes restreints. De ce fait, même si la satisfaction aux conditions SST détermine le niveau d'engagement et de motivation des médecins, elle reste toutefois secondaire devant l'importance de la régulation des jeux de pouvoir interne. Un autre point justifie la relation inverse entre les deux variables. La dominance de l'informel transforme toute action de contrôle comme un manque de confiance professionnelle et personnelle. Cela aboutit automatiquement à un malaise dans le groupe.

Le contrôle, les sanctions et les critiques sont donc perçus comme des éléments remettant en doute la qualité des relations sociales. L'exécution des contrôles liés au bon maintien des infrastructures et des ressources est donc altérée par le poids de la hiérarchie informelle. Par ailleurs, la prise en compte du management par la sécurité exige une participation active de l'ensemble des parties. En effet, l'optimisation des conditions de santé et de sécurité impliquent tous les acteurs dans le processus de maintien, de préservation et d'amélioration.

Or, une limite est constatée au niveau des CHU. Les médecins souhaitent une décentralisation du pouvoir décisionnel, toutefois, la prise en compte effective de leur responsabilité est limitée. Cette limite concerne le manque de sensibilisation des médecins au

volet organisationnel, social et environnemental. Ces résultats révèlent que le poids des relations informelles régule la relation entre la satisfaction des conditions SST et la confiance dans le leadership. La dominance de cette subjectivité renforce les zones d'incertitudes qui se créent en contre partie du maintien de l'harmonie sociale interne. Les résultats montrent aussi qu'il n'existe pas une distinction entre l'appréciation des valeurs personnelles et professionnelles des membres de l'équipe dirigeante. Ce manque de distinction fragilise le poids de l'autorité formelle.

6.1.1.2.7. Relation entre la satisfaction des conditions de santé/sécurité et la motivation au volontarisme responsable

Ce point approfondit l'analyse faite dans ce qui a été précédé. Il existe une relation inverse entre la satisfaction des conditions SST et la motivation au volontarisme responsable. Les chiffres précédents déduisent le manque de sensibilisation des médecins au volet sociétal. La responsabilisation est définie uniquement par la décentralisation du pouvoir décisionnel permettant d'acquérir une plus grande liberté d'exécution. Toutefois, l'acceptation des risques liés à la décentralisation n'est pas un élément pris en compte par les médecins. Les médecins souhaitent alors être désengagés par toute responsabilité supplémentaire qui risque d'être une charge supplémentaire.

La motivation au volontarisme responsable induit un désir de s'investir dans une organisation par réseau afin de favoriser une responsabilisation partagée. Cette responsabilisation implique les médecins dans le soutien de l'équipe dirigeante dans l'intégration d'un changement organisationnel d'où un renforcement, une création et une élimination de valeurs organisationnelles. Le volontarisme responsable des médecins les implique dans des démarches de préservations de l'environnement à travers une consommation raisonnable des ressources. Celle-ci les implique aussi dans des démarches de tri et de réduction des déchets. La motivation au volontarisme implique irrévocablement une responsabilisation morale.

Elle responsabilise les médecins à la régulation sociale des jeux de pouvoir et des dynamiques relationnelles internes. Cette responsabilité met ces médecins dans une situation de réduction des discriminations et des harcèlements. Il en découle alors une participation active dans l'écoute des parties prenantes, dans le soutien de la diversité, de l'égalité et du respect équitable malgré les différences hiérarchiques. La motivation au volontarisme responsable provoque l'acceptation de valeurs sociétales basées sur l'importance de la transversalité par la confiance réciproque. Il en découle une transparence et une équité de la part de l'ensemble des

niveaux hiérarchiques. La construction des valeurs sociétales se base sur un consensus permettant de faire valoir les intérêts individuels dans les intérêts communs.

Cette construction se base aussi sur la mise en place de processus de contrôle souple. Ces processus se déterminent par l'autorégulation, l'autocontrôle et par la délégation transversale. La motivation au volontarisme responsable mêle les médecins dans les définitions des risques organisationnels. Leur fermeté les engage à son tour dans des démarches d'amélioration. L'équipe dirigeante ne représente pas le seul facteur déterminant la motivation au volontarisme volontaire et à la qualité des conditions SST. Les actions entreprises par celle-ci doivent être accompagnées efficacement par les médecins ; une implication en réseau maintient les conditions SST. Le partage des valeurs sociétales provoque donc l'amélioration du bien-être au travail, des conditions SST, et de la force de la culture de responsabilité.

Ce partage alimente le niveau d'implication des deux parties dans des processus prenant en compte les fondements du post-new public management. Le poids de la hiérarchie informelle doit laisser place à un leadership transversal souple basé sur une confiance réciproque. L'existence de cette confiance régule ainsi l'engagement dans tous dans la préservation de la qualité des conditions SST.

6.1.1.2.8. Sensibilité des résidents à la satisfaction des conditions de santé/sécurité

Une sensibilité élevée à la satisfaction des conditions de santé et de sécurité dans les CHU est enregistrée par les médecins résidents. La sécurité dans l'environnement de travail représente une composante principale consolidant le bien-être au travail. Par ailleurs, la qualité du confort et de l'ergonomie interne fortifie la perception d'une image positive des CHU. Les actions d'entretien des espaces communs, de la propreté et du tri des déchets font agir une équipe dirigeante qui s'implique dans le renforcement d'une culture de responsabilité. Par ailleurs, le bon entretien du matériel de pointe ainsi que la disponibilité du matériel médical dans les délais demandés réduisent les facteurs de mal-être et de stress au travail.

La satisfaction des conditions de santé et de sécurité est donc reliée en premier ordre avec l'harmonie interne. Ces bonnes conditions réduisent les risques organisationnels, les sources de tensions ainsi que les surcharges de travail. Toutefois, les résidents estiment ne pas être concernés ni même impliqués dans le maintien de la qualité des conditions SST. La satisfaction des conditions SST découle de la responsabilité exclusive de l'équipe dirigeante. Par ailleurs, l'insatisfaction des résidents renforce les comportements individualistes.

Ces comportements révèlent une démotivation et une contreculture interne. Le poids des rapports informels réduit le maintien des contrôles visant à mettre à disposition les bonnes conditions optimales permettant de favoriser la performance hospitalière. Les résidents attachent donc la satisfaction des conditions SST à la capacité de l'équipe dirigeante à contrôler l'exécution de l'ensemble des actions sociétales. Ils relient cela aussi à sa capacité de responsabiliser et d'engager l'ensemble des parties dans le maintien des conditions favorables. Ce maintien passe par la préservation des ressources et par l'implication de tous dans les actions spécifiques de prévention.

Les résidents colligent aussi le poids de l'influence sociale à la qualité des conditions SST. En effet, la programmation ou la facilité d'accès au matériel médical est régi par une voie hiérarchique formelle et informelle. Les différentes programmations et collaborations favorisent en premier lieu l'accès prioritaire des médecins intégrant le même groupe restreint. Ce favoritisme impacte ainsi la qualité de prestations des soins et donc une sélectivité organisationnelle. Les flexibilités procédurales dépendent des rapports sociaux entre les différentes parties.

Les résidents se retirent alors de leur responsabilité dans l'amélioration des conditions SST. Pour eux, l'équipe dirigeante doit avant tout réguler les jeux de pouvoir et sensibiliser l'ensemble des parties à une responsabilisation partagée. Les résidents adoptent donc le comportement consensuel. L'existence de médecins adoptant un comportement individualiste et non intégrateur renforce leurs comportements non conformistes. Une implication partagée les sensibilise toutefois à leur responsabilité. De ce fait, l'existence d'influence sociale imposée par différentes parties influentes internes désengage les résidents à leurs valeurs sociétales.

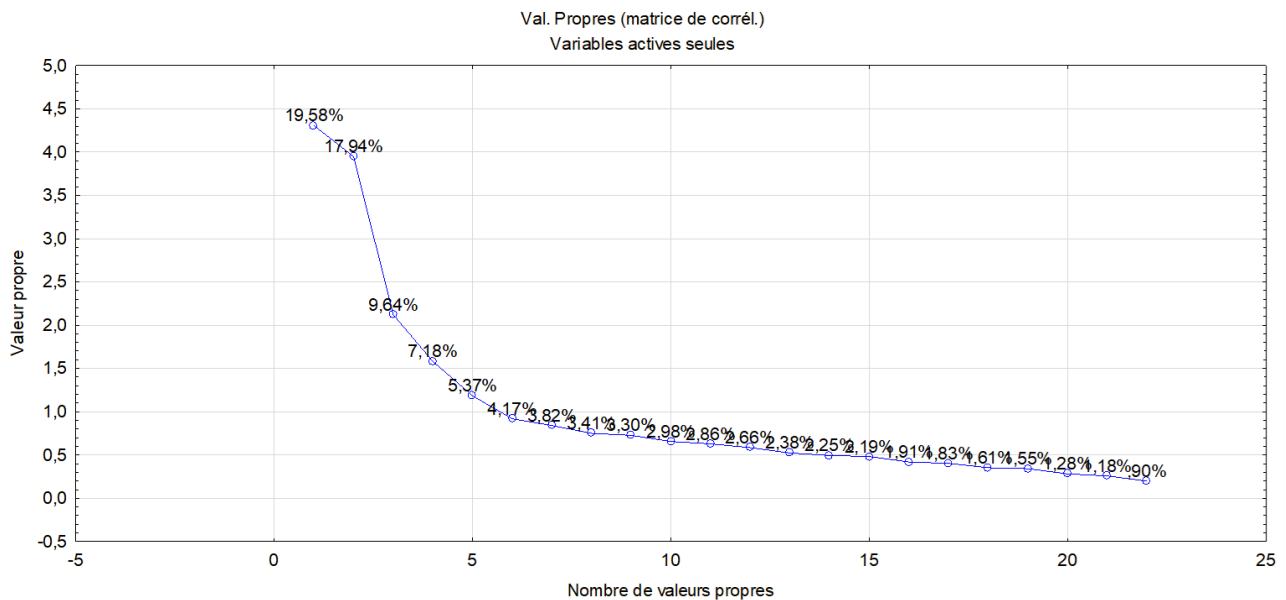
6.1.1.3. Choix du nombre de composantes factorielles retenues

L'analyse en composantes principales est réalisée sur 22 variables actives et 21 variables supplémentaires. Elle analyse 380 individus actifs et 0 individus supplémentaires. L'annexe 14 indique les 22 composantes calculées par le logiciel "Statistica" en dévoilant le niveau de représentativité des données du modèle. En se référant aux valeurs propres du modèle, 5 composantes factorielles sont retenues.

Ces composantes factorielles donnent une bonne qualité de représentation de l'inertie totale des données des questionnaires, elles expliquent donc le taux atteint de 59,71% de la somme des carrés (Corrélations). Les facteurs retenus ont des valeurs propres supérieures à 1. La prise en compte du sixième facteur est discutable dans le sens où sa valeur propre se rapproche de 1.

Toutefois, cette composante n'explique que 4,17% des données. Ce sixième facteur ne présente par ailleurs aucune excellente représentation d'une variable. La décision prise est donc de se limiter aux 5 premiers facteurs.

Fig. 6.1.- Choix des facteurs retenus avec le critère du coude



La contribution des facteurs est synthétisée dans la figure 6.1 ; les facteurs décrivent respectivement : 19,58%, 17,94%, 9,64%, 7,18% et 5,37% des données. Les deux premiers facteurs expliquent la plupart des résultats trouvés dans l'ACP. Par ailleurs, ils identifient des sous-groupes représentant des catégorisations¹. La prise en compte des trois autres facteurs permettent d'avoir une meilleure représentabilité des variables sur l'ensemble des facteurs. Une interprétation plus significative des résultats est alors à signaler. La finalité est de démontrer les différentes relations entre les deux variables mères propres à chaque groupe catégoriel choisi. Le choix des acteurs retenus par la méthode du critère du coude confirme bien la focalisation de l'interprétation des données sur les 5 premiers facteurs. Ces facteurs offrent une bonne représentabilité des variables et des individus.

6.1.2. Interprétation des plans factoriels des variables

Le point qui suit présente les différentes corrélations entre les facteurs et les variables. Une analyse des 5 facteurs est ensuite réalisée. La finalité est de se focaliser sur la meilleure représentabilité des variables en fonction de leur contribution sur les facteurs.

¹ Voir Annexe 14 : Présentation des valeurs propres du modèle de l'analyse par composantes principales.

6.1.2.1. Corrélations facteurs et variables

Le tableau 6.2 affiche les coordonnées factorielles des variables basées sur les différentes corrélations. Le tableau ne prend en compte que les valeurs des meilleures représentativités dans le modèle de l'ACP. Une classification de la représentabilité par facteur est réalisée pour faciliter la lecture des données et des corrélations. Ces corrélations analysent les variables actives et les variables supplémentaires. Le premier facteur offre une représentativité optimale de 7 variables actives et de 4 variables supplémentaires. Il analyse la relation entre le poids de la hiérarchie informelle et la force de la culture de responsabilité des médecins.

Le deuxième facteur explique 8 variables actives et 1 supplémentaire. Il analyse l'impact de la transversalité sur la perception de la culture de responsabilité dans les CHU. Le troisième facteur représente 6 variables dont 3 actives. Il analyse l'impact de l'individualisme sur l'engagement à long terme dans les CHU. Le quatrième facteur explique 12 variables dont 3 actives. Celui-ci analyse la relation entre les pressions de pouvoir et l'harmonie au travail. Enfin le dernier facteur se focalise sur le désengagement sociétal des médecins.

6.1.2.2. Analyse des facteurs

Le point qui suit analyse les principaux résultats des 5 facteurs retenus. Il met en avant le poids de la hiérarchie informelle, le niveau de transversalité, l'individualisme et les pressions de pouvoir dans les CHU. L'impact de ces composantes est analysé par la force et la perception de la culture de responsabilité des médecins. Cette analyse détermine aussi l'importance de l'engagement à long terme, l'harmonie au travail et le poids du désengagement sociétal des médecins.

6.1.2.2.1. Relation entre le poids de la hiérarchie informelle et la force de la culture de responsabilité des médecins

Il est visible à travers l'analyse du premier facteur que les généralistes déclarent une sensibilité élevée à la satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail. La réduction des sources de stress permet de renforcer leurs valeurs organisationnelles. Cela engendre une meilleure adhésion aux valeurs organisationnelles. La perception de l'équipe dirigeante s'améliore et permet par la même voie de renforcer la culture organisationnelle hospitalière. Les résultats mentionnent aussi l'importance qu'accordent les médecins du CHU de Tizi Ouzou

Tab. 6.2.-Coordonnées factorielles des variables basées sur les corrélations

Variables	Fact . 1	Fact . 2	Fact . 3	Fact . 4	Fact . 5
Satisfaction des conditions SST	0,74				
Polychronie	-0,41				
Particularisme	-0,48				
Force des valeurs de responsabilité des médecins	-0,58				
Dominance de la subjectivité	-0,61				
Confiance dans le leadership découlant des valeurs organisationnelles	-0,79				
Motivation au volontarisme responsable	-0,82				
Fort contrôle de l'incertitude		0,70			
Statut attribué		0,67			
Management à orientation masculine		0,61			
Forte distance hiérarchique		0,60			
Engagement de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité		0,58			
Comportements non conformistes		0,55			
Orientation individualiste		0,52			
Adhésion aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante		-0,51			
Orientation à long terme			0,47		
Culture limitée			-0,51		
Orientation future – présent			-0,72		
Pressions de pouvoir				0,65	
Qualité du climat interactionnel				-0,52	
Instabilité au travail				-0,55	
Désengagement sociétal					-0,66
Généraliste	0,65				
Tizi Ouzou	0,06				
Bab el oued – Alger	-0,09				
Résident	-0,74				
Spécialiste		0,64			
Professeur			0,58		
Masculin			0,07		
35-44			-0,22		
Vert				0,45	
25-34				0,26	
Tlemcen				0,12	
Sidi Bel Abbès				-0,11	
56 et +				-0,12	
Jaune				-0,29	
45-55				-0,33	
Rouge				-0,34	
Maitre-assistant				-0,58	
Maitre de conférences					0,60
Bleu					0,29
Béjaia					-0,07

à la satisfaction des conditions de travail. La disponibilité des ressources ainsi que l'existence d'une bonne ergonomie de travail sont associés à la qualité du bien-être interne. La satisfaction de ces deux points est la conséquence donc des principes internes partagés par les médecins de ce CHU.

L'équipe dirigeante du CHU de Tizi Ouzou doit alors s'investir dans des actions de sensibilisation et d'entretien de l'environnement interne. Par ailleurs, elle doit aussi définir l'ensemble des risques organisationnels impactant la qualité de la disponibilité des conditions optimales de travail. L'existence d'influence sociale agissant sur cette qualité doit être pris en compte et solutionné. Le poids de la hiérarchie informelle doit donc être régulé. Celui-ci peut être utilisé pour renforcer la responsabilisation partagée dans le maintien des conditions optimales de travail.

Les généralistes du CHU de Tizi Ouzou associent donc la satisfaction des conditions SST à leur niveau d'engagement dans une culture de responsabilité. La perception des médecins de la satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail est due à l'application d'un management adéquat. Toutefois, le manque d'implication des médecins dans le maintien des bonnes conditions de travail freine les initiatives entreprises par l'équipe dirigeante. L'application d'un management responsable qui prend en compte le volet sociétal dépend de la réciprocité des implications partagées.

La favorisation des aptitudes polychronistes renforce les flexibilités procédurales. La multiplication des tâches réduit la routine et diversifie le champ d'engagement et d'implication des médecins. La polychronie permet aux médecins de s'investir sur les plans médical, organisationnel, social et environnemental. Elle intègre des valeurs de diversification et de renforcement des compétences transversales et facilite ainsi une organisation par réseau et une délégation active du pouvoir décisionnel.

La polychronie se base sur les rapports de confiance renforçant ainsi une consultation active et une décentralisation. Elle associe l'efficacité à la gestion de plusieurs activités en même temps. Elle présente un décloisonnement et une gestion de temps plus souple. La dominance de la polychronie favorise donc le renforcement de la culture de responsabilité. En effet, elle développe les valeurs de partage, d'entraide et d'implication active et se focalise sur l'importance de la synergie et de l'atteinte de l'efficacité hospitalière à travers la responsabilisation partagée.

La polychronie renforce le particularisme. La flexibilité procédurale aboutit au sens de l'initiative. Des adaptations internes peuvent donc être apportées. Celles-ci sont dues à un

changement intégrateur adaptatif. De ce fait, les limites internes sont traitées cas par cas permettant de proposer des solutions adaptées à chaque problème. Le particularisme prend en compte les contraintes propres aux médecins, à l'équipe dirigeante et aux spécificités environnementales. Il intègre donc les contraintes relationnelles et circonstances conjoncturelles qui y sont liées. Toutefois, le particularisme renforce le poids de la hiérarchie informelle.

Le favoritisme devient une pratique courante. La confidentialité et la transparence des informations stratégiques deviennent sélectives en fonction des affinités interpersonnelles. Par ailleurs, le particularisme est appliqué différemment en fonction des appartenances. Les processus de contrôles, de facilitations et de délais de solutions dépendent alors des hiérarchies formelles et informelles. De même, le niveau de décentralisation qui mène à la polychronie varie en fonction des voies formelles et informelles. Toutefois, la force des rapports interpersonnels conduit à un développement des valeurs de responsabilité des médecins.

L'importance de l'appartenance et de la valorisation des CHU comme une famille renforce des valeurs intégratrices. Cette appartenance à une communauté satisfait les besoins d'appartenance et d'estime des médecins. La force des rapports interpersonnels accroît les valeurs d'engagements ; elle motive ainsi les médecins à s'impliquer dans des actions sociétales. Cette implication permet à son tour d'augmenter les relations interpersonnelles à travers les directions conjointes de ces actions. Par ailleurs, les efforts de l'équipe dirigeante dans la responsabilisation des médecins sont considérés comme une marque de confiance et de valorisation tant sociale que professionnelle.

La force des valeurs de responsabilité des médecins est régulée par la dominance de la subjectivité. Leur sensibilisation à l'adhésion aux valeurs de responsabilisation partagée dans des actions sociétales est définie comme une attitude émotionnelle. Le renforcement de la culture de responsabilité représente alors une exposition de sentiment dans le cadre des relations professionnelles. L'orientation idéologique reflète la pensée comme quoi : *“ J'ai une famille au travail, je suis épanoui et mes collègues rendent mon travail plus agréable à travers les fortes relations interpersonnelles que j'y ai bâties. J'adhère à la valeur de la responsabilisation partagée en vue de renforcer mes relations sociales. Cela me permet de créer une valeur ajoutée qui va améliorer l'harmonie du groupe”*.

Le renforcement de la culture de responsabilité des médecins représente alors une récompense interne. Leur engagement symbolise une satisfaction et un épanouissement social dans les CHU. Cet engagement reflète un besoin croissant d'appartenance, de reconnaissance

de soi, des autres et du système social. Une implication dans des changements actifs est donc proportionnelle à l'enthousiasme général. La volonté de s'impliquer sur le volet sociétal est proportionnelle au gain d'appartenance. Dans le cas où l'implication engendre une répulsion de la part des équipes de travail, les médecins se désengagent afin de maintenir la qualité des interactions. Le renforcement de la culture de responsabilité des médecins doit refléter un intérêt partagé d'implication et d'amélioration. Ce changement ne doit pas remettre en doute les habitudes interactionnelles qui définissent les échanges sociaux.

La force de la culture de responsabilité est proportionnelle à la confiance réciproque entre les médecins et l'équipe dirigeante. Une adhésion aux valeurs organisationnelles et personnelles des membres de l'équipe dirigeante est considérée comme une confiance au leadership. Cette confiance définit la perception de la fiabilité de celle-ci. Cette fiabilité est déterminée par la confiance accordée dans la qualité des prises de décisions, dans le niveau de décentralisation et dans les flexibilités procédurales appliquées. Elle est déterminée aussi par la perception de la confiance professionnelle accordée par l'équipe dirigeante.

Celle-ci avive la confiance mutuelle permettant ainsi d'approuver les pratiques managériales appliquées. Ces pratiques s'orientent vers la manière de valoriser les médecins, de résoudre les limites internes et l'efficacité de l'équipe dirigeante. Toutefois, la reconnaissance des qualités managériales est liée à l'estime de la personnalité des membres de l'équipe dirigeante. L'existence de conflits interpersonnels ou d'une perception négative de celle-ci diminue la confiance dans le leadership. Le poids informel agit sur la perception de la fiabilité des leaders. La motivation au volontarisme responsable dépend alors de :

- La perception des qualités humaines, sociales et professionnelles de l'équipe dirigeante ;
- Le niveau d'engagement consensuel des groupes influents ou des médecins pris comme des symboles d'exemplarité ;
- L'adhésion consensuelle aux valeurs organisationnelles responsables ;
- Le gain d'une appartenance plus forte au système social interactionnel ;
- Le gain en estime et en valorisation tant personnelle que professionnelle ;
- La contribution positive des actions sociétales dans l'amélioration du climat interactionnel ;
- L'accroissement du bien-être et de l'harmonie au travail.

Ces points concernent principalement les médecins résidents et les médecins travaillant au niveau du CHU de Bab El Oued. Cela montre que leur perception du poids de la hiérarchie

informelle affecte leur niveau de motivation et d'engagement. Il est donc nécessaire de disposer des conditions citées précédemment afin de favoriser leur motivation au volontarisme responsable. Par ailleurs, le poids de la hiérarchie formelle représente soit un frein, soit un vecteur de renforcement de la culture de responsabilité des médecins. L'existence de rapports sociaux intégrateurs qui régulent les jeux de pouvoir renforce les valeurs de responsabilisation partagée. Par contre, la dominance des pressions de pouvoir engendrées par une hiérarchie informelle remettant en doute la crédibilité de la hiérarchie formelle fragilise le développement d'une culture de responsabilité.

6.1.2.2.2. Impact de la transversalité sur la perception de la culture de responsabilité dans les CHU algériens

Les résultats montrent que ce deuxième facteur offre une représentabilité significative des médecins spécialistes. Ces résultats représentent alors la perception de ces médecins non seulement du niveau de transversalité que de l'image de la culture de responsabilité. Le niveau de transversalité managériale détermine les flexibilités procédurales ainsi que la confiance accordée aux médecins par l'équipe dirigeante. L'adhésion aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante signifie l'acceptation consensuelle des valeurs des chefs de service et de la direction. Une forte adhésion renforce les orientations d'une culture organisationnelle reflétant la satisfaction des pratiques managériales. Or, les résultats montrent que les orientations managériales renforcent une contre-culture interne. Celle-ci se fonde sur des comportements non conformistes qui résultent d'une perception négative de la culture organisationnelle hospitalière.

La faible adhésion aux valeurs organisationnelles fragilise la perception du renforcement de la culture de responsabilité. Le développement d'une culture de responsabilité incite à responsabiliser l'ensemble des parties dans le devenir des CHU. Toutefois, cette responsabilisation partagée découle de l'acceptation des valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante. La culture organisationnelle hospitalière existante dans les CHU algériens n'incite pas à la sensibilisation à la responsabilisation sociétale. Le fort contrôle de l'incertitude se focalise sur la réduction des risques organisationnels. Toutefois, dans la perspective de la maîtrise des risques, le sens de l'initiative représente un danger. L'environnement hospitalier est donc résistant à l'innovation.

Les démarches de changements représentent un risque de perte des repères organisationnels et sociaux internes. L'environnement interne des CHU est décrit comme stressant. L'anxiété, le surmenage et les conflits interpersonnels réduisent la qualité du bien-

être au travail. La perception négative de la culture de responsabilité est un fruit révélateur d'un contrôle accru et trop poussé. Le renforcement de la culture de responsabilité des médecins s'accompagne d'un bon accueil des idées ; la nouveauté est donc recherchée. Celle-ci favorise l'échange et le travail en réseau. La culture de responsabilité s'emploie pour l'intégration de nouvelles démarches afin d'améliorer les systèmes organisationnels internes. Son renforcement représente une résultante d'une harmonie interne entre les médecins et l'équipe dirigeante.

L'existence d'influences sociales réduit donc leur sensibilisation à la culture de responsabilité. Un management hospitalier responsable découle d'un leadership transversal ; il perfectionne l'adhésion aux valeurs partagées à travers la réduction de l'impact des zones d'incertitudes. Toutefois, la perception de la culture organisationnelle hospitalière par les médecins est due à une faible culture interne. Les comportements, interactions et pratiques ne favorisent pas une perception positive de l'importance de renforcement d'une culture de responsabilité dans les CHU.

Les chiffres qui découlent de l'enquête expriment la dominance du statut attribué dans la culture organisationnelle hospitalière des CHU algériens. La reconnaissance des compétences des médecins dépend du statut social. Les médecins sont donc estimés en fonction de leur âge, origine, grade et niveau hiérarchique. L'ancienneté valorise le respect des avis proposés par les médecins. Par ailleurs, leur grade témoigne de leur niveau de réussite et de fiabilité. Dans le cas d'une dominance de la culture locale comme le cas des CHU de Tlemcen et de Béjaïa, l'appartenance ethnique agit sur la qualité des interactions. Cette constatation montre que l'appartenance catégorielle domine la valorisation par la compétence. Le manque de reconnaissance des réalisations et résultats professionnels freine la perception de la culture de responsabilité.

La promotion par ancienneté amortit la motivation au volontarisme sociétal. L'engagement des médecins n'est donc pas récompensé par une valorisation ou une reconnaissance du savoir-être et du savoir-faire. Cela désengage les médecins du renforcement de leur culture de responsabilité. Ils se limitent ainsi aux activités permettant de faire valoir une plus-value pour leur avancement hiérarchique. L'implication sur le plan sociétal est donc perçue comme une charge supplémentaire n'ayant aucune retombée significative sur leur accomplissement professionnel.

La dominance d'un management masculin renforce la perception négative de la culture de responsabilité. Les valeurs d'affirmation de soi et d'ambition limitent les comportements de modestie et d'attention aux autres. La culture hospitalière existante dans les CHU se concentre

sur la concurrence et la performance. Le renforcement des valeurs de l'égalité, solidarité et qualité de vie représente des aspects secondaires dans les CHU. Par ailleurs, la résolution des conflits par affrontements mène à une dynamique relationnelle entre les médecins et l'équipe dirigeante dégradante. Elle favorise des jeux de pouvoir engendrés par des pressions réciproques entre les deux parties. La priorité des médecins se base sur une implication dans une amélioration de la performance hospitalière. L'amélioration de la performance sociétale est une conséquence positive de la responsabilité de l'équipe dirigeante. Par contre cela démontre une insensibilité des médecins vis-à-vis de l'intégration d'une culture de responsabilité.

Les dimensions culturelles qui définissent la perception de la culture hospitalière par les médecins confirment le manque de transversalité du leadership appliqué. La dominance d'une forte distance hiérarchique engendre des comportements et attributions inégalitaires. L'influence sociale s'exerce en fonction de la puissance des groupes d'appartenances catégorielles. La reconnaissance des médecins est proportionnelle au poids de son influence. Ce poids est renforcé en fonction des années d'ancienneté, de l'importance du grade, du niveau hiérarchique, etc. L'attribution non homogène de la décentralisation et du poids des interactions intensifie l'action des groupes influents. Cela conduit négativement à une situation où le poids des groupes minoritaires ou peu influents chute.

La centralisation de pouvoir privilégie une relation par commandement et non une organisation en réseau. La culture hospitalière reflète un leadership autocrate qui normalise les privilèges et le favoritisme. Les droits égaux laissent place à l'attribution des privilèges aux groupes influents. La dominance de la forte distance hiérarchique limite le développement de la culture de responsabilité des médecins. En effet, la responsabilisation partagée nécessite une transversalité dans les interactions interpersonnelles. Celle-ci est renforcée qu'à travers la réduction des inégalités sociales et catégorielles. La sensibilisation des médecins aux valeurs de responsabilité sociétale accroît le niveau d'interdépendance entre les médecins et l'équipe dirigeante.

L'importance de la valeur d'interdépendance valorise l'impact du rôle de chaque partie dans le développement de la performance globale des CHU. Elle régule les pouvoirs internes en vue de décloisonner les systèmes d'échange sur les plans horizontal et vertical. La sensibilisation des médecins à la culture de responsabilité dépend de la capacité de l'équipe dirigeante à décentraliser le pouvoir et à consulter l'ensemble des médecins avec des voix égalitaires. La culture de responsabilité donne une image négative de l'existence des symboles de prestiges et de pouvoir. Elle prime la modestie, l'échange et la collaboration active. Cela

montre que le manque de transversalité entraîne une perception limitée dans le renforcement d'une culture de responsabilité.

La culture hospitalière dans les CHU reflète l'importance de l'orientation individualiste. L'harmonie et le consensus sont recherchés. Toutefois, les médecins se désengagent de leur responsabilité dans le maintien de la qualité du bien-être au travail. Les médecins souffrent du poids des groupes influents dans les CHU. Quoique, cette hiérarchie informelle est prise en compte afin d'optimiser l'atteinte d'avantages réciproques.

La voie informelle leur permet d'optimiser leur épanouissement personnel et professionnel dans les CHU. La priorité va donc au soi et aux opportunités d'avancement. L'existence d'une relation morale et d'un lien familial entre les médecins et l'équipe dirigeante est souhaitée dans le cas où cela rapporte une plus-value personnelle. Par ailleurs une perception contradictoire est soulignée. Les médecins souffrent du poids de la hiérarchie informelle pouvant représenter une influence sociale exercée à leur encontre. Néanmoins, ils alimentent tous le poids de la hiérarchie formelle qui leur est favorable. L'appartenance aux groupes a donc pour objectif de servir les intérêts personnels des médecins.

L'existence d'un leadership non transversal engendre des comportements non conformistes. Le poids de la hiérarchie informelle aboutit à des pressions de pouvoir. Ces pressions démotivent et désengagent les médecins dans les CHU. L'existence d'influence sociale négative encourage la participation des médecins aux activités syndicalistes et grévistes. Le manque d'engagement de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité consolide la contre-culture hospitalière. En effet, la perception de la culture de responsabilité par les médecins dépend de l'image véhiculée par l'équipe dirigeante. Le manque d'implication de celle-ci dans des actions sociétales fait chuter les valeurs sociétales de responsabilisation partagée.

L'équipe dirigeante doit exercer une influence sociale positive à travers l'application d'un management transversal. Le but est de sensibiliser les médecins aux valeurs sociales. Cette sensibilisation fortifie leur adhésion et leur niveau de motivation. L'équipe dirigeante doit ensuite sensibiliser au développement durable.

Cette sensibilisation passe par son exemplarité comportementale à travers leur engagement actif sur le plan sociétal. Ces actions doivent s'accompagner d'actions visant à renforcer les variables sociales et environnementales qui découlent de la culture hospitalière actuelle. Toutefois, le renforcement de la culture de responsabilité des médecins reste utopique

dans la mesure où l'équipe dirigeante a des connaissances limitées dans la réussite de la mise en place d'un management responsable.

6.1.2.2.3. Impact de l'individualisme sur l'engagement à long terme dans les CHU algériens

Les résultats du modèle de l'ACP affirment que les médecins professeurs de sexe masculin sont très sensibles à une orientation à long terme. Ces médecins accordent une importance centrale à la formation continue dans les CHU. Ils associent la compétence et la valorisation des médecins en fonction du nombre d'années d'ancienneté qu'ils ont à leur actif. Les CHU représentent alors un système social régi par un esprit de famille. L'équité et l'harmonie du groupe représente les fondements de la culture hospitalière selon leur perception. Les médecins séniors doivent avoir une plus grande autorité sur les médecins séniors. Les CHU sont alors structurés comme une hiérarchie familiale. Le respect des aînés est donc une valeur centrale qui définit les rapports interpersonnels. Les groupes minoritaires représentent des médecins juniors.

La décentralisation de pouvoir vers ces médecins doit être limitée. En effet, ces médecins juniors sont en soif d'apprentissage et doivent donc dépendre des médecins séniors. Leur sens de l'initiative dérive de la remise en doute des règles préalablement établies. Le désir du changement et de flexibilité est perçu comme un acte isolé qui remet en doute les décisions consensuelles. Le sens de l'initiative est associé au manque de respect des aînés. Ces médecins exercent donc une influence sociale dans les CHU. Par ailleurs, les orientations idéologiques et organisationnelles qui s'opposent à leur perception renforcent les pressions de pouvoir internes.

La créativité et l'individualisme représentent des risques organisationnels, ils remettent en doute la fiabilité des processus existants. L'accès aux formations et aux promotions doit être priorisé aux médecins séniors. Il y a donc une inégalité des promotions. Par ailleurs, la vision des membres de l'équipe dirigeante est associée à l'image de médecins séniors ayant un maximum d'ancienneté possible. La mise en place d'un médecin junior dans un poste décisionnel est perçue comme un manque de professionnalisme. Ces médecins ont donc une confiance limitée quant à la décentralisation et la valorisation des compétences en dépit de toute appartenance générationnelle. La confiance dans le leadership est liée à la respectabilité des membres qui la compose. La promotion doit donc se faire par ancienneté puis par compétence. Le développement des influences sociales exercées par ces médecins est connu et répertorié.

Elles sont perçues comme un moyen d'affirmation et d'imposition de la soumission à la hiérarchie. Leur poids dans les décisions organisationnelles les positionne comme des acteurs influents.

Sur un autre plan, les médecins juniors ayant un âge compris entre 35 et 44 ans s'orientent vers des valeurs de la culture limitée. Ces médecins évitent de faire appel à la hiérarchie informelle. Ils distinguent par ailleurs leur vie privée et leur vie professionnelle. Ces médecins sont donc conscients que le poids des relations informelles freine leurs chances de valorisation des compétences. Ils choisissent la performance au détriment de la confiance réciproque dans les CHU. Ils se focalisent sur les activités leur permettant d'affirmer leur performance individuelle. C'est dans ce sens où l'affirmation de soi réduit le poids des récompenses du travail d'équipe. Les équipes de travail représentent un pivot permettant d'optimiser les résultats médicaux. Toutefois, ces médecins ont besoin de valoriser individuellement leur contribution dans leurs services respectifs.

Les valeurs de ces médecins s'opposent à celles des professeurs de sexe masculin. La minimisation du poids de la hiérarchie informelle facilite les échanges et les remises en question. Cela permet de ne pas interpréter une critique professionnelle comme une critique personnelle. Ces médecins sont désengagés de leur responsabilité vis-à-vis de la citoyenneté des CHU. Leur niveau d'implication se focalise sur le volet médical ou organisationnel dans le cas de la recherche d'un poste managérial. La confiance dans le leadership représente la fiabilité de l'équipe dirigeante ainsi que sa capacité à optimiser la création de la valeur hospitalière. La responsabilisation partagée représente donc un aspect secondaire. Ils y sont sensibles dans la mesure où la participation est récompensée par une valorisation. Contrairement à l'idéologie des médecins séniors, ces médecins se focalisent sur les réalisations actuelles et les projets de développement que les CHU introduisent.

L'image de marque des CHU représente un édifice construit de ses résultats actuels. Par ailleurs, ces médecins n'associent pas la force de la culture organisationnelle aux référentiels passés des CHU. Cette force est associée à la capacité du CHU d'introduire une transversalité et d'appliquer des principes du post-new public management. La force de la culture de responsabilité est considérée comme la résultante d'un système interactionnel optimisant la performance globale des CHU. La culture de responsabilité est donc perçue comme un moyen efficient permettant de favoriser les intérêts individuels à travers une participation active et égalitaire dans la réalisation des intérêts communs qui sont acceptés et partagés par tous.

La culture de responsabilité doit alors refléter l'image d'une équipe limitant le poids des influences sociales en vue de se focaliser sur la création d'une plus-value. Elle représente ainsi la maîtrise des risques organisationnels qui apparaissent suite au poids du subjectivisme. L'individualisme s'oppose donc à l'engagement à long terme dans les CHU. Il ne permet de se concentrer que sur les actions ayant des retombées significatives. La valorisation des intérêts personnels limite la motivation de ces médecins à s'engager sur du long terme. Néanmoins, si le volontarisme responsable représente un facteur déterminant dans l'accès aux promotions internes, le niveau de participation est plus généralisé.

6.1.2.2.4. Relation entre les pressions de pouvoir et l'harmonie au travail

Les bilans de l'ACP montrent que les pressions de pouvoir sont subies par les médecins de la génération Y. Il en est de même des médecins de la personnalité verte et ceux qui travaillent dans le CHU de Tlemcen. Ces pressions de pouvoir sont occasionnées par le poids des influences sociales internes. Ces influences donnent naissance à une irrationalité et un subjectivisme sur le management équitable des médecins. Les opportunités de promotions dépendent des influences exercées par l'équipe dirigeante et par les groupes influents. La promotion par ancienneté ou par appartenance aux groupes réduit les valeurs de la responsabilisation partagée. La promotion par ancienneté renforce une vision collectiviste. Elle renforce le besoin d'appartenance mais fragilise l'harmonie au travail.

Le développement des comportements individualistes est proportionnel au besoin de valorisation des compétences. Le poids de la hiérarchie informelle priorise la qualité des interactions en dépit du renforcement de la performance hospitalière. Ces comportements considérés comme individualistes fragilisent la solidité de la hiérarchie informelle. Cela provoque un déséquilibre de l'harmonie au travail. Par ailleurs, le respect de la hiérarchie est synonyme de la capacité des médecins à adhérer aux valeurs consensuelles. Les comportements revendicateurs sont sanctionnés par une exclusion sociale dans les CHU. Cette exclusion influe également sur la qualité du travail d'équipe. Les récompenses sont alors associées en premier lieu à la qualité des rapports interpersonnels avant de l'être avec la performance individuelle.

Les pressions de pouvoir sont assez subjectives. Leurs poids ainsi que leur perception dépendent de la définition même d'une pression de pouvoir propre à chaque médecin. Nonobstant, leur perception dégrade la qualité du climat interactionnel. L'influence sociale agit directement sur la qualité des échanges. Les rapports professionnels sont dominés par la qualité des affinités informelles. L'importance de la bonne perception sociale entre les médecins et l'équipe dirigeante régule le niveau de décentralisation. L'émergence de conflits

interpersonnels est en relation avec le niveau de la maîtrise des émotions personnelles. Ces conflits provoquent à leur tour une instabilité au travail qui elle-même mène à une instabilité sur l'harmonie de groupe. Elle fragilise les principes des interactions interpersonnels dans les CHU. La multiplication des demandes de mobilités et de départs volontaires est une retombée d'un manque de projection et d'implication à long terme. Le poids de l'absentéisme volontaire accentue les pressions internes causées par une répartition non égalitaire des charges de travail. Cela est accentué par une perception du manque de respect lié à la perturbation de l'harmonie au travail.

Les résultats montrent que les médecins qui impactent positivement comme négativement sur l'harmonie au travail sont les médecins du CHU de Sidi Bel Abbès, les médecins séniors, les médecins de la personnalité jaune, les médecins de la personnalité rouge et les maitres-assistants. Ces résultats montrent que l'harmonie au travail représente une valeur ancrée dans la culture organisationnelle hospitalière du CHU de Sidi Bel Abbès. L'émergence d'acteurs perturbant l'harmonie au travail à travers des comportements non conformistes ou confrontants sont isolés. Ces acteurs subissent alors des pressions et des influences sociales informelles qui sont régies par le poids de la hiérarchie informelle. Cette réactivité vise à stabiliser la qualité du climat social interactionnel afin de favoriser une meilleure performance du travail d'équipe.

Les médecins séniors valorisent le climat interactionnel afin de renforcer les valeurs visant à renforcer l'appartenance. L'harmonie au travail est donc considérée comme un facteur déterminant la force de la culture de responsabilité. Le bien-être au travail réduit les sources de tensions et facilite une meilleure responsabilisation active. Toutefois, les médecins de la personnalité rouge renforcent et fragilisent l'harmonie au travail. Leur personnalité renforce amplement l'esprit de compétition. Cet esprit engendre une sensibilisation à la culture de responsabilité. Elle permet à l'ensemble des parties de se tourner vers l'efficacité et la synergie. Par ailleurs, celles-ci dépendent de la capacité des parties à dissocier entre la perception des personnes et la performance des médecins/ l'équipe dirigeante.

Les médecins de la personnalité verte s'opposent aux médecins de la personnalité rouge. La résolution des problèmes par la confrontation induit des influences et des jeux de pouvoir. La perception d'une forte culture organisationnelle hospitalière diffère entre les deux personnalités en fonction de leurs idéologies respectives. La personnalité verte associe la culture de responsabilité au bien-être et à l'entente générale. La personnalité rouge l'associe quant à elle à l'engagement de tous dans la croissance des CHU.

6.1.2.2.5. Désengagement sociétal des médecins dans les CHU algériens

Le désengagement sociétal concerne les maitres de conférences, les médecins de la personnalité bleue et les médecins du CHU de Béjaia. Ces médecins sont très sensibles à la bureaucratie. L'existence d'un management hospitalier favorisant un leadership autocrate renforce les blocages et la démotivation des médecins. Ces médecins ont une sensibilité aux zones d'incertitudes. Les imprévus, les distractions et les sources nuisibles affectent lourdement leur performance. Par ailleurs, l'existence d'influences sociales exercées par l'équipe dirigeante et par les groupes influents limite leur efficacité. Ces médecins associent le poids de la hiérarchie informelle au facteur du non-respect des délais. La qualité du climat interactionnel influe donc sur la performance sociale.

La multiplication des facteurs environnementaux hostiles fragilise l'adhésion aux valeurs organisationnelles intégratrices. Cela entraîne une faible participation aux réunions. Les réunions représentent une opportunité de transversalité permettant un échange d'idées et une consultation active des médecins. Toutefois, elles sont perçues comme non génératrices de changement. Les réunions représentent alors un moyen d'information visant à appliquer les directives fixées par des groupes influents. Cette centralisation du pouvoir désengage les médecins. Elle engendre aussi des comportements de "je m'en-foutistes". Ces comportements représentent des attitudes laxistes et individualistes. Les intérêts individuels priment alors sur les intérêts communs.

Le "je m'en-foutistes" désigne un désengagement total du devenir des CHU. Les médecins se limitent à exécuter les tâches assignées sans volonté ni détermination. Ces médecins se désengagent des valeurs organisationnelles ainsi que de l'identité sociale des CHU. Ils ne perçoivent aucun rattachement personnel ou émotionnel vis-à-vis de leur lieu de travail. Le développement de ce comportement affaiblit la culture de responsabilité. La multiplication des acteurs laxistes tend vers la remise en doute de l'intérêt du volontarisme responsable. Le désengagement sociétal est aussi favorisé par le manque de récompense ou de valorisation lié aux efforts consentis. Il désigne des médecins indifférents qui influencent sur l'enthousiasme des équipes de travail.

Le poids de la hiérarchie informelle renforce le désengagement. La non distinction entre les critiques personnelles et les critiques professionnelles renvoie à la dominance de la confiance au détriment de la performance. L'importance de l'harmonie du groupe sous-entend une acceptation de favoritisme. Celle-ci délimite une rigidité sélective face aux fautes professionnelles. L'ensemble des points cités renforcent le désengagement sociétal. Ils

renforcent le développement d'une contre-culture qui peut être fondée sur des valeurs destructrices visant à réguler les jeux de pouvoir. La contre-culture peut donc être nocive à travers son effet négatif sur l'atteinte des objectifs communs assignés. De ce fait, le renforcement de la culture de responsabilité dépend de la capacité de l'équipe dirigeante à minimiser l'impact des sources de désengagement sociétal. Par ailleurs celle-ci représente alors une contre-culture visant à dénoncer les insatisfactions des médecins

6.1.3. Interprétation des plans factoriels des individus

Le point qui suit va déterminer les sous-groupes regroupant les orientations des médecins vis-à-vis de la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité. Une projection des individus est réalisée sur les 5 plans factoriels retenus dans l'analyse du modèle de l'ACP.

6.1.3.1. Premier et deuxième facteurs

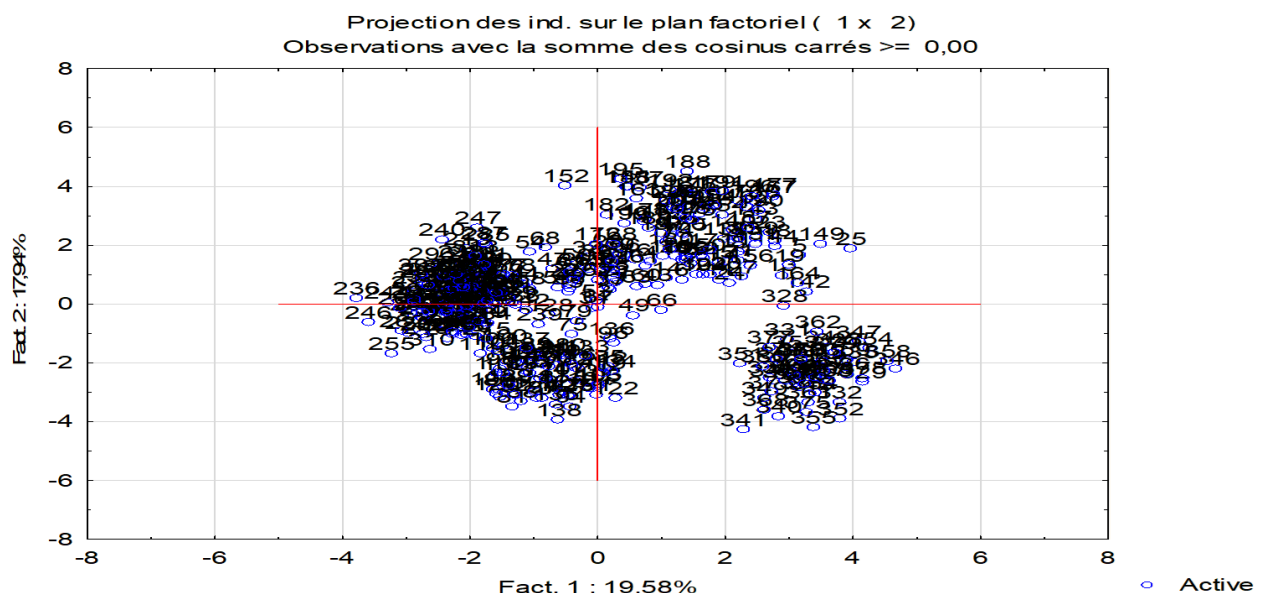
La figure 6.2 illustre la projection des médecins sur les deux premiers facteurs. Le premier facteur explique 19,58% des résultats du modèle de l'ACP. Le facteur analysant la relation entre le poids de la hiérarchie informelle et la force de la culture de responsabilité des médecins montre l'existence de 4 groupes catégoriels de médecins. Le facteur 1 est la constitution d'un sous-groupe en bas et à droite. Ce groupe représente les généralistes avec une qualité de représentation de 65%. Les généralistes se distinguent comme un sous-groupe catégoriel qui a des valeurs distinctes par rapport au reste des médecins. Leurs valeurs et perceptions sont déterminées par la particularité de leur statut. Ces médecins subissent un fort poids de la part de la hiérarchie informelle. La multiplication des jeux de pouvoir fragilise leurs valeurs de responsabilisation. Les généralistes ont donc une faible culture de responsabilité. Ils se désengagent de leur rôle dans l'amélioration des processus à travers la prise en compte des retombés sociétaux.

Ils estiment par ailleurs représenter un sous-groupe minoritaire. L'équipe dirigeante doit en premier lieu protéger ce sous-groupe des différentes pressions sociales internes. Elle doit aussi mettre des actions dans le but d'accroître l'estime et la valorisation de leurs compétences. Cette valorisation passe par une transversalité participative. Leur prise en compte comme acteur déterminant conduit à une sensibilisation aux valeurs responsables. Le constat des chiffres montrent que les médecins de Tizi Ouzou ont une représentativité de 6% sur ce facteur. Il n'y a donc que 6% qui sont significativement impactés par la satisfaction des

conditions de santé et de sécurité au travail contrairement au 65% des généralistes¹. Ce résultat montre que les médecins du CHU de Tizi Ouzou ont une perception apparente du poids de la hiérarchie informelle. Par ailleurs, ils ont une perception singulière de la force de la culture de responsabilité.

Cela démontre que les médecins de ce CHU ne partagent pas des valeurs organisationnelles communes qui représentent la force de leur culture hospitalière. Ce CHU est constitué d'un ensemble de sous-cultures. Celles-ci sont régies en fonction des appartenances internes. Elles varient en fonction des catégorisations sociales ainsi qu'en fonction de l'auto-catégorisation. Ces sous-cultures ont des valeurs organisationnelles et sociales propre à chaque groupe.

Fig. 6.2.- Projection des médecins sur le premier et le deuxième plan factoriel



Le deuxième groupe (en haut et à droite) du facteur 1 montre un sous-groupe moins homogène que le sous-groupe des généralistes. Ce sous-groupe représente une catégorisation non prise en compte dans la recherche. Ce sous-groupe est dispersé, cela indique qu'il appartient à des catégorisations différentes. De ce fait, l'appartenance catégorielle n'explique pas totalement les orientations idéologiques des médecins. La projection montre aussi une représentabilité de 9% des médecins du CHU de Bab El Oued (Maillot "Lamine Debaghine" Alger). Ces 9% relient la motivation au volontarisme responsable à l'impact positif des rapports socioprofessionnels dans le CHU.

¹ Pourcentage de représentation comparativement aux CHU pris en compte dans l'étude.

Ce groupe représente une minorité. Leur perception du poids de la hiérarchie informelle ne reflète pas une idéologie partagée par l'ensemble des médecins. Cela montre aussi que la culture hospitalière est régie à son tour par des sous-cultures avec des valeurs et des perceptions différentes. L'adhésion aux sous-cultures n'est pas définie par les catégorisations professionnelles et sociales préalablement définies. Toutefois, la relation d'interdépendance entre la confiance dans le leadership et le niveau de motivation au volontarisme responsable est assurée par 74% des résidents de l'étude. La catégorisation en fonction du grade détermine donc d'une manière significative la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité.

Le deuxième facteur met en relief 17,94% des données du modèle de l'ACP. Celui-ci représente 64% des réponses des spécialistes. De ce fait, 64% de ce sous-groupe catégoriel partagent une perception proche de la culture de responsabilité. Ils estiment que la culture hospitalière existante dans les CHU algériens bloque les initiatives de responsabilisation partagée. Par ailleurs, le manque de transversalité des pratiques engendre une centralisation de l'influence. Ces paramètres confirment l'existence d'une contre-culture qui émerge de la non-adhésion aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante. L'opposition des orientations des valeurs partagées développe la création de conflits interpersonnels. De ce fait, l'existence d'un leadership transversal permet en premier lieu de réguler la qualité des échanges professionnels.

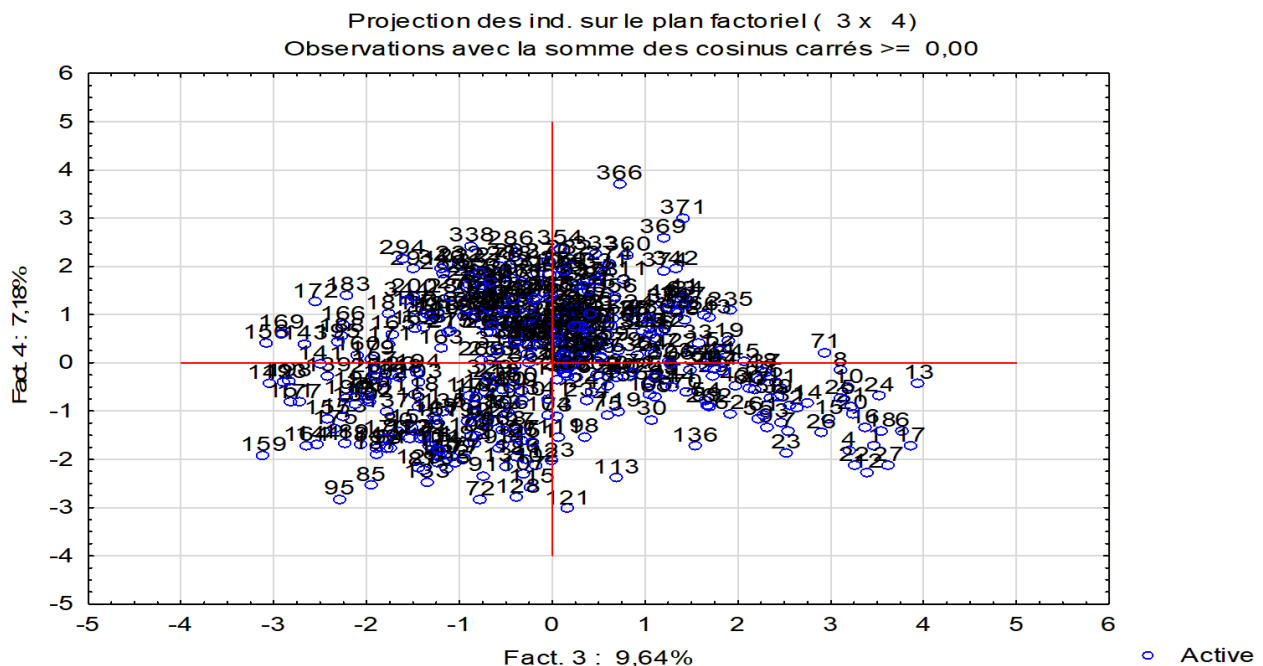
Le facteur 2 montre aussi que d'autres sous-groupes possèdent une grande homogénéité. Ces sous-groupes n'ont pas une représentabilité optimale dans ce facteur. Toutefois, ils désignent des sous-groupes partageant des similarités dans la perception de la culture. Ce résultat permet d'induire que la force de la culture de responsabilité est déterminée à travers la positive perception de celle-ci. Cette perception positive entraîne à son tour une volonté d'intégrer des changements intégrateurs dans les comportements individuels et interactionnels. Ces changements impactent ensuite sur les pratiques managériales existantes à travers le poids des groupes influents. Il est important de constater la non-adhésion aux valeurs organisationnelles de 64% des spécialistes participant à l'étude. L'équipe dirigeante doit donc prendre en compte les réels besoins de ce sous-groupe afin de créer des valeurs organisationnelles partagées et consensuelles. L'accroissement de l'adhésion aux valeurs représente la première étape qui aboutit à une perception positive de la culture de responsabilité.

6.1.3.2. Troisième et quatrième facteurs

La figure 6.3 illustre la projection des médecins sur le troisième et quatrième facteur. Le troisième facteur explique 9,64% des résultats du modèle de l'ACP. Ce facteur propose la

meilleure représentabilité de 58 % des professeurs, de 7% de médecins de sexe masculin et de 22% des médecins juniors ayant un âge compris entre 35-44 ans. Ce sous-groupe des professeurs représente 47% des médecins accordant une grande importance à l'engagement à long terme dans les CHU. Par contre, seuls 7% des médecins de sexe masculin ont une volonté significative de s'impliquer dans l'amélioration continue des CHU. Les résultats montrent que 22% des médecins juniors ayant un âge compris entre 35 et 44 ans représentent 51% des médecins ayant une perception de la culture limitée. Cette orientation vers la valorisation de la compétence individuelle reflète les valeurs personnelles des médecins juniors. Ce résultat est l'aboutissement de l'opposition idéologique qui induit instantanément au choc générationnel dans les CHU.

Fig. 6.3.- Projection des médecins sur le troisième et le quatrième plan factoriel



Les médecins juniors considèrent que l'existence d'une confiance réciproque est un élément secondaire. Ils se focalisent essentiellement sur le renforcement des valeurs de compétition, d'affirmation et d'innovation. Ces médecins ont une faible attache aux symboles, rites et coutumes internes. Bien au contraire, ils initient de nouvelles habitudes de travail afin d'optimiser un environnement favorable à la création de valeur ajoutée. La projection des médecins sur le troisième plan factoriel montre qu'il n'existe pas un sous-groupe homogène qui se démarque comparativement aux deux premiers facteurs.

La dispersion des résultats sur ce facteur démontre l'existence de singularités. La perception de la culture de responsabilité est aussi à une perception personnelle. Celle-ci est

indépendante des catégorisations ainsi que des valeurs partagées au sein des sous-cultures dans les CHU algériens. Cela s'explique aussi par l'existence de médecins qui ne sont pas associés à des appartenances sociales internes. Leur idéologie est indépendante à celle du groupe. La force de la culture de responsabilité doit alors prendre en compte non seulement les éléments de motivation de groupe que des individus.

Le facteur 4 montre que 65% de la perception des pressions de pouvoir dans les CHU est reliée à 45% des médecins de la personnalité verte. Ces 65% sont aussi expliqués par 26% des médecins de la génération Y et par 12% des médecins travaillant dans le CHU de Tlemcen. Les médecins ayant une personnalité verte subissent de fortes influences sociales. Cette influence est exercée par le poids des relations informelles. Le côté modeste et calme des médecins de la personnalité verte s'explique par l'acceptation des dépassements uniquement dans le but de maintenir des relations solides. Ces médecins sont donc conciliants et préfèrent rester fidèles et loyaux afin de maintenir la confiance au sein de l'équipe de travail.

Les médecins de la génération Y relient l'impact des pressions de pouvoir à l'harmonie au travail. En effet, ces médecins s'épanouissent dans un environnement de travail agréable. Les influences sociales exercées par l'équipe dirigeante et par les groupes influents bouleversent l'image de soi et l'image des autres. Par ailleurs, la multiplication des jeux de pouvoir représente des freins organisationnels qui limitent leur spontanéité et besoin d'apprentissage. Par contre, le lien entre les pressions de pouvoir et l'harmonie au travail n'est identifié qu'au niveau de 12% des médecins du CHU de Tlemcen. Ce résultat montre que la perception des pressions de pouvoir varie en fonction des médecins. La dispersion des données fait émerger la surbrillance des médecins de la personnalité verte sur le quatrième axe. Cependant, les autres médecins n'appartiennent pas à un des groupes catégoriels définis auparavant. Cela démontre que la perception des pressions de pouvoir relève principalement d'une perception individuelle et non d'une perception de groupe.

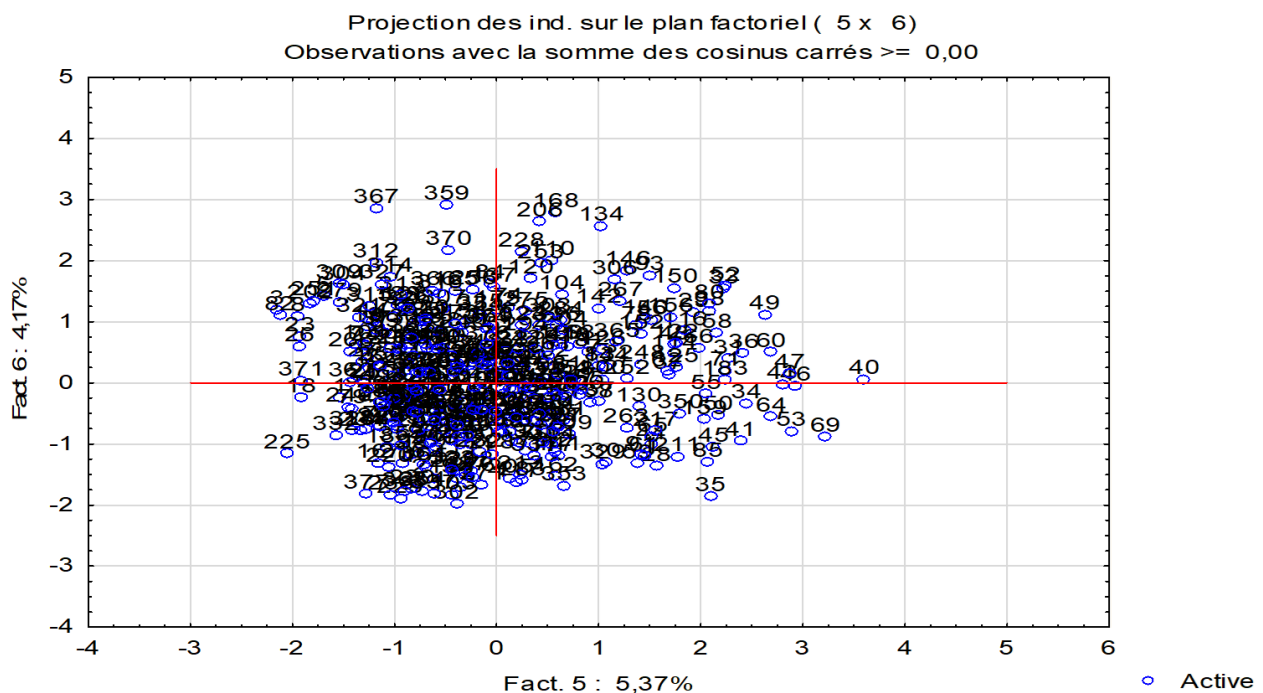
L'impact des pressions de pouvoir sur la culture de responsabilité dépend non seulement du poids des pressions mais aussi de l'importance que les médecins leur accordent. Une forte sensibilité aux pressions entraîne des tensions sociales qui influent sur le niveau de responsabilisation partagée. Une faible sensibilité renforce une relation rationnelle et professionnelle entre les médecins et l'équipe dirigeante. Par ailleurs cette faible sensibilisation réduit la démotivation au renforcement des valeurs sociétales. Les résultats montrent que 52% de la sensibilité à la qualité du climat interactionnel est reliée à 58% des maîtres de conférences. Par ailleurs, l'émergence des conflits interpersonnels renforce leur désir de mobilité. Les maîtres de conférences ne sont pas les seuls à relier la qualité du climat interactionnel à

l'instabilité au travail. En effet, différentes catégorisations sont représentées dans ce facteur. Cela accentue la dispersion des données. La relation entre les pressions de pouvoir et l'harmonie au travail représente l'interaction qui implique un maximum de catégorisations. Cela démontre que cette relation est prise en compte par les médecins au-delà de leurs différentes appartenances définies.

6.1.3.3. Cinquième facteur

Le cinquième facteur représente 5,37% des résultats du modèle de l'ACP (figure 6.4). Les résultats affichent que 66% des médecins désengagés sur le volet sociétal dans les CHU sont représentés par 7% des médecins du CHU de Béjaia. Cela montre que le désengagement ne concerne qu'une minorité des médecins. Les facteurs de désengagement comme l'existence du favoritisme et de la bureaucratie peuvent fragiliser la motivation au volontarisme. Toutefois, ils ne constituent pas un facteur déterminant du renforcement d'une contre-culture non conformiste.

Fig. 6.4.- Projection des médecins sur le cinquième plan factoriel



Ce résultat montre alors que le manque de sensibilité à la force de la culture de responsabilité n'induit pas systématiquement au renforcement du désengagement sociétal. L'équipe dirigeante du CHU de Béjaia doit en premier lieu identifier les variables permettant de promouvoir une perception positive de la culture de responsabilité. Elle doit en second lieu

réduire les facteurs engendrant un désengagement. La ligne de mire étant la création d'une homogénéité de la perception positive d'une organisation transversale en réseau.

Les médecins de grade maîtres de conférences et les médecins de la personnalité bleue sont insensibles au désengagement sociétal. Ces deux sous-groupes catégoriels possèdent une insensibilité aux facteurs source de démotivation. Ils restent objectifs et rationnels. Ils voient les facteurs de démotivation comme des variables à gérer efficacement. Par ailleurs, la fiabilité des médecins est associée à leur capacité de travailler efficacement en s'adaptant aux contraintes internes. Même si le manque de motivation au volontarisme ne constitue pas un élément de désengagement, toutefois, l'inverse est différent.

Tab. 6.3.- Identification de l'homogénéité des valeurs organisationnelles des groupes catégoriels des médecins dans les CHU

<i>Facteurs</i>	<i>Groupe 1</i>	<i>Groupe 2</i>
Relation entre le poids de la hiérarchie informelle et la force de la culture de responsabilité des médecins.	-Généralistes -CHU de Tizi Ouzou	-CHU de Bab El Oued -Résidents
Impact de la transversalité sur la perception de la culture de responsabilité dans les CHU	-Spécialistes	-
Impact de l'individualisme sur l'engagement à long terme dans les CHU	- Professeurs - Médecins hommes	- Médecins juniors (35-44 ans)
Relation entre les pressions de pouvoir et l'harmonie au travail	-Personnalité verte -Médecins de la génération Y -CHU de Tlemcen	-CHU de Sidi Bel Abbès -Médecins séniors -Personnalité jaune -Personnalité rouge -Maitres-assistants
Désengagement sociétal des médecins dans les CHU	-Maitres de conférences -Personnalité bleue	-CHU de Béjaia

En effet, une insensibilisation aux facteurs de désengagement sociétal est liée à des principes d'implication et de consciences professionnelles. Ces médecins représentent un groupe pouvant activer efficacement en collaboration avec l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité. La dominance de la personnalité d'adulte selon l'analyse transactionnelle leur permet d'être insensibles au poids de la hiérarchie informelle. Les sentiments, les perceptions et le subjectivisme représentent des faiblesses affectant la maîtrise de soi des médecins.

Les résultats du modèle de l'ACP permettent d'identifier l'homogénéité des valeurs organisationnelles partagées par les groupes catégoriels des médecins. Le tableau 6.3 montre la représentation des groupes ayant une forte sensibilité des variables prépondérantes ainsi que

l'opposition des valeurs entre groupes catégoriels. Cela permet de déduire les affinités, les similarités ainsi que les différences entre les différents groupes.

Le premier facteur indique que les valeurs organisationnelles des médecins généralistes se rapprochent des médecins du CHU de Tizi Ouzou. Ces deux groupes ont une sensibilité élevée à la satisfaction des conditions de travail. Ces deux groupes s'opposent aux médecins du CHU de Bab El Oued (Alger) ainsi qu'aux médecins résidents. Ces deux derniers groupes possèdent une réceptivité élevée au volontarisme responsable. Par ailleurs, les médecins du groupe 1 développent leurs valeurs organisationnelles en fonction du poids de la hiérarchie informelle. Leurs valeurs varient en fonction de leur appartenance sociale informelle. Ces médecins sont enclins à développer une contre-culture qui peut être à l'opposé des valeurs organisationnelles partagées dans les CHU.

Par contre les médecins du groupe 2 considèrent les rapports informels comme une force organisationnelle. Ces rapports renforcent la responsabilisation partagée et par conséquent les résultats révèlent alors une différence de valeurs entre les médecins généralistes et les résidents. La différence est aussi constatée entre les deux CHU. Les spécificités environnementales agissent sur la force de la culture hospitalière qui détermine à son tour l'hostilité ou la facilité du renforcement de la responsabilisation partagée.

Le deuxième facteur classe les spécialistes comme un groupe indépendant dans les CHU. La souplesse du leadership joue un rôle important sur la perception de l'importance de la culture de responsabilité. La mise en place de pratiques qui reflètent un post-new public management dans les CHU augmente une attractivité vers l'adhésion aux valeurs partagées. La régulation des comportements et des pratiques managériales déterminent leur niveau d'adhésion à la culture hospitalière. Les besoins de ce groupe de médecins doivent être pris en compte par l'équipe dirigeante car leur insatisfaction engendre forcément des influences internes visant à sensibiliser les autres médecins à une contre-culture interne. Leur adhésion aux valeurs réduit les remises en doute des repères sociaux et organisationnels internes.

L'effet de l'individualisme sur l'engagement à long terme dans les CHU est exprimé par le facteur 3. Les médecins de grade professeurs ainsi que les médecins de sexe masculin affichent une forte sensibilisation à une orientation à long terme dans les CHU. Ces médecins considèrent que le respect des séniors renforce une hiérarchie bien structurée. Elle favorise les chances de promotions de tous à travers l'ancienneté. Par ailleurs, la culture de responsabilité reflète l'implication de tous les médecins dans la réduction des comportements individualistes.

Les actes isolés visant à valoriser les intérêts personnels ont comme conséquence une perte de confiance réciproque. Celle-ci fragilise à son tour la responsabilisation partagée.

Toutefois, les médecins juniors renvoient cela à l'image d'une culture de responsabilité qui décloisonne les services. Celle-ci permet une décentralisation du pouvoir et un accès égalitaire aux opportunités internes. Le renforcement de la culture de responsabilité est attribué à l'égalité des sexes et au respect égal des médecins malgré les différences d'appartenance, de grade, et d'âge. Les médecins séniors priment le respect des procédures et des méthodes préalablement définies. Celles-ci réduisent les risques d'incertitudes et les imprévus internes. Sur un autre plan, les médecins juniors aiment la flexibilité, l'innovation et la prise de risque. L'existence de valeurs organisationnelles opposées entre les médecins séniors et juniors aboutit à un choc générationnel. Cela accentue l'influence sociale interne par les médecins séniors.

Ces pressions exercées sont ensuite régulées par le développement de comportements non conformistes de la part des médecins juniors. L'opposition des valeurs augmente donc des jeux de pouvoir. Ces interactions conflictuelles renforcent une incompréhension qui impacte sur la qualité de la collaboration. En effet, les valeurs opposées renforcent la non-adhésion aux valeurs des groupes dominants. La confiance dans le leadership peut alors être affectée par le besoin d'un management moderne et par le besoin du maintien d'un management procédurier.

La relation entre les pressions de pouvoir et l'harmonie au travail est décrite par le quatrième facteur. Les pressions de pouvoir sont subies et perçues par les médecins de la personnalité verte, par les médecins whyers et par ceux qui travaillent dans le CHU de Tlemcen. La dominance des perceptions des pressions montre que le CHU de Tlemcen est régi par des influences sociales internes. Ces influences sont exercées par l'équipe dirigeante ainsi que par divers groupes influents. Ces pressions résultent d'une mauvaise qualité du climat interactionnel, elles font apparaître aussi l'existence des conflits interactionnels dans ce CHU. Ces conflits perturbent la qualité de coopération. A son tour, elle génère une instabilité qui agit sur l'harmonie de travail. La perception des pressions de pouvoir limite l'engagement des médecins dans des actions sociétales. Par contre, l'existence d'une harmonie au travail décèle une motivation au volontarisme.

Les résultats divulguent que les médecins appartenant au groupe 1 du troisième facteur s'opposent aux médecins du deuxième groupe. Ils se centralisent ici sur l'opposition entre les médecins de la génération Y et les médecins séniors. En effet, les médecins whyers subissent les pressions exercées par les médecins séniors. Ces pressions ont pour finalité de déceler un

conformisme dans les CHU. Ce conformisme est considéré comme un moyen efficace du renforcement de l'adhésion aux valeurs organisationnelles.

Le tableau 6.3 montre aussi la différence des valeurs organisationnelles entre le CHU de Tlemcen et le CHU de Sidi Bel Abbès. En effet, les médecins du CHU de Sidi Bel Abbès valorisent la qualité du climat interactionnel. La qualité des rapports sociaux représente le pivot de leur culture hospitalière. L'harmonie au travail passe alors par le compromis et par l'évitement des sources conflictuelles. Contrairement à ce CHU, les médecins du CHU de Tlemcen subissent de fortes pressions, toutefois, celles-ci ne représentent pas un facteur d'absentéisme ou d'instabilité de l'environnement de travail. La personnalité verte s'oppose aux personnalités jaune et rouge. Cela montre que leurs valeurs organisationnelles sont différentes voire opposées. En effet, les médecins de la personnalité verte subissent des pressions énormes qui sont exercées par les médecins des personnalités jaune et rouge. Les médecins de la personnalité rouge exercent une pression explicite et implicite due à leur attrait à la compétition, à l'autorité et à l'esprit de prise de risques.

Les médecins de la personnalité jaune exercent à leur tour une influence en rapport avec leur besoin d'estime. L'existence d'acteurs remettant en doute l'harmonie sociale du groupe représente un risque. En somme, les médecins appartenant au groupe 2 de ce facteur sont susceptibles d'être à l'origine de la création des influences sociales internes. Le dernier facteur renvoie au désengagement sociétal des médecins dans les CHU. Ce facteur souligne l'opposition des valeurs entre les maîtres de conférences et les médecins de la personnalité bleue avec les médecins du CHU de Béjaïa. Il est visible que le recrutement des médecins ayant une dominance de la personnalité bleue dans le CHU de Béjaïa engendre une diminution du désengagement sociétal. Toutefois, ce désengagement ne concerne qu'un groupe minoritaire.

6.2. Analyse de la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité par la méthode des plans d'expériences

Ce point analyse la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité par la méthode des plans d'expériences. Premièrement, ce point permet de présenter le modèle de la régression linéaire entre les variables endogènes et la variable exogène. Deuxièmement, une détermination des facteurs significatifs est réalisée afin de déterminer les variables renforçant la perception positive. Finalement, une analyse d'influence entre les variables exogènes est réalisée sur la variable endogène du modèle.

6.2.1. Présentation du modèle des plans d'expériences

L'analyse de la relation entre l'influence sociale et la culture de responsabilité par la méthode ACP a démontré des résultats significatifs. Les résultats de l'ACP sont donc approfondis par la réalisation d'un modèle mathématique polynomial des plans d'expériences. L'objectif de ce modèle est de déterminer l'impact de l'adhésion aux valeurs et pratiques managériales, de la qualité du climat interactionnel et de l'harmonie au travail sur la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité des médecins.

Les résultats de l'ACP insistent sur l'importance de la perception de la culture de responsabilité alors que ce modèle permet alors de déterminer les facteurs prédominants qui agissent sur la perception positive. La modélisation par les plans d'expériences permet d'extraire du domaine de la collecte de données effectuées d'une manière appropriée dans les CHU un nombre N de traitements formés de facteurs agissant sur la réponse Y . La perception positive de la culture de responsabilité représente alors une variable endogène (dépendante). Par contre les trois premières variables représentent des variables exogènes (indépendantes) représentées sous forme de x qui exercent un effet sur Y (Perception positive du renforcement de la culture de responsabilité).

6.2.1.1. Présentation des résultats descriptifs du modèle des plans d'expériences

Le modèle des plans d'expériences analyse une régression de "Y" (réponse) en "Xi" (facteurs). Le modèle est composé de plusieurs monômes munis de coefficients dont le nombre est de $p = 10$, le nombre de traitements statistiques est de $N=30$, c'est ce qui vérifie la condition d'application de la méthode ($N \geq p$). En effet, les 380 médecins sont rassemblés en groupes catégoriels qui réunissent aussi bien le grade que l'appartenance au CHU. Cette réduction réalise une comparaison entre les groupes catégoriels de médecins pour identifier les différences et les similitudes.

Le tableau 6.4 affiche les données statistiques des variables exogènes et de la valeur endogène. Le niveau d'adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante est compris entre 26,33% et 55,01%. Cette lecture en double regroupements catégoriels montre que les médecins appartenant à des grades similaires développent des appréciations et

perceptions similaires malgré leur différence d'appartenance aux CHU ou leur positionnement géographique en Algérie. Les résultats montrent que les médecins ont une satisfaction plus significative de la qualité du climat interactionnel pour un pourcentage maximal de 61,16%. Toutefois, la perception de la qualité du climat interactionnel a une dispersion plus importante. Cela montre que la qualité du climat interactionnel varie aussi en fonction d'autres catégorisations étudiées précédemment¹.

Tab. 6.4.-Données statistiques du modèle des plans d'expériences

<i>N°</i>	<i>Grades des médecins</i>	<i>X1 %</i>	<i>X2 %</i>	<i>X3 %</i>	<i>Y %</i>
1	Professeurs Tlemcen	36,58	36,20	77,25	46,80
2	Professeurs Sidi Bel Abbès	38,60	35,87	75,66	45,39
3	Professeurs Alger	37,99	35,79	76,42	44,96
4	Professeurs Tizi Ouzou	33,58	42,01	67,89	39,78
5	Professeurs Béjaia	41,85	29,89	85,01	46,89
6	Maitres de Conférences Tlemcen	55,01	42,63	32,78	61,45
7	Maitres de Conférences Sidi Bel Abbès	42,57	47,69	41,50	57,81
8	Maitres de Conférences Alger	46,91	35,99	39,47	58,66
9	Maitres de Conférences Tizi Ouzou	39,54	48,57	37,54	56,42
10	Maitres de Conférences Béjaia	43,83	43,28	38,77	59,97
11	Maitres Assistants Tlemcen	36,58	61,16	57,01	44,56
12	Maitres Assistants Sidi Bel Abbès	40,06	54,22	61,68	54,23
13	Maitres Assistants Alger	37,56	54,65	59,67	48,87
14	Maitres Assistants Tizi Ouzou	38,79	58,47	57,64	43,74
15	Maitres Assistants Béjaia	38,31	57,20	56,40	41,01
16	Spécialistes Tlemcen	47,01	35,46	47,50	48,92
17	Spécialistes Sidi Bel Abbès	34,87	29,87	35,61	52,64
18	Spécialistes Alger	36,59	27,64	36,74	52,47
19	Spécialistes Tizi Ouzou	35,05	30,01	38,09	51,40
20	Spécialistes Béjaia	35,79	27,92	39,01	53,82
21	Résidents Tlemcen	47,94	51,90	36,87	65,80
22	Résidents Sidi Bel Abbès	53,69	36,57	54,69	54,94
23	Résidents Alger	52,43	49,56	40,11	68,90
24	Résidents Tizi Ouzou	51,97	41,63	49,25	61,08
25	Résidents Béjaia	52,72	45,60	54,73	59,44
26	Généralistes Tlemcen	34,52	18,50	49,37	63,10
27	Généralistes Sidi Bel Abbès	26,33	26,54	27,26	64,53
28	Généralistes Alger	31,00	35,17	30,07	59,41
29	Généralistes Tizi Ouzou	31,70	38,14	23,31	58,51
30	Généralistes Béjaia	29,96	33,35	21,70	62,50

X1 : Adhésion aux valeurs et pratiques de l'équipe dirigeante ; X2 : Qualité du climat interactionnel ; X3 : Harmonie au travail ; Y : Perception positive du renforcement de la culture de responsabilité.

L'importance accordée par les professeurs à l'harmonie interne dans les CHU est visible clairement sur ce même tableau. Par ailleurs, l'harmonie au travail est satisfaisante avec un pourcentage compris entre 21,70% et 85,01%. Les médecins ont une moyenne comprise entre

¹ Voir Annexe 15 : Présentation des statistiques descriptives des variables pour chaque grade des médecins.

39,78% et 68,90% pour la perception positive de la culture de responsabilité¹. Cet écart montre que la perception de la culture de responsabilité varie en fonction des groupes catégoriels. Toutefois, la plus grande sensibilité est constatée chez les résidents. Il est important de rappeler que ce groupe de médecins est dominé par les médecins juniors. Cette forte sensibilité est en lien avec leur besoin de liberté d'action et de sens de l'initiative.

6.2.1.2. Qualité du modèle des plans d'expériences

L'annexe 17 montre que le nombre de modalités (niveaux) sont différents d'un facteur à un autre. Cela ne permet pas d'utiliser un plan d'expériences factoriels complet ou plan factoriel réduit. Le modèle utilise donc un plan d'expériences non conventionnel qui est d'ailleurs conseillé pour ce genre de cas. Le modèle pour 3 facteurs engendrant des interactions entre eux est sous cette forme de régression de 'y' en 'x' :

$$y = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + a_3x_3 + a_4x_1^2 + a_5x_2^2 + a_6x_3^2 + a_7x_1x_2 + a_8x_1x_3 + a_9x_2x_3 \quad (1)$$

L'optimisation des résultats montrent les valeurs des coefficients du modèle. Le polynôme prend alors cette forme² :

$$y = 50,9215 + 6,86486x_1 + 0,720767x_2 - 7,60639x_3 + 0,212637x_1^2 + 2,01198x_2^2 + 0,649319x_3^2 + 21,4951x_1x_2 + 5,93761x_1x_3 - 8,84701x_2x_3 \quad (2)$$

La détermination des coefficients permet alors d'estimer la qualité, la justesse et la contribution du modèle dans la réponse 'y'. Les résultats montrent que les facteurs estimatifs du modèle sont représentatifs et conformes aux données des questionnaires. Avec un R² égalant 0,85 (0 ≤ R² ≤ +1), et un Q² égalant 0,57 (-∞ ≤ Q² ≤ +1), les coefficients (a_i) liés aux facteurs (x_i) sont donc de bonne qualité et représentatifs (figure 6.5). Le coefficient de validité du modèle est supérieur à 0,25 (=0,32), c'est ce qui valide le modèle polynomial. Il n'y a donc pas de manque d'adéquation du modèle.

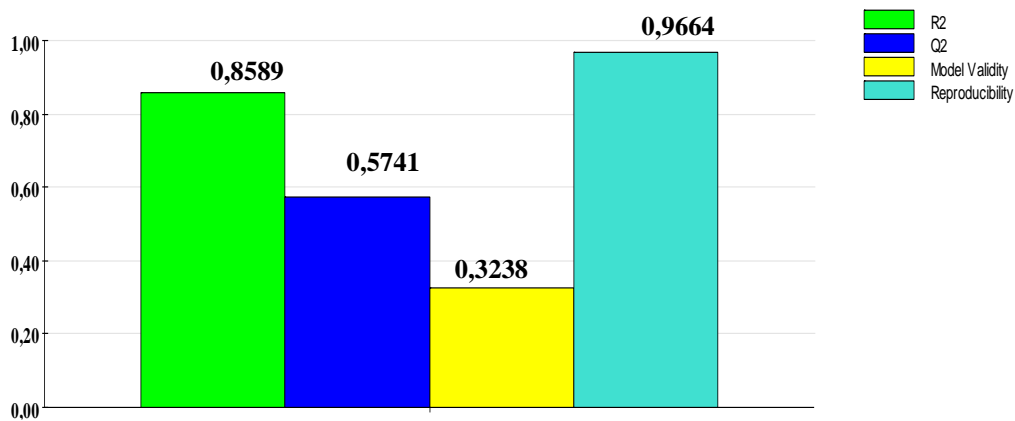
En effet, le coefficient de la qualité descriptive du modèle R² traduit la contribution du modèle dans la restitution de la variation de la perception de la culture de responsabilité. Il appartient à l'intervalle 0 ≤ R² ≤ +1. Sa valeur montre que le modèle décrit convenablement les relevés effectués lors du questionnaire résumé par les 30 réponses du tableau 6.4. Le coefficient

¹ Voir Annexe 16 : Boite à moustache des résultats de la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité.

² Voir Annexe 17 : Valeurs codées des facteurs x1, x2 et x3.

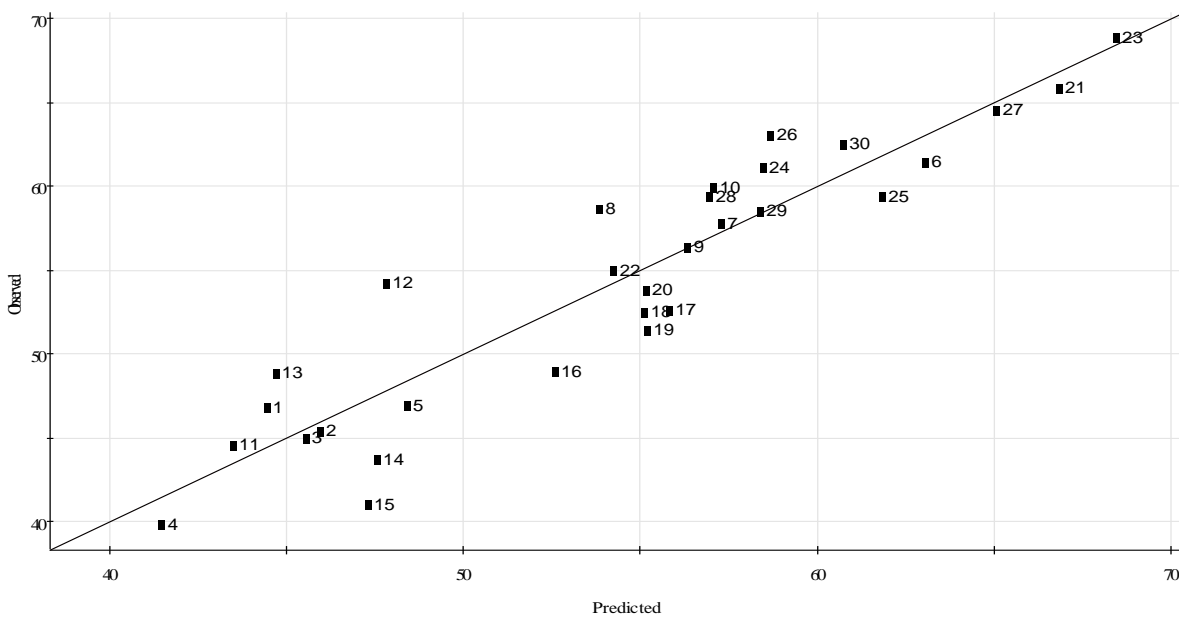
de la qualité descriptive ajustée du modèle R^2_{Ajust} (non représenté dans la figure 6.5) a une même signification que le précédent. Par contre, celui-ci tient compte du nombre de coefficients présents dans le modèle. Il est ensuite utilisé pour comparer 2 modèles entre eux. Il se situe dans la plage de $-\infty < R^2_{Ajust} \leq +1$ et est estimé pour notre cas à 0,7954. Cela montre de nouveau que le modèle est correctement évalué et décrit convenablement le comportement du phénomène.

Fig. 6.5.-Facteurs estimatifs du modèle des plans d'expériences



Avec un risque de 5%, le coefficient de validé du modèle est supérieure à 0,25 avec une valeur de $V_{model} = 0,3238$. Il n'y a donc pas un manque d'adéquation du modèle par rapport à quoi il est destiné (l'erreur de modèle est dans le même ordre que l'erreur pure).

Fig. 6.6.- Représentation graphique du modèle et des points statistiques



Le coefficient de reproductibilité du modèle exprime la variation de la réponse dans les mêmes conditions d'erreur (pur) par rapport à la variation totale de la réponse. Il est estimé à 0,9664 dans le modèle réalisé. Cela prouve que la réponse tend à être la même à chaque fois qu'elle est répétée. L'équation (2) montre que la prépondérance revient au facteur x_3 avec son coefficient de $a_3 = -7,60639$. En effet, même avec une prise en compte simultanée des valeurs de x_1 , x_2 et de x_3 , son action sur la réponse Y est donc supérieure aux 2 autres.

La figure 6.6 représente graphiquement les écarts des relevés réels par rapport à la représentabilité du modèle linéaire (bissectrice). Le nuage de points montre l'emplacement des "x_i" par rapport au modèle et par conséquent la distance entre les valeurs réelles et les valeurs théoriques du modèle¹. La bissectrice montre que la représentabilité des médecins maitres-assistants de SBA et de Béjaia ainsi que les généralistes de Béjaia a un petit écart dans le modèle comparativement aux valeurs collectées. Toutefois, l'analyse de la régression par le test de Student et l'analyse de la variance par le test de Fisher confirment la qualité du modèle².

6.2.2. Détermination des facteurs renforçant la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité

Le tableau 6.5 analyse le poids des facteurs sur la perception positive de la culture de responsabilité représentée par Y dans le modèle. Le test de Student a permis de montrer les facteurs significatifs dans le modèle. Cela permet d'induire le poids des variables et des interactions sur la perception positive de la culture de responsabilité. Le tableau montre en premier lieu que x_1 , x_2 et x_3 ont un impact significatif sur la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité. En effet, le niveau d'adhésion des médecins aux valeurs et aux pratiques managériales appliquées par l'équipe dirigeante influe sur la perception positive.

Toutefois, une focalisation sur le renforcement de leur adhésion n'engendre pas un accroissement de la perception positive. Cela montre bien que cette focalisation induit un fort niveau de conformisme visant à inciter l'adhésion générale ou majoritaire des médecins. Le renforcement de l'adhésion aux valeurs et pratiques représente alors une résultante de la satisfaction des médecins. Il renvoie à la confiance dans le leadership et dans l'équipe dirigeante. Son renforcement est lié à la mise en place d'un management hospitalier responsable qui favorise l'épanouissement des médecins. Le renforcement de l'adhésion dépend alors des changements organisationnels mis en place dans les CHU. Celui-ci ne dépend pas des pressions

¹ Voir Annexe 18 : Ecart entre les valeurs observées et les valeurs prédites de Y du modèle des plans d'expériences.

² Voir Annexe 19 : Analyse de la régression et de la variance par les tests de Student et de Fisher.

explicites ou implicites exercées à l'encontre des médecins en vue d'assurer une adhésion satisfaisante.

La satisfaction de la qualité du climat interactionnel n'a pas un impact significatif sur le niveau de la perception positive de la culture de responsabilité et ne valorise pas la responsabilisation partagée. Par ailleurs, la focalisation des efforts de l'équipe dirigeante dans le renforcement de sa qualité régule la qualité des collaborations. La focalisation sur l'amélioration du climat interactionnel permet de réguler les différents jeux de pouvoir qui définissent la dynamique interactionnelle dans les CHU. Elle permet de réduire le poids de la hiérarchie informelle et de réguler l'action des groupes influents.

Tab. 6.5.-Analyse du poids des facteurs sur la perception positive de la culture de responsabilité

<i>Variables</i>	<i>Facteurs</i>	<i>Valeurs des coef</i>	<i>Significativité des facteurs</i>
-	a ₀	50,9215	Effet significatif
Adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante	a ₁	6,86486	Effet significatif
Satisfaction de la qualité du climat interactionnel	a ₂	0,720767	Effet non significatif
Satisfaction de l'harmonie au travail	a ₃	-7,60639	Effet significatif
Focalisation sur le renforcement de l'adhésion aux valeurs et pratiques	a ₄	0,212637	Effet non significatif
Focalisation sur l'amélioration de la qualité du climat interactionnel	a ₅	2,01198	Effet significatif
Focalisation sur le maintien de l'harmonie au travail	a ₆	0,649319	Effet non significatif
Interdépendance entre le niveau d'adhésion aux valeurs/pratiques et la qualité du climat interactionnel	a ₇	21,4951	Effet significatif
Interdépendance entre le niveau d'adhésion aux valeurs/pratiques et le maintien de l'harmonie au travail	a ₈	5,93761	Effet significatif
Interdépendance entre la qualité du climat interactionnel et l'harmonie au travail	a ₉	-8,84701	Effet significatif

Le renforcement de la qualité du climat interactionnel régule donc la qualité des collaborations entre les médecins et l'équipe dirigeante. Cette régulation valorise une perception positive de la responsabilisation partagée. Celle-ci valorise aussi une perception positive du renforcement des valeurs et des actions sociétales à travers la détermination des retombées positives qu'elle y apporte. Le maintien de l'harmonie au travail agit significativement sur la perception positive de la culture de responsabilité. La valeur négative de son coefficient montre que le maintien de la recherche de l'harmonie au travail réduit la perception positive de la culture de responsabilité.

Par conséquent, la focalisation de l'équipe dirigeante sur le maintien de celle-ci n'induit pas une perception positive. En effet, les résultats précédents montrent que l'harmonie au travail est définie différemment en fonction des groupes catégoriels. Par ailleurs, les médecins seniors qui représentent un groupe influent ont une forte sensibilité sur le maintien de cette harmonie. Par ailleurs, la focalisation sur le maintien de celle-ci engendre des pressions sociales visant à se conformer aux règles et normes définies par les groupes influents. Cette conformité est nécessaire afin de maintenir l'uniformité du groupe.

Le modèle montre que les interdépendances existantes entre les 3 variables exogènes influe significativement sur la perception positive de la culture de responsabilité. En premier lieu, il existe une interdépendance entre le niveau d'adhésion aux valeurs et pratiques avec la qualité du climat interactionnel. Cette interdépendance entre les deux agit à son tour sur le niveau de la perception positive de la culture de responsabilité par les médecins. Cela va de même pour l'interdépendance entre l'adhésion aux valeurs/pratiques et le maintien de l'harmonie au travail.

Par contre, l'interdépendance existante entre la qualité du climat interactionnel et le maintien de l'harmonie au travail influe significativement sur la réduction de cette perception positive. Cela montre que les pressions engendrées dans la finalité de maintenir l'harmonie au travail font naître des modifications importantes des règles et normes qui régissent le climat interactionnel. Cette interdépendance renforce une perception négative de l'apport de la responsabilisation partagée. Elle réduit aussi la perception positive des valeurs et actions sociétales.

6.2.3. Influence des variables exogènes sur la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité des médecins

L'analyse de l'influence des variables exogènes (x_i) sur la réponse Y permet d'établir deux analyses. La première est l'analyse de l'influence de la variation de chaque facteur sur la réponse. La deuxième analyse l'influence de la variation de deux facteurs d'une manière simultanée sur la réponse Y.

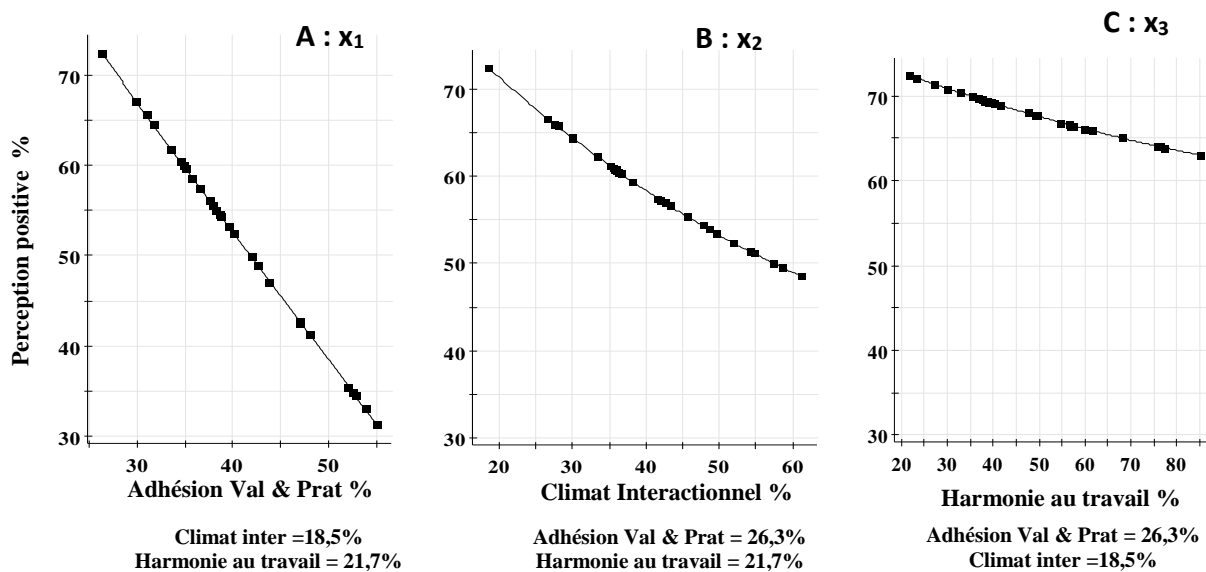
6.2.3.1. Influence de la variation de chaque facteur sur la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité

La figure 6.7 détaille la variation du niveau de perception positive du renforcement de la culture de responsabilité en fonction de la variation d'un seul facteur. Cette figure est réalisée

en prenant comme référence des valeurs minimales pour les deux autres facteurs. Les graphes montrent que la perception positive de la culture de responsabilité est réduite à travers le renforcement de l'adhésion aux valeurs et pratiques de l'équipe dirigeante. Toutefois, cette relation est justifiée dans le cas de l'existence d'une faible satisfaction du climat interactionnel et de l'harmonie au travail.

Cela montre alors que l'accroissement de l'adhésion représente une pression exercée par un conformisme forcé ou par une obligation de soumission à l'autorité. Cette adhésion reflète des valeurs épousées. Toutefois, le sentiment de non appartenance et du manque d'épanouissement engendre un sentiment d'incompréhension et de dévalorisation. La culture de responsabilité représente alors une charge supplémentaire ayant pour finalité de conditionner davantage l'environnement hospitalier. La perception négative est promue à travers le sentiment d'obligation à se soumettre à de nouvelles valeurs et normes de conduites.

Fig. 6.7.-Variation de Y en fonction d'un facteur avec des valeurs minimales pour les deux autres



Les graphes montrent que la perception positive de la culture de responsabilité est réduite à travers le renforcement de l'adhésion aux valeurs et pratiques de l'équipe dirigeante. Toutefois, cette relation est justifiée dans le cas de l'existence d'une faible satisfaction du climat interactionnel et de l'harmonie au travail. Cela montre alors que l'accroissement de l'adhésion représente une pression exercée par un conformisme forcé ou par une obligation de soumission à l'autorité. Cette adhésion reflète des valeurs épousées. Toutefois, le sentiment de non appartenance et du manque d'épanouissement engendre un sentiment d'incompréhension et de dévalorisation. La culture de responsabilité représente alors une charge supplémentaire ayant

pour finalité de conditionner davantage l'environnement hospitalier. La perception négative est promue à travers le sentiment d'obligation à se soumettre à de nouvelles valeurs et normes de conduites.

La perception positive de la culture de responsabilité est réduite aussi avec l'accroissement de la qualité du climat organisationnel. En effet, une faible adhésion aux valeurs et pratiques de l'équipe dirigeante ainsi qu'une faible satisfaction de l'harmonie au travail influe négativement sur la perception. Dans ce cas, ces insatisfactions développent des contre-cultures et des valeurs propres aux sous-groupes influents et minoritaires. L'insatisfaction provoque une répulsion vis-à-vis de l'équipe dirigeante. Par ailleurs, le climat interactionnel amplifie cette insatisfaction.

En effet, le poids de la hiérarchie informelle et de l'importance des rapports sociaux informels agissent sur la perception du groupe. Dans le cas où l'insatisfaction reflète une réalité hospitalière partagée par la majorité des médecins, les interactions internes généralisent une perception négative comme une constatation commune. Le renforcement de la culture de responsabilité devient alors flou dans le sens où celle-ci nécessite une adhésion à des valeurs organisationnelles contraires aux besoins des parties prenantes. Ce résultat montre que le climat interactionnel joue un rôle central dans la normalisation de valeurs qui se base sur l'opinion commune des médecins.

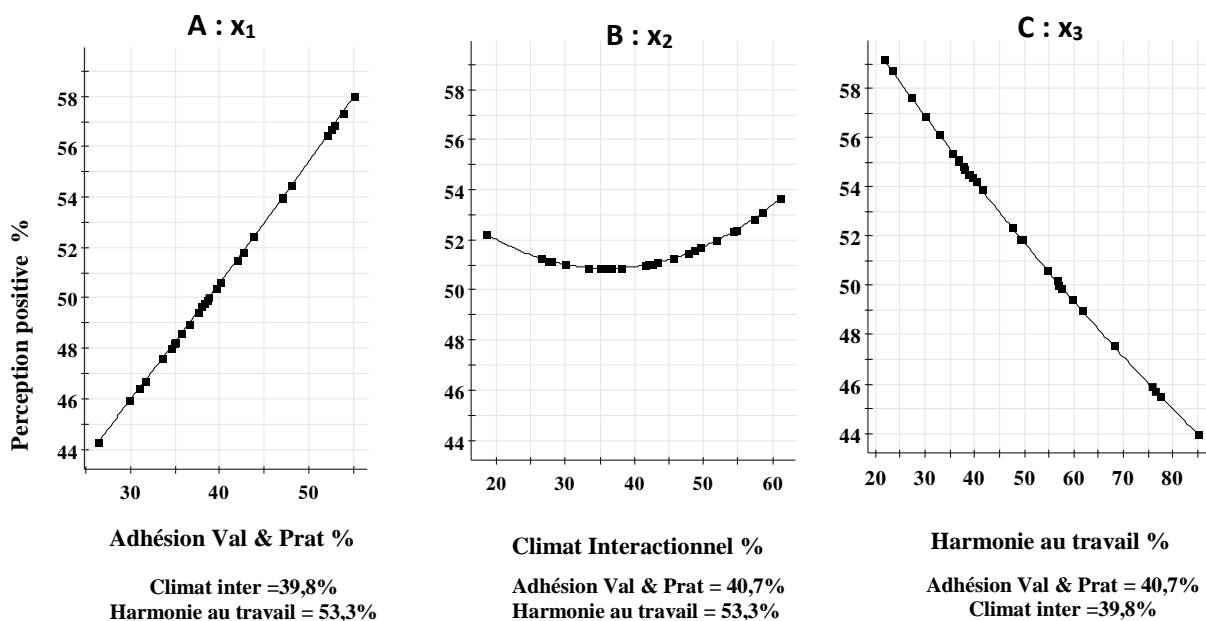
Ce qui s'obtient de l'analyse montre finalement que le maintien de l'harmonie au travail réduit la perception positive de la culture dans le cas où les médecins sont insatisfaits du climat interactionnel. Cela est aussi impacté par une faible adhésion aux orientations managériales de l'équipe dirigeante. Cela montre aussi que l'existence de valeurs opposées et non convergentes à celles établies par l'équipe dirigeante entraîne des perturbations internes. Aussi, l'insatisfaction de la qualité du climat interactionnel révèle des rapports conflictuels qui renforcent les jeux de pouvoir. De ce fait, l'harmonie au travail représente une forme de conformisme qui définit la culture de responsabilité comme une obligation de soumission à l'autorité formelle et informelle. Il est clair que sur le modèle, les facteurs agissent différemment sur la réponse Y. Par ailleurs, la perception négative de la culture de responsabilité est bien plus sensible à l'adhésion aux valeurs qu'aux deux autres facteurs.

La figure 6.8 illustre la variation du niveau de perception positive du renforcement de la culture de responsabilité en fonction de la variation d'un seul facteur. Cette figure est réalisée en prenant comme référence des valeurs médianes pour les deux autres facteurs. L'accroissement de l'adhésion des médecins aux valeurs et pratiques de l'équipe dirigeante

renforce la perception positive de la culture de responsabilité. En effet, la satisfaction d'un minimum de 40% de la qualité du climat interactionnel permet de développer une image positive des bienfaits apportés par le renforcement de la culture de responsabilité.

Les résultats montrent aussi que la satisfaction de l'harmonie au travail par 53,3% des médecins renforce une perception positive. Ces valeurs médianes affirment qu'il existe une interdépendance significative positive entre le climat interactionnel et l'harmonie au travail. En effet, l'existence de bons rapports entre les médecins et l'équipe dirigeante réduit les sources de stress et de burnout dans les CHU. La réduction des sources de démotivation et de désengagement renforce la confiance dans le leadership. Cette confiance favorise une adhésion plus importante aux valeurs et pratiques de l'équipe dirigeante. Cette adhésion reflète un conformisme volontaire qui découle d'une normalisation inconsciente des valeurs partagées et consensuelles.

Fig. 6.8.- Variation de Y en fonction d'un facteur avec des valeurs médianes pour les deux autres

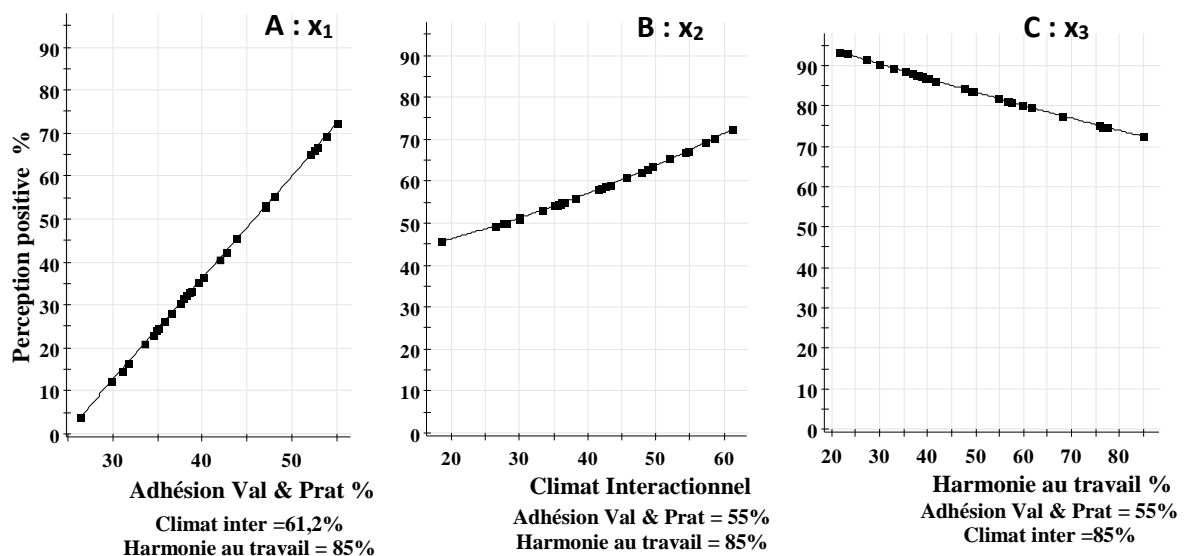


L'amélioration du climat interactionnel fait naître une influence moyenne à tendance neutre sur la perception positive de la culture de responsabilité. Cela signifie qu'une adhésion moyenne aux valeurs et pratiques ainsi qu'une satisfaction de la moitié des médecins de l'harmonie au travail n'entraînent pas une considérable variation dans la qualité du climat organisationnel. Ces points permettent ainsi de le stabiliser et de favoriser un impact positif adaptatif et intégrateur. Par ailleurs, une satisfaction de 40% des médecins du climat interactionnel engendre un impact dans le renforcement de la perception positive de la culture

de responsabilité. Ce résultat montre le seuil critique à travers lequel le climat interactionnel influe positivement à travers les différents échanges internes sur le renforcement d'une perception positive.

La courbe montre dans le graphe "C" que l'accroissement des actions visant à maintenir l'harmonie au travail engendre une perception négative de la culture de responsabilité. En effet, une adhésion moyenne et une satisfaction moyenne du climat interactionnel démontre l'existence d'acteurs confrontants. Ces médecins ont des principes, visions et idéologies différentes de celles partagées par les groupes influents ou par l'équipe dirigeante. Ces différences influent sur l'harmonie au travail et explique même la multiplication des sources de pressions internes. Ces pressions visent par ailleurs à maintenir un environnement statistique à travers la stabilisation du cadre de référence interne. Ces pressions engendrées réduisent la perception positive de la responsabilisation partagée. Celle-ci est donc liée à l'uniformité, elle est associée à la peur de l'exclusion du groupe dans le cas d'affirmation de besoins divergents de ceux des groupes influents.

Fig. 6.9.-Variation de la réponse Y en fonction d'un facteur avec des valeurs maximales pour les deux autres



La figure 6.9 illustre la variation du niveau de perception positive du renforcement de la culture de responsabilité en fonction de la variation d'un seul facteur. Cette figure est réalisée en prenant comme référence des valeurs maximales pour les deux autres facteurs. Les résultats rendent visible une forte adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante qui renforce la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité. En effet, l'existence d'une bonne qualité du climat interactionnel ainsi que d'une harmonie au travail

perceptible par la majorité des médecins réduit la disparité entre les valeurs des médecins et celles de la direction.

L'épanouissement social et professionnel des médecins à travers leur bien-être au travail favorise le renforcement d'une confiance mutuelle entre les médecins et l'équipe dirigeante. Cette confiance mutuelle et réciproque reflète une perception positive de la culture de responsabilité. Elle accroît la perception individuelle et la perception groupale du renforcement de cette culture. Elle est ainsi perçue comme un facteur renforçant la performance sociétale hospitalière. Elle permet d'améliorer la performance organisationnelle, sociale et sociétale. La mise en place d'actions sociétales s'inscrit dans une politique de transparence visant à intégrer un changement intégrateur.

Les résultats montrent aussi qu'une forte adhésion et qu'une perception majoritaire de l'harmonie au travail permet de créer une relation positive entre la perception positive et la qualité du climat interactionnel. En effet, une forte satisfaction modifie les normes et les règles de conduites qui régissent le climat interactionnel. Cela entraîne principalement la construction de nouvelles valeurs visant à unifier l'ensemble des parties dans l'atteinte d'objectifs communs et consensuels. De ce fait, l'amélioration du climat interactionnel aboutit à une perception positive à travers le poids de pressions sociales et des influences positives multiples entre les acteurs.

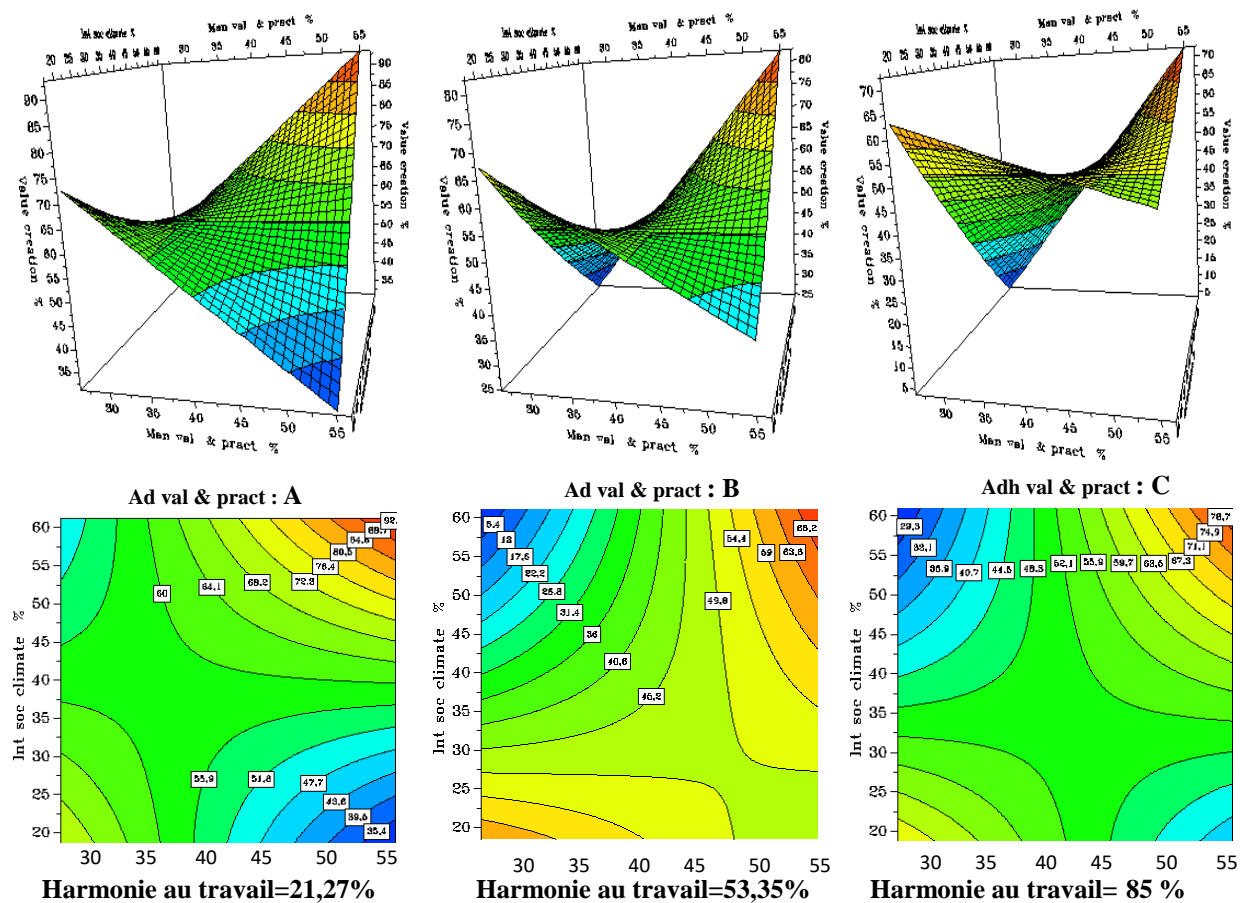
Contrairement aux deux premiers facteurs, l'accroissement des actions visant à maintenir l'harmonie au travail renforce la perception négative de la culture de responsabilité. Malgré une grande satisfaction du climat interactionnel et d'une grande adhésion, les règles qui délimitent la définition même de l'harmonie au travail réduit la perception positive. En effet, l'importance accordée à l'harmonie au travail incite à la réduction des conflits interpersonnels. Elle freine aussi l'aspect dynamique du système social interactionnel.

La peur de décevoir ou de remettre en doute l'harmonie du groupe devient alors plus déterminante que les remises en doute permettant d'instaurer des changements adaptatifs. Une focalisation accrue à l'harmonie au travail réduit donc les démarches d'amélioration. Elle associe le changement et la nouveauté à un risque organisationnel. Cela entraîne dans la durée un conformisme inconscient. La perception inconscience associe la responsabilisation partagée à l'obsession de réguler l'harmonie du groupe. Elle associe aussi le volontarisme responsable à la peur de l'exclusion.

6.2.3.2. Influence de la variation de l'harmonie au travail sur la perception du renforcement de la culture de responsabilité

Le poids du facteur de l'harmonie au travail présenté sous l'effet "x₃" est significatif. Ce point permet d'analyser l'impact de la variation des deux autres facteurs sur la réponse Y. Cette analyse permet de démontrer la relation entre les "x_i" et Y avec des valeurs minimale, médiane et maximale de l'harmonie au travail. La figure 6.10 illustre la projection de la variation de la perception positive de la culture de responsabilité sous l'action des valeurs de l'harmonie au travail. Cela permet d'étudier l'effet avec le changement simultané des deux autres facteurs tout en stabilisant l'harmonie au travail en une valeur bien déterminée.

Fig. 6.10.- Contours et surfaces de réponses pour 3 valeurs de l'harmonie au travail



La figure montre des couples de contours iso-réponses et des surfaces de réponses avec les valeurs minimale, médiane et maximale de x₃. Les contours iso-réponses sont en réalité la

projection des surfaces de réponses sur le plan inférieur. Ils donnent des détails importants sur la variation de la réponse Y du modèle. Plusieurs interprétations et commentaires peuvent être effectués en utilisant ces figures. Elles permettent de tirer plusieurs autres valeurs n'existant pas dans le plan d'expériences à travers la détermination d'actions préventives (Valeurs prédictives). Elle permet aussi de trouver la valeur optimale de la réponse Y sous l'effet des 3 facteurs qui agissent dessus d'une manière simultanée.

L'illustration par les graphes donne une variation de l'harmonie au travail qui influe significativement sur le modèle. La variation de couleur illustrée dans les contours iso-réponses montrent la valeur de la perception positive de la culture de responsabilité. Les zones qui virent à la couleur bleue montrent un renforcement d'une perception négative de la culture de responsabilité. Les zones qui virent à la couleur verte montrent une perception positive moyenne de la culture de responsabilité. Par contre les zones qui virent vers l'orange et le rouge montrent un renforcement de sa perception positive.

Tab. 6.6.-Variation de Y en fonction de x_3 avec des valeurs maximales de x_1 et x_2

X_3	<i>Perception positive de la culture de responsabilité</i>
Faible maintien de l'harmonie au travail 21,27%	92%
Maintien moyen de l'harmonie au travail 53,35%	65,2%
Fort maintien de l'harmonie au travail 85%	76,7%

Le tableau 6.6 fait ressortir les valeurs maximales de la perception positive de la culture de responsabilité en fonction de la force du maintien de l'harmonie au travail dans les CHU. Il est à noter que ces résultats représentent aussi des valeurs maximales de l'adhésion aux valeurs/pratiques et de la satisfaction du climat interactionnel. Les résultats montrent qu'une faible focalisation sur le maintien de l'harmonie au travail engendre une perception positive allant jusqu'à 92% des médecins participant à l'étude. Une focalisation moyenne sur le maintien de l'harmonie au travail engendre une perception chez 65,2%. Cela montre que les actions émises peuvent représenter des freins internes liés aux différences idéologiques propres à chaque groupe catégoriel.

La forte focalisation de l'harmonie au travail à hauteur de 85% permet de renforcer la perception positive jusqu'à 76,7% des médecins. Cela montre que le fort maintien de l'harmonie au travail peut toutefois entraîner une stabilité au travail ainsi qu'un bien-être. Néanmoins, il engendre une perception moins significative que le faible maintien de l'harmonie. Ce résultat montre que le système social interactionnel doit être dynamique. Il doit

s'autoréguler à travers l'impact individuel et groupé par des acteurs agissant dessus. Toute action visant à le contrôler ou le guider entraîne des limites et une contre-culture.

6.2.3.2.1. Analyse verticale

L'analyse verticale consiste à garder x_1 (adhésion aux valeurs et pratiques managériales) fixe et changer x_2 (qualité du climat interactionnel) verticalement. Le but est de constater les variations du niveau des médecins ayant une perception positive de la culture de responsabilité. Les trois tableaux qui suivent tableau 6.7, tableau 6.8, et tableau 6.9 illustrent les valeurs prédites de Y en fonction des valeurs stables de l'harmonie au travail.

Tab. 6.7.-Analyse verticale des valeurs prédites de Y pour $x_3=21,27\%$

<i>Facteurs</i>	<i>Adhésion aux valeurs et pratiques managériales : x_1</i>				
Qualité du climat interactionnel : x_2	30%	35%	40%	45%	50%
25%	64%	59%	54,1%	49,3%	44,5%
35%	60,1%	58,7%	57,3%	56%	54,5%
45%	57,2	59,2%	61,4%	63,5%	65,7%
55%	55,1%	60,8%	66,4%	72,1%	77,9%

En analysant le tableau précédent, l'augmentation dans le sens vertical de x_2 de 25% à 55% pour une valeur de $x_1=30\%$, entraîne la diminution de la réponse Y de 64% à 55,1% (Première colonne). Concernant la deuxième colonne ($x_1=35\%$), le tableau décrit d'abord une diminution, puis une augmentation de la réponse Y jusqu'à 60,8%. Par contre, pour les 3 dernières colonnes (40% ; 45% ; 50%), en suivant la même analyse que précédemment, la réponse Y augmente jusqu'à atteindre 77,9%. Ces résultats confirment les constatations introduites dans le tableau. 6.6.

Tab. 6.8.- Analyse verticale des valeurs prédites de Y pour $x_3=53,35\%$

<i>Facteurs</i>	<i>Adhésion aux valeurs et pratiques managériales : x_1</i>				
Qualité du climat social interne : x_2	30%	35%	40%	45%	50%
25%	57,5%	54,6%	51,7%	48,9%	46,2%
35%	49,4%	50,1%	50,8%	51,5%	52,3%
45%	42,4%	46,5%	50,8%	54,9%	59,2%
55%	36,1%	43,8%	51,5%	50,3%	67%

L'analyse du tableau 6.8 montre que l'augmentation dans le sens vertical de x_2 de 25% à 55% pour une valeur de $x_1=30\%$, entraîne la diminution Y de 57,5% à 36,1% (Première colonne). Il montre que la colonne centrale ($x_1=40\%$) donne une stabilisation du pourcentage des médecins ayant une perception positive du renforcement de la culture de responsabilité autour de 51,2%. Par contre, dans les 2 colonnes de gauche (30% et 35%), la perception positive de la culture de responsabilité diminue. Par contre, celle-ci augmente de 48,9% jusqu'à 67% dans les colonnes de droite (45% et 50%).

Une autre solution se présente avec $x_3=85\%$ (tableau 6.9). Les chiffres affichent que le pourcentage des médecins percevant positivement la culture de responsabilité diminue dans les 4 premières colonnes du tableau (30%, 35%, 40%, 45%) avec l'augmentation de la qualité du climat social interne. Ils montrent que paradoxalement aux données relevées sur les contours iso-réponses, la valeur de Y avec un x_3 moyen est moyennement plus élevée que la valeur de Y avec un x_3 maximal.

Tab. 6.9.- Analyse verticale des valeurs prédites de Y pour $x_3=85\%$

Facteurs	Adhésion aux valeurs et pratiques managériales : x_1				
	30%	35%	40%	45%	50%
Qualité du climat social interne :					
x_2					
25%	52,3%	51,5%	50,7%	50%	49,3%
35%	40%	42,8%	45,5%	48,4%	51,2%
45%	28,8%	35,1%	41,3%	47,7%	53,9%
55%	18,4%	28,1%	38%	47,9%	57,6%

La cinquième colonne du tableau 6.9 affiche par contre une augmentation de Y avec l'augmentation de x_2 . Cela confirme la relation inverse entre la perception positive de la culture de responsabilité et les actions de maintien de l'harmonie au travail.

6.2.3.2.2. Analyse horizontale

L'analyse consiste à garder x_2 invariable et changer x_1 horizontalement pour constater la variation de Y sous ces conditions. Le but est de constater les variations du niveau des médecins ayant une perception positive de la culture de responsabilité. Les trois tableaux qui suivent tableau 6.10, tableau 6.11, et tableau 6.12 illustrent les valeurs prédites de Y en fonction des valeurs stables de l'harmonie au travail.

La colonne centrale du tableau 6.10 affiche que le pourcentage des médecins ayant une perception positive reste approximativement stable lorsque la qualité du climat interactionnel est de 40% avec le changement du niveau d'adhésion.

Tab.6.10.- Analyse horizontale des valeurs prédites de Y pour $x_3=21,27\%$

Facteurs Valeur et pratiques managériales : x_1	Qualité du climat social interne : x_2				
	20%	30%	40%	50%	60%
27,5%	69,8%	63,6%	58,4%	54,1%	50,6%
32,5%	62,9%	60,4%	58,7%	57,9%	58,1%
37,5%	56,2%	57,2%	59%	61,8%	65,2%
42,5%	49,5%	54,2%	59,4%	65,6%	72,8%
47,5%	42,9%	51%	59,8%	69,7%	80,4%
52,5%	36,3%	47,9%	60,3%	73,7%	87,8%

Cependant, pour les deux premières colonnes (20% ; 30%), les valeurs de Y diminuent avec l'augmentation du niveau d'adhésion aux valeurs et pratiques managériales. Les deux dernières colonnes (50% ; 60%) donne l'inverse puisque cette fois-ci le pourcentage des médecins ayant une perception positive augmente.

Tab. 6.11. Analyse horizontale des valeurs prédites de Y pour $x_3=53,35\%$

Facteurs Valeurs et pratiques managériales : x_1	Qualité du climat social interne : x_2				
	20%	30%	40%	50%	60%
27,5%	64,2%	53,4%	44,7%	36,1%	28,5%
32,5%	59,5%	52,8%	47%	42%	38,1%
37,5%	54,9%	51,7%	49,4%	47,9%	47,4%
42,5%	54,3%	50,6%	51,8%	53,9%	56,9%
47,5%	45,7%	49,6%	54,3%	60,1%	66,5%
52,5%	41,1%	48,7%	56,9%	66,1%	75,9%

La colonne centrale du tableau 6.11 aligne des réponses de la perception positive de la culture de responsabilité passant par un minimum en décroissant. Ces réponses remontent ensuite de 44,7% à 56,9%. Les autres colonnes se comportent exactement comme le cas précédent, c'est-à-dire diminuent pour les 2 premières, et augmentent pour les 2 dernières. Le pourcentage de perception positive du renforcement de la culture de responsabilité par les médecins au niveau du tableau 6.12 diminue seulement pour la première colonne (20%).

Cette diminution est constatée de 60,1% à 47,4%. Pour les quatre autres (30%, 40%, 50% et 60%), l'inverse se produit puisque la valeur maximale atteint 65,7% par augmentations

successives. D'une façon globale, pour ce cas, l'augmentation simultanée de l'adhésion aux valeurs/pratiques et de la qualité du climat interactionnel augmente d'une façon très visible la perception positive de la culture de responsabilité. Enfin, la valeur optimale de la perception positive de cette culture donnée par le logiciel n'est pas loin de 93,2%. Cela correspond à une harmonie de travail de 21,7%. Elle correspond à une adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante de 55% et correspond finalement à une qualité du climat interactionnel de 61,5%.

Tab. 6.12. Analyse horizontale des valeurs prédites de Y pour $x_3=85\%$

Facteurs Valeurs et pratiques managériales : x_1	Qualité du climat interactionnel : x_2				
	20%	30%	40%	50%	60%
27,5%	60,1%	45,6%	32,3%	19,6%	7,75%
32,5%	57,5%	46,5%	34,5%	27,4%	19,2%
37,5%	54,9%	47,5%	41,1%	35,4%	30,7%
42,5%	52,4%	48,5%	45,6%	43,5%	42,3%
47,5%	49,9%	49,6%	50,2%	51,6%	54%
52,5%	47,4%	50,7%	54,8%	59,8%	65,7%

Un équilibre entre les trois facteurs aboutit à un fort pourcentage de perception positive de la culture de responsabilité. Cette perception positive justifie à son tour la motivation au volontarisme responsable. Elle reflète une acceptation consensuelle des avantages liés au renforcement de la culture de responsabilité. Par conséquent, son renforcement n'est pas limité par une peur de perte de repères internes par les médecins dans les CHU algériens. Ces résultats montrent aussi l'importance de la régulation des 3 facteurs afin de prétendre à sensibiliser et à renforcer une responsabilisation partagée à travers des actions sociétales dans les CHU.

6.3. Discussion des résultats

Cette section retrace les principaux résultats de la recherche. Elle permet par ailleurs de vérifier les hypothèses émises ainsi que de répondre aux questions de la recherche.

6.3.1. Recension des principaux résultats de la recherche

Ce point renvoie à l'importance de variables ayant un impact significatif sur la culture de responsabilité. Cette recension aborde la perception, la force de la culture hospitalière, le poids de la hiérarchie informelle, la normalisation et le conformisme des valeurs, le poids des groupes influents, l'impact des conflits interpersonnels et finalement les changements internes.

6.3.1.1. Prise en compte de la perception des médecins

Le bilan de la recherche souligne l'importance de la perception des médecins. Cette perception agit sur l'image du poids des influences sociales internes. Elle impacte également l'image de la force de la culture ainsi que de la force des principes de responsabilisation partagée. Les valeurs organisationnelles des médecins sont construites d'un ensemble de valeurs personnelles, de valeurs communes et d'une perception de l'environnement de travail. La perception de l'environnement de travail démontre l'image de soi et des autres. Elle explique la perception du système social interactionnel interne. La perception représente une composante subjective et irrationnelle, elle varie en fonction de la personnalité propre des médecins. Elle change aussi en fonction de la valorisation de soi et du rôle des médecins dans les groupes. L'appartenance à un groupe dépend des catégorisations sociales existantes dans les CHU. Elle dépend aussi de l'auto-catégorisation qui définit des sous-groupes indépendants.

L'appartenance aux groupes modifie la perception des valeurs organisationnelles des CHU. L'interaction entre les valeurs personnelles, les valeurs de groupe et les valeurs hiérarchiques détermine le niveau d'adhésion des médecins à la culture organisationnelle dans les CHU. Malgré l'existence de groupes sociaux formels et informels dans les CHU, les médecins peuvent développer des valeurs organisationnelles singulières. Leur perception de la culture hospitalière n'est donc pas associée ou construite à partir d'une idéologie commune. Ces médecins représentent des personnes détachées qui n'ont pas un fort besoin d'appartenance et d'estime social. La perception des valeurs organisationnelles permet soit de renforcer une culture de responsabilité, soit, de renforcer une contre-culture.

6.3.1.2. Perception de la culture de responsabilité par les médecins

La culture de responsabilité représente un ensemble de valeurs et de pratiques qui diffèrent en fonction des idéologies et principes des médecins. La culture de responsabilité représente alors des normes visant à valoriser l'impact sociétal des activités des CHU sur l'environnement local. D'autres l'associent au renforcement d'une responsabilité partagée à travers une décentralisation du pouvoir. La culture de responsabilité représente aussi la capacité de l'équipe dirigeante à mettre en place un management responsable qui se base sur les principes du post-new public management. Cette culture est liée à l'intégration d'un leadership transversal qui favorise les relations de confiance entre les parties. D'autres l'associent à l'engagement des médecins dans une prise en compte de leur responsabilité civile, sociale, éthique, médical, environnementale et organisationnelle vis-à-vis des CHU. La culture de responsabilité représente aussi un ensemble de valeurs sociétales renforçant une participation active dans des actions sociétales.

Cette culture reflète toutefois pour d'autres médecins une variable permettant d'améliorer les conditions de travail interne. La culture de responsabilité permet donc de réguler les influences sociales exercées par les groupes puissants en vue d'engendrer une harmonie au travail. La responsabilisation des médecins réduit par conséquent les jeux de pouvoir ainsi que les pressions de pouvoir créées par la comparaison sociale. Elle engendre une meilleure valorisation des compétences des médecins à travers une organisation par réseau. Cela réduit les discriminations inter et intragroupes visant à exercer des pressions sur des groupes minoritaires.

Les médecins associent la culture de responsabilité à la force de la culture hospitalière. L'existence de fortes valeurs partagées favorise le consensus qui réduit les zones d'incertitudes. La culture de responsabilité est perçue comme une variable réduisant les risques organisationnels à travers la prise en compte du management par la sécurité. La force de celle-ci est associée aux orientations managériales ainsi que l'implication de l'équipe dirigeante dans le maintien de la stabilité au travail.

La perception de la culture de responsabilité peut être positive comme négative. La perception positive renvoie aux avantages liés à son intégration. Ces avantages concernent l'amélioration de la performance hospitalière à travers l'intégration des flexibilités procédurales et de la focalisation sur la création de valeur. Ils concernent l'amélioration de la performance sociale à travers la régulation du poids de la hiérarchie informelle et du déséquilibre du poids des influences. Ils concernent aussi l'amélioration des pratiques managériales à travers la régulation du leadership et des rapports entre l'équipe dirigeante et les médecins.

La perception positive de la culture de responsabilité est liée au développement du bien-être au travail à travers l'amélioration du climat interactionnel. Nonobstant, la perception négative de la culture de responsabilité est liée à un manque d'adhésion aux valeurs organisationnelles partagées. Elle reflète une obligation supplémentaire visant à renforcer la pression, le stress et le burnout dans les CHU. Une perception négative fortifie une contre-culture et un désengagement sociétal. Elle dénote une insensibilisation aux valeurs sociétales. Elle dénote aussi la peur du changement organisationnel visant à bouleverser les repères internes.

6.3.1.3. De la culture hospitalière à la culture de responsabilité des médecins

La force des normes et des valeurs qui optimise la performance globale dérive de la culture hospitalière dans les CHU. La perception d'une forte culture hospitalière est liée au

niveau d'adhésion des valeurs partagées. Cela est lié aussi à une perception positive de l'équipe dirigeante. Cette perception positive possède également un lien avec une appréciation du style de leadership appliqué. Elle est aussi liée à l'appréciation de l'équipe dirigeante en tant que personnes charismatiques et faciles à vivre.

L'appréciation de l'équipe dirigeante est une conséquence d'une perception positive des valeurs organisationnelles qu'elle véhicule ainsi que de la somme des valeurs personnelles qui dictent sa conduite. L'équipe dirigeante reflète donc un exemple et un symbole de réussite interne. Celle-ci est perçue soit comme un allié, soit comme un ennemi. Cela démontre le poids du subjectivisme et de l'irrationalité dans la relation interpersonnelle entre les deux parties. Il n'existe donc pas de dissociation entre les qualités personnelles et les qualités professionnelles de l'équipe dirigeante.

L'existence d'une forte culture hospitalière dérive de l'existence d'un climat interactionnel favorable entre les deux parties. Elle reflète une importante adhésion aux valeurs permettant de satisfaire les besoins psychologiques et professionnels des médecins. Une forte culture hospitalière représente des groupes de médecins ayant une vision commune, partagée et acceptée. Sa force réduit donc les comportements non conformistes qui amplifient l'effet des actes isolés. Le renforcement d'une culture de responsabilité des médecins est déterminé par la force de la culture hospitalière des CHU. Par ailleurs, la sensibilisation des médecins à leur culture de responsabilité est proportionnelle à la force de la culture de responsabilité des CHU.

L'ensemble des corps hospitaliers doivent être engagés dans le renforcement de la culture de responsabilité. Par ailleurs, la responsabilisation partagée concerne une implication en réseau entre l'ensemble des corps. La réduction des sources conflictuelles entre les différents corps renforce les valeurs de responsabilisation. La culture de responsabilité des médecins représente une sous-culture organisationnelle. Elle reflète la force de la culture de responsabilité dans les CHU. Celle-ci est à son tour régie par la force de la culture hospitalière. La culture de responsabilité des médecins détermine la qualité des interactions et de la collaboration entre les médecins, l'équipe dirigeante et l'ensemble des parties prenantes des CHU. Les résultats soulignent la dominance de l'individualisme et d'une forte distance hiérarchique.

Les orientations culturelles organisationnelles limitent le renforcement de valeurs de responsabilité. Par ailleurs, les différences des orientations des valeurs constatées dans les groupes catégoriels montrent l'existence des sous-cultures et des contre-cultures dans les CHU. Ces résultats démontrent alors que les CHU n'ont pas de culture hospitalière forte. Cela fragilise à son tour la force de la culture de responsabilité. En effet, cette faible culture hospitalière est

le fruit d'un désengagement de l'ensemble des parties dans le renforcement des normes internes. La normalisation des valeurs nécessite l'engagement de tous dans l'atteinte d'un consensus visant à créer de nouvelles valeurs partagées. Sur un autre plan, le conformisme engendre des pressions sociales qui amplifient la création des contre-cultures.

La culture de responsabilité dépend donc du niveau d'engagement de l'équipe dirigeante dans la création d'un environnement de travail qui renforce les valeurs et qui régule les flux informationnels, relationnels et organisationnels internes. L'équipe dirigeante doit donc trouver un moyen de sensibiliser les médecins à la culture de responsabilité à travers de leurs idéologies, leurs valeurs et leurs besoins. Elle doit aussi tenir compte des spécificités des cultures locales qui régissent le comportement des médecins. Sachant qu'elle est prise en exemple, l'implication des médecins dans le renforcement de la culture dépend premièrement du niveau d'engagement de l'équipe dirigeante.

6.3.1.4. Poids de la hiérarchie informelle sur la force des valeurs de responsabilité des médecins

La culture de responsabilité des médecins dépend de la force de leurs valeurs de responsabilité quoique, ils se focalisent principalement sur leur responsabilité médicale. Cette focalisation est due premièrement au manque de transparence et de transversalité dans les CHU. Elle est due aussi à la non-perception des avantages directs qu'ils peuvent bénéficier à travers leur engagement dans la responsabilisation partagée. Les résultats de la recherche désignent une sensibilité élevée des médecins aux valeurs de responsabilité, toutefois, le poids de l'influence sociale représente le principal frein qui limite le renforcement de la culture de responsabilité. La multiplication des jeux de pouvoir désengage les médecins de leur responsabilité. Ce résultat montre alors que l'existence de fortes valeurs de responsabilité n'induit pas systématiquement un fort volontarisme sociétal. Par ailleurs, les fortes valeurs de responsabilité n'engendrent pas aussi d'une manière systématique une forte culture de responsabilité.

Les chiffres récoltés par l'enquête désignent aussi que la force des valeurs de responsabilité varie en fonction du sexe, de l'âge, de la personnalité, du grade et de l'appartenance sociale des médecins. Ces catégorisations relèvent des valeurs mères partagées entre les membres d'un même groupe. Malgré cela, elles ne prennent pas en compte le croisement avec les valeurs innées et construites à travers les expériences personnelles et professionnelles antérieures des médecins. La force des valeurs de responsabilité des médecins

varie en fonction de leur niveau de sensibilisation aux influences sociales internes. La multiplication des groupes influents renforce la perte du poids de la hiérarchie formelle. L'autorité passe donc par la voie formelle et informelle. Toutefois, la peur de l'exclusion sociale renforce malgré tout les valeurs de responsabilité si elles représentent des valeurs maîtresses du groupe. De fortes valeurs de responsabilité accroissent la motivation au volontarisme responsable.

Le niveau d'implication de l'équipe dirigeante découle donc du renforcement de l'image du CHU comme une famille solide qui se base sur l'intérêt commun. La finalité est donc de développer des valeurs permettant de protéger ses membres. La culture de responsabilité reflète donc une protection bien plus sociale que managériale. Elle renforce la confiance réciproque en se référant sur des bases subjectivistes. Ce résultat montre que la relation qui lie l'équipe dirigeante et les médecins n'explique pas globalement la force des valeurs. Celle-ci est expliquée aussi par la capacité de l'équipe dirigeante à réguler les différences idéologiques inter et intra groupes pour le corps médical.

6.3.1.5. La normalisation versus le conformisme

La normalisation de nouvelles valeurs facilite le renforcement de la culture de responsabilité. Elle permet de créer des valeurs qui optimisent la satisfaction des besoins individuels et des besoins des groupes. Elle s'insère dans une démarche de restructuration et de changement organisationnel. La normalisation n'est possible qu'à travers l'acceptation de tous. En effet, l'implication des groupes de médecins et de l'équipe dirigeante dans la recherche de consensus permet la construction de nouvelles valeurs. Elle dépend de la capacité de toutes les parties à faire des sacrifices et des concessions pour l'harmonie interne.

Néanmoins, les résultats montrent que des groupes influents de médecins comme les professeurs et les médecins de la personnalité rouge laissent une faible marge de négociation. Le premier groupe souligne l'importance du respect des séniors. Le deuxième souligne l'importance de la compétition au détriment de la confiance. Le manque de flexibilité des groupes pour des raisons diverses limite la normalisation des principes internes. La non-adhésion à cette normalisation reflète soit une innovation (influence des groupes minoritaires), soit un conformisme. Ces médecins sont donc en débat continu entre leurs valeurs et les valeurs imposées. Leur soumission reflète leur besoin de maintien du bien-être au travail à travers la solidité de relations interpersonnelles.

La normalisation et le conformisme sont interdépendants. En effet, la normalisation fait appel au conformisme dans l'objectif est de réduire l'influence des groupes minoritaires. Sur un autre plan, le conformisme étant l'acceptation volontaire ou obligatoire de la normalisation. Il est utopique de prétendre que la normalisation reflète un consensus total et transparent de l'ensemble des parties. Toutefois, il représente le consensus de la majorité avec un poids d'influence réduit.

6.3.1.6. Poids des groupes influents

Les orientations managériales déterminent le poids de la hiérarchie informelle. L'équipe dirigeante joue donc un rôle central dans la régulation des flux décisionnels internes. Le poids des groupes influents représente des pressions de pouvoir exercées par des groupes n'ayant pas un statut reflétant une autorité formelle et hiérarchisée dans les CHU. Le pouvoir des groupes influents naît de la respectabilité du statut (comme les professeurs) et du poids des affinités interpersonnelles représentant des amitiés. Ce pouvoir naît aussi du poids d'une contre-culture renvoyant à l'insatisfaction de la majorité des pratiques managériales appliquées. Malgré cela, le pouvoir des groupes influents s'adosse aussi sur l'incapacité de l'équipe dirigeante à maîtriser ses subordonnés. Cela reflète une perte d'autorité significative et renforce des comportements favorisant les formes de pressions et de chantages professionnelles et affectives.

Les groupes influents ont un impact simultanément positif et négatif dans les CHU. Leur poids d'influence permet de renforcer l'adhésion de la culture de responsabilité à une grande majorité dans le cas où celle-ci soutient les valeurs qui régissent le groupe. Leur poids d'influence peut aussi engendrer des comportements de favoritisme ou d'isolement des groupes ne partageant pas des valeurs similaires. Le poids des groupes influents doit donc être pris en compte dans le renforcement et la sensibilisation à la culture de responsabilité des médecins. Par ailleurs, cette culture de responsabilité peut représenter un désir soutenu par les groupes influents.

Elle peut aussi refléter un besoin d'affirmation d'une équité et d'une élimination de la comparaison sociale de la part de groupes minoritaires. Il est à noter que les groupes influents ne représentent pas systématiquement la majorité des médecins. Ils peuvent représenter un petit groupe ayant un fort pouvoir d'influence sur autrui. Par contre, un déséquilibre du poids des influences peut représenter la majorité des médecins comme un groupe minoritaire. Cela s'explique par la centralisation du pouvoir décisionnel et de l'importance d'une relation d'autorité procédurière entre les groupes et avec l'équipe dirigeante.

6.3.1.7. Impact des conflits interpersonnels sur la force de la culture de responsabilité des médecins

Les conflits interpersonnels reflètent des différences entre les médecins et l'équipe dirigeante. Toutefois, ces conflits sont engendrés ou engendrent des différences en intra et inter groupes. La qualité des collaborations et de communication entre les différents corps peut en être touchée d'une façon négative. Cela va de même pour les relations entre les groupes de médecins. Les conflits interpersonnels constituent une limite et un pivot dans le renforcement de la culture de responsabilité des médecins. En effet, la multiplication des conflits limite la motivation au volontarisme volontaire. Les rapports hostiles entre les acteurs agissent sur le niveau de responsabilisation partagée qui se base sur la confiance réciproque. Ils représentent aussi un élément déclencheur des comportements non conformistes et de "je m'en-foutistes".

La stabilité au travail est atteinte par ces conflits aussi ; ils expliquent par conséquent les phénomènes d'absentéisme et de turn-over. Ces éléments fragilisent la force de la culture de responsabilité des médecins. En effet, celle-ci s'emploie à travers une stabilisation flexible et intégratrice des processus interne. La stabilité des acteurs internes représente une condition dans l'engagement à long terme des médecins à travers leur implication dans des actions sociétales. Ces conflits affectent aussi la qualité des conditions de travail. En effet, le manque de collaboration horizontale qui en ressort limite la perception de la responsabilisation personnelle dans le maintien des conditions de santé et de sécurité. Or, l'insatisfaction des conditions de travail limite la culture de responsabilité. En effet, celle-ci nécessite la disponibilité de l'ensemble des ressources financières, humaines, médicales et organisationnelles (selon les capacités des CHU) afin de faciliter une décentralisation verticale et horizontale.

Toutefois, les conflits représentent un paramètre permettant d'intégrer une perception ou une idéologie différente de celle du groupe. Ils facilitent une remise en question de la situation à travers un regard critique des différents avis opposés. Ces conflits reflètent les risques organisationnels ainsi que les limites des processus et des acteurs. Les actions de changement organisationnel qui découlent de ces conflits renforcent l'atteinte d'une harmonie

au travail. Celle-ci renforce ainsi une normalisation de valeurs à travers un ajustement mutuel des orientations des acteurs.

Ces conflits peuvent donc faire prendre conscience de l'importance de la synergie et de l'implication de tous dans le maintien du bien-être interne. Cela agit par ailleurs sur la performance hospitalière pour les médecins ayant un attrait plus significatif à la croissance qu'à la qualité du climat interactionnel. L'action rétrograde des conflits sur la culture dépend aussi de des médecins. En effet, la considération des conflits comme un élément d'échange et d'apprentissage renforce la construction de valeurs solides et partagées. Cependant, la perception des conflits comme une source de burnout qui agit sur l'épanouissement personnel et professionnel fragilise la participation active.

6.3.1.8. Perception des changements internes renforçant la culture de responsabilité par les médecins

Le style du leadership détermine les valeurs organisationnelles des CHU. Un leadership transversal renforce la confiance professionnelle. Il permet d'identifier l'équipe dirigeante comme des leaders. Nonobstant, il apprend aux médecins d'acquérir une autonomie renforçant une meilleure décentralisation. L'application de pratiques managériales qui s'inspirent des principes du post-new public management permet en premier lieu de renforcer la culture hospitalière des CHU. Elle met en évidence par la suite un renforcement de la sous-culture de la responsabilité des médecins. Ces pratiques réduisent les incompréhensions mutuelles à travers la focalisation sur une vue d'ensemble des processus des CHU.

Le renforcement de la culture de responsabilité est permis à travers l'intégration d'acteurs renforçant la synergie des équipes de travail. Les médecins ont donc un droit de regard sur l'appréciation des candidats à recruter ou à promouvoir. Le choix de ces candidats détermine le niveau de la performance hospitalière et de la performance sociale du groupe. Le renforcement de la culture de responsabilité s'accompagne aussi par une valorisation significative des compétences des médecins. Cette valorisation se décline sous forme de récompenses et d'attribution visant à reconnaître les efforts et les résultats des médecins.

Les médecins associent aussi l'importance de l'existence d'une forte culture hospitalière avec la sensibilisation des médecins au volontarisme responsable. Quoique, le renforcement de la culture hospitalière doit apporter une plus-value significative à l'ensemble des corps hospitaliers. La culture hospitalière doit alors véhiculée une image des CHU cherchant à s'investir dans des démarches d'amélioration continue. Par ailleurs, les médecins associent la

culture hospitalière à la fierté d'appartenance aux CHU. Le renforcement de la culture de responsabilité est aussi déterminé en fonction de l'investissement en ressources humaines effectué par l'équipe dirigeante.

En effet, l'investissement dans des programmes de formations continues renforce la perception d'un avancement de carrière. L'existence d'une visibilité à moyen et à long terme accentue la motivation des médecins. Le renforcement des compétences ainsi que l'acquisition des compétences transversales d'une manière équitable réduit l'instabilité au travail. La valorisation transparente et équitable des compétences réduit donc les sources de tensions. Elle réduit aussi le poids de la hiérarchie informelle.

L'amélioration des conditions de travail renforce une perception positive de la culture de responsabilité. L'existence des bonnes conditions de santé et de sécurité réduit la perception des risques et des incertitudes qui induit une image de performance et de prise en compte des besoins des médecins. Par ailleurs, la satisfaction des conditions de travail a un impact plus significatif que la qualité du climat interactionnel dans les CHU. En effet, même si les médecins accordent une importance centrale à l'harmonie interne, la qualité des rapports interpersonnels représente une variable secondaire à prendre en compte. La régulation du poids des influences et des pressions est principalement liée au choix du leadership existant. Les médecins prônent donc le bien-être interne à travers un favorable système social interactionnel.

Les médecins sont conscients que l'amélioration du climat interactionnel ne représente pas la première condition qui détermine le renforcement de la culture de responsabilité. Malgré la sensibilité des médecins aux valeurs de responsabilité, ils restent peu convaincus des changements intégrateurs que la culture de responsabilité peut apporter. Ils estiment que l'amélioration des points précédents permet d'introduire un renforcement de la culture de responsabilité. Par ailleurs, le renforcement des valeurs de responsabilité est perçu comme une démarche d'amélioration continue. Celle-ci reste importante mais secondaire. Les médecins estiment alors que des régulations plus prioritaires doivent être introduites pour renforcer leur sensibilisation à la culture de responsabilité. Par ailleurs, l'environnement de travail est perçu comme hostile. Cette hostilité engendre une surcharge de travail limitant la volonté des médecins à s'investir sur le volet sociétal lié aux activités de leurs CHU respectifs.

6.3.2. Réponse à la problématique de recherche

Le point qui suit permet de répondre à la problématique de recherche. Pour cela, la première étape analyse les hypothèses de recherche et la deuxième répond aux questions de recherche.

6.3.2.1. Validation des hypothèses

Cette validation permet de vérifier les hypothèses de recherche. Le but est de constater si la recherche opératoire confirme ou infirme les 5 hypothèses ainsi que l'ensemble des sous-hypothèses.

6.3.2.1.1. Première hypothèse

Les constats effectués de la recherche opératoire montrent que la force de la culture de responsabilité varie en fonction des spécificités propres à chaque groupe catégoriel. De ce fait, la catégorisation sociale ainsi que l'auto-catégorisation déterminent le niveau d'engagement, de sensibilisation et même de perception de la culture de responsabilité. La catégorisation sociale détermine donc les caractéristiques communes des médecins qui appartiennent à un même groupe.

6.3.2.1.1.1. Catégorisation en fonction du genre (sexe)

Les médecins de sexe masculin et du sexe féminin ont des perceptions différentes de leur environnement de travail. Les médecins de sexe masculin privilégient la performance et la valorisation de leur compétence. Ces médecins développent un fort besoin d'estime. Ils s'épanouissent dans un environnement qui valorise une affirmation de soi et la performance individuelle. Les médecins de sexe féminin privilégient par contre l'harmonie au travail. La qualité du climat organisationnel tel que le bien-être, le consensus et la bonne entente favorise leur épanouissement. Elles s'épanouissent dans un environnement où il est important de faire attention aux autres. La généralisation d'un comportement protecteur est favorisé à travers lequel des relations de bienveillances régissent les rapports interpersonnels. Elles privilégient le compromis contrairement aux médecins de sexe masculin qui privilégient la confrontation.

L'appartenance au genre n'explique pas entièrement les orientations de la personnalité des médecins. Néanmoins, elle permet de démontrer les valeurs de bases partagées au sein d'un même sous-groupe catégoriel. Par ailleurs, le management d'une équipe composée

principalement d'acteurs masculins diffère d'une équipe à dominance féminine. Concernant l'influence sociale, les médecins de sexe féminin ont une perception bien plus subjective que les médecins de sexe masculin. Les pressions internes sont perçues comme des attaques personnelles remettant en doute la relation de confiance entre les parties. Les médecins de sexe masculin sont majoritairement plus rationnels dans la perception du poids même de l'influence sociale. Celle-ci est ressentie dans le cas d'une remarque de barrières internes limitant leur efficacité dans les CHU.

La sensibilité à la culture de responsabilité des médecins de sexe féminin est plus élevée que celle des médecins de sexe masculin. Leur attrait vers l'harmonie interne et le compromis est une image positive de la culture de responsabilité. La responsabilisation partagée représente alors une opportunité de stabiliser les tensions sociales à travers le renforcement de valeurs. Elles sont aussi bien plus sensibles de l'impact sociétal des activités des CHU. Les médecins de sexe féminin ont donc une plus grande sensibilité vis-à-vis de leur rôle dans l'amélioration de la performance sociale. Cette sensibilité vise principalement des valeurs d'équité, de compromis, du respect de l'environnement, de la préservation des ressources et du maintien de la qualité de vie au travail. Par ailleurs, elles ont aussi une forte sensibilité à la qualité des conditions de santé et de sécurité au travail.

Les médecins du sexe masculin associent la culture de responsabilité au niveau de décentralisation du pouvoir. Ils associent cela à la liberté d'action et aussi à l'acceptation du sens de l'initiative. Ils lient la culture de responsabilité à l'opportunité d'affirmer leurs compétences. Cette culture fait qu'elle est aussi liée à l'opportunité de mener des projets à terme et à être consultés dans les processus de prise de décision. La sensibilisation des médecins à la responsabilisation partagée varie donc en fonction des principes, besoins et valeurs innées et construites. La prise en compte des différences de perceptions et de priorisations entre les médecins des deux sexes reflète un engagement de l'équipe dirigeante dans la satisfaction des médecins. La prise en compte des besoins propres à chaque groupe aboutit à une motivation et un intéressement. Cette motivation varie en fonction de la sensibilisation aux facteurs qui engendrent soit un volontarisme, soit un désengagement.

La mise en place d'un management responsable renforce la sensibilisation à la culture de responsabilité des médecins du sexe féminin. D'un autre côté, la prise en compte du management par la sécurité rassure les médecins de sexe masculin. La sécurisation de l'environnement renvoie à une réduction des risques organisationnels pouvant impacter leur niveau de performance. Ces résultats montrent que l'hypothèse H1a est validée. La prise en compte des différences de genre dans les pratiques managériales renforce la responsabilité

partagée. Il est donc nécessaire d'appliquer des orientations managériales qui renforcent des valeurs organisationnelles spécifiques. Ces valeurs ont pour but de renforcer leur adhésion et de satisfaire leurs besoins spécifiques. L'objectif est d'arriver à un compromis permettant de valoriser le bien-être comme facteur d'amélioration continue impactant significativement sur la performance hospitalière.

6.3.2.1.1.2. Catégorisation en fonction du grade

Les différences de grades entre les médecins est synonyme de leur niveau de compétence dans les CHU algériens. La dominance du statut acquis associe la fiabilité des médecins non à la compétence mais au grade. Le statut acquis fortifie l'avancement par ancienneté et assure une promotion sur du long terme. Toutefois, cela fait naître un facteur de démotivation envers les grades inférieurs. Les résultats montrent que le poids de l'influence sociale varie en fonction de chaque grade. Les grades supérieurs comme les hospitalo-universitaires ont une légitimité plus significative dans les CHU. Ils représentent des groupes influents.

Leurs rapports avec l'équipe dirigeante représentent des consultations réciproques. Une décentralisation de pouvoir y est constatée. Cela permet une collaboration effective avec l'équipe dirigeante. Ces grades perçoivent une faible influence sociale de la part de l'équipe dirigeante. Bien au contraire, ils peuvent être à la source de la création de pression de pouvoir interne. Ces médecins s'épanouissent dans un environnement procédurier. Le changement est perçu comme une prise de risque interne. Les valeurs qu'ils partagent valorisent le transfert du savoir-être et du savoir-faire. Le respect des médecins gradés représente donc une valeur organisationnelle qu'il est nécessaire de respecter. La décentralisation du pouvoir vers ces groupes influents de médecins renforce leur sensibilisation à la culture de responsabilité. Toutefois, la responsabilisation partagée doit être hiérarchisée par le respect des différences de statut.

Les différences de grades renforcent la comparaison sociale. Cela accentue les différences et les divergences entre les médecins appartenant à des grades différents. Ces différences multiplient la création de sous-cultures et de contre-cultures dans le cas d'opposition de valeurs. Les médecins spécialistes associent la satisfaction du leadership à la perception de la culture de responsabilité. Cela montre que la confiance dans le leadership détermine le niveau d'adhésion des médecins aux valeurs partagées. L'insatisfaction des pratiques managériales entraînent des comportements non conformistes visant à créer une contre-influence sociale.

Les médecins résidents ainsi que les généralistes représentent les groupes qui subissent une forte pression de pouvoir interne. Le statut des médecins apprentis et des résidents engendre des rapports spécifiques avec des médecins plus gradés. Par contre, le statut des généralistes renforce les perceptions négatives des compétences et de la crédibilité de leur valeur ajoutée. Ces médecins n'ont donc pas accès à une grande décentralisation. Ce manque de valorisation crée une perception négative du leadership et des valeurs qui en découlent. Par ailleurs, la sensibilisation à la hiérarchie informelle varie en fonction des grades. En effet, la hiérarchie informelle renvoie à une multiplication d'acteurs décideurs. Les affinités interpersonnelles déterminent alors le poids de l'autorité formelle et informelle.

Les médecins appartenant à différents grades ont une perception différente des pressions de pouvoir. Ces différences sont en lien avec le poids de chaque grade. Le développement de comportements non conformistes a pour finalité de réguler les jeux de pouvoir. Les grades comme les généralistes, les résidents et les spécialistes enregistrent un fort taux de participation à des actions de confrontation. La finalité est de représenter des groupes minoritaires à forte influence afin de réguler les différentes influences. Ces médecins ayant une faible sensibilisation au volontarisme responsable ont tendance à avoir une forte sensibilisation aux facteurs de démotivation et de désengagement. Les différences de grades justifient aussi l'importance accordée à l'harmonie au travail. En effet, les hospitalo-universitaires influent sur l'environnement interne afin de maintenir une qualité de vie. Cela permet d'optimiser la disponibilité de l'ensemble des conditions nécessaires renforçant la performance de groupe.

Les résidents perçoivent la culture de responsabilité comme une opportunité d'affirmer leurs compétences. Le renforcement du travail en réseau valorise la responsabilisation partagée. Cela entraîne donc une plus importante décentralisation de pouvoir. Ils restent très sensibles à leur épanouissement tant professionnel que personnel dans le CHU. Toutefois, leur niveau d'implication renvoie à un désir de s'impliquer, de s'engager et de s'affirmer. Ce grade de médecins est sensible aux valeurs responsables. Ils représentent un groupe spontané qui développe une perception positive des avantages liées à l'intégration d'une culture de responsabilité.

Les résultats montrent que l'hypothèse H1b est confirmée. En effet, les médecins appartenant à des grades différents ont des priorités différentes. Les hospitalo-universitaires priorisent l'avancée médicale ainsi que la valorisation de leur résultats scientifiques. Les spécialistes tendent vers le renforcement de leurs compétences médicales et transversales. Leur priorité est tournée vers les participations actives dans des programmes de formation continue afin de prétendre à un avancement ou une promotion. Les résidents ont de leur côté un besoin

accru d'indépendance, d'innovation et de flexibilité. La prise en compte des besoins propres à chaque médecin permet d'orienter les valeurs organisationnelles qui découlent du leadership hospitalier. Les pratiques managériales doivent donc optimiser les intérêts propres à chaque grade.

Par ailleurs, le rapprochement entre les intérêts de chaque grade avec les intérêts communs renforce la responsabilisation partagée. Aussi, l'identification des besoins de chaque groupe de médecin permet de définir leurs sentiments, perceptions, facteurs de motivation et de démotivation. Cette identification réduit les sources d'incertitude et de perte de sécurité pour chaque grade. Cela permet aussi de réduire les sources de conflits qui émergent du besoin de valoriser les attentes de chaque grade. La réduction des sources de conflits renvoie à une perception positive de la responsabilisation partagée. Par ailleurs, cette responsabilisation est définie comme un moyen permettant de réguler les droits et obligations de tous les médecins en vue d'arriver un consensus.

6.3.2.1.1.3. Catégorisation en fonction de l'âge

Les résultats de la recherche montrent que l'âge des médecins détermine fortement leur niveau d'engagement dans la culture de responsabilité. La catégorisation par l'âge de la recherche comprend 4 différents groupes. Toutefois, deux groupes catégoriels font valoir des résultats plus significatifs. Ces groupes représentent les médecins juniors et les médecins séniors. La différence entre les valeurs propres à chaque groupe montre le poids du choc générationnel entre les deux. Les différences de perception, de priorité et de besoins étalent l'importance accordée aux composantes de l'environnement interne. Les médecins juniors se définissent comme un groupe ayant un attrait au sens de l'initiative et à la flexibilité.

La culture de responsabilité est donc perçue comme une opportunité d'affirmer leur compétence rapidement et non à travers l'avancement dans l'ancienneté. Ces médecins ont une sensibilité accrue aux valeurs sociétales. Ils perçoivent les retombés de la responsabilité partagée sur l'amélioration du management hospitalier. Ces médecins sont aussi fortement attirés à la polychronie. La diversification des tâches réduit la perception de la routine. Cette diversification renforce un dynamisme interne qui satisfait leur besoin d'apprentissage et de la relève des défis. Les médecins juniors sont très sensibles aux facteurs source de motivation. Le volontarisme volontaire représente alors un engagement interne visant à faire valoir leur niveau d'implication en interne.

Les médecins juniors ont besoin de représenter l'équipe dirigeante comme des leaders charismatiques. La confiance dans le leadership renvoie donc à une perception positive des résultats de la performance ainsi que l'adhésion aux valeurs sociales de l'équipe dirigeante. Un leadership transversal permet alors de renforcer ce niveau de confiance à travers la valorisation de leur savoir-faire et de leur savoir-être par l'équipe dirigeante. Cependant, les médecins juniors restent très subjectifs. Ils estiment que la dominance de la subjectivité renforce le besoin d'appartenance. L'appartenance aux groupes et aux CHU renforce leur niveau de motivation et d'implication. La part de l'irrationalité justifie ainsi leur attrait vers l'innovation, la prise de risque, la conduite du changement et leur niveau d'enthousiasme.

Les médecins juniors s'orientent vers attitude individualiste. Leur niveau de sensibilité à la culture de responsabilité est lié aux opportunités d'améliorer l'environnement de travail. La culture de responsabilité symbolise une composante permettant de rationaliser le management de l'ensemble des ressources afin d'optimiser la performance hospitalière. La culture de responsabilité est associée au renforcement de l'image de marque des CHU. Par ailleurs, la responsabilisation partagée permet de réduire l'impact des pressions de pouvoir. En effet, la perception d'un management rigide et autoritaire freine le sens de l'initiative des médecins juniors. De ce fait, la responsabilisation partagée est représentée par un facteur régulant le poids de la hiérarchie informelle. Il est à noter toutefois que l'existence de relations sociales fortes amplifie leur besoin de création de valeur avec une équipe composée d'acteurs facilitateurs.

Sur un autre plan, les médecins séniors partagent des valeurs opposées à celles des médecins juniors. Ces médecins valorisent les principes du collectivisme. Ils exercent une influence sur l'environnement interne afin de maintenir des valeurs organisationnelles existantes. Ces valeurs reflètent le respect des aînés et l'évitement des comportements non conformistes. Ils développent une méfiance vis-à-vis de toute action engendrant un changement adaptatif dans les CHU. Les variations internes doivent être en accord avec leur politique et leur perception des conditions optimales qui conduisent vers l'efficacité. Les changements internes doivent respecter les valeurs qui régissent les interactions interpersonnelles. Elles doivent aussi maintenir les repères organisationnels internes afin de réduire les sources de stress ou de surcharge au travail.

Les médecins séniors estiment que la performance dépend du niveau d'harmonie interne. Par harmonie, il faut comprendre le terme adéquat représentant le conformisme à la culture hospitalière. Par contre, les médecins juniors estiment que la transversalité managériale à travers un changement continu et flexible représente le pivot de la performance globale des

CHU. La culture de responsabilité des médecins juniors est associée aux facilitations procédurales permettant d'améliorer la performance sociétale. Par contre, la culture de responsabilité des médecins séniors est associée au maintien de l'équilibre interne à travers la résolution des limites organisationnelles. Elle représente alors un moyen d'engagement de tous dans l'identification et la minimisation de l'impact des incertitudes internes.

Ces résultats évoqués permettent de confirmer l'hypothèse H1c. En effet, les différences générationnelles engendrent un conflit générationnel basé sur l'opposition idéologique des valeurs de conduites. Les pratiques managériales doivent prendre en compte les besoins des groupes minoritaires ou à faible influence sociale. L'équipe dirigeante doit donc réguler les orientations du management hospitalier. Cela permet de trouver un accord entre le respect des valeurs des médecins séniors et l'introduction adaptatif des valeurs des médecins juniors. Les orientations des pratiques managériales permettent de réguler les échanges et les écarts en lien avec le choc générationnel.

L'équipe dirigeante doit mettre en place un management hospitalier permettant de renforcer les valeurs partagées sur un premier plan. Cela permet de renforcer la culture hospitalière à travers une adhésion optimale aux valeurs organisationnelles. Elle doit en second lieu sensibiliser les médecins séniors à l'importance du changement organisationnel. De ce fait, la prise en compte des spécificités propres à chaque catégorie générationnelle permet d'intégrer un management adapté aux attentes des médecins et de leurs services respectifs. Cela permet aussi de réguler les pressions sociales qui découlent de ces différences générationnelles. Toutefois, la prise en compte des besoins propre à chaque génération est confrontée à une limite interne.

Les membres composant l'équipe dirigeante représentent des médecins séniors à travers l'importance accordée au statut acquis. L'équipe dirigeante est principalement composée de médecins hospitalo-universitaires ayant une grande ancienneté. Leurs valeurs organisationnelles concordent avec les principes des médecins séniors. L'équipe dirigeante doit apprendre à prendre du recul vis-à-vis de ses propres perceptions et de ses propres valeurs organisationnelles. Cette distance permet à son tour de déterminer des pratiques managériales permettant de satisfaire au mieux toutes les générations de médecins indépendamment de ses convictions personnelles.

L'équipe dirigeante doit aussi dissocier entre ses valeurs et les valeurs tant majoritaires que minoritaires des médecins. Cette distinction aboutit à une rationalisation des perceptions des autres médecins. Cette rationalisation permet non seulement de renforcer la culture

hospitalière mais elle permet aussi d'appliquer un management renforçant une perception positive de la responsabilisation partagée. Cette perception positive reflète ainsi les efforts de l'équipe dirigeante dans la régulation des pressions sociales des groupes influents ainsi que sa propre influence exercée à l'encontre des médecins peu conformistes.

6.3.2.1.1.4. Catégorisation de la personnalité

Les chiffres de l'enquête exhibent que la personnalité des médecins justifie les besoins et les perceptions. La prise en compte des différences idéologiques existantes entre les personnalités accède à l'identification des besoins cachés et des besoins perceptibles des médecins. La catégorisation de la personnalité relève principalement de la qualité des affinités interpersonnelles dans les CHU. Elle justifie une auto-catégorisation en fonction des valeurs des médecins. Ces affinités constituent soit des groupes catégoriels, soit des groupes dispersés. Ce résultat montre que les catégorisations analysées précédemment évoquent l'adhésion à des valeurs construites propres aux groupes (grade, génération, sexe). Ces valeurs construites renvoient à une compréhension mutuelle qui s'inspire de l'idéologie de groupe. Ces valeurs représentent donc une construction sociale qui délimite une perception rationnelle et commune du management hospitalier.

La perception de la culture de responsabilité varie donc en fonction de la pression implicite du groupe visant à adopter une idéologie similaire dans le but d'y maintenir son appartenance et son adhésion. La sensibilisation à la responsabilité partagée doit être une valeur commune et non un acte isolé. Le partage d'une perception positive du renforcement de la culture de responsabilité accroît principalement la confirmation de valeurs visibles. Cela démontre que les groupes catégoriels précédents définissent les croyances et valeurs épousées. Ces croyances représentent des justifications sociales et idéologiques partagées par ces médecins en vue de contribuer positivement à l'exécution des philosophies, stratégies et objectifs dans les CHU. Ces valeurs épousées sont reliées à de fortes valeurs à travers une adhésion significative. Une contre-culture dans le cas de l'opposition entre les valeurs des médecins et les valeurs organisationnelles peut être une conséquence de ces valeurs épousées. Les catégorisations précédentes déterminent le niveau d'adhésion partagée des médecins aux processus et structures organisationnelles mises en place.

La catégorisation en fonction de la personnalité est une classification individuelle et non groupale. Elle démontre les orientations des valeurs personnelles des médecins. Celles-ci représentent des besoins inconscients qui sont une construction des expériences tant professionnelles que personnelles des médecins. Elles aboutissent à la personnalité innée des

médecins qui se constituent à travers la structure de l'éducation familiale. La personnalité innée détermine aussi la somme des croyances, perceptions, pensées et sentiments. Ces variables expliquent le niveau de sensibilisation aux valeurs responsables ainsi que la différence entre implication et action. En effet, l'existence de fortes valeurs responsables n'induit pas systématiquement une participation active. La personnalité des médecins détermine l'élément déclencheur ou freineur qui agit sur le renforcement de la culture de responsabilité.

La personnalité des médecins détermine les valeurs et principes de base des médecins. Par contre les autres catégorisations reflètent des valeurs construites qui déterminent des pratiques internes. Le grade, le sexe, et la génération conduisent à la définition même des rituelles, des héros et des symboles internes dans les CHU. La perception achemine donc bien plus à un paramètre individuel qu'à un paramètre de groupe. Les aboutissements de l'enquête ont montré que malgré les similitudes propres aux catégories sociales, les caractéristiques personnelles expliquent la dispersion des données. Cela justifie qu'il existe une minorité de médecins qui ne se catégorisent pas dans un groupe donné afin de valider leur croyance de l'environnement. Ils affirment leurs valeurs et principes indépendamment de ceux du groupe. Ces médecins sont enclins à affirmer leurs valeurs dans le cas où celles-ci s'opposent à celles partagées. Ils représentent des minorités pouvant impacter significativement sur les valeurs construites des groupes.

La personnalité des médecins détermine le comportement des médecins. Toutefois, ce comportement varie en fonction des spécificités de leur environnement. En effet, l'existence de pratiques managériales renforçant les facilitations internes consolide un comportement conciliant et intégrateur. Néanmoins, l'hostilité de l'environnement à travers la multiplication des contraintes internes renforcent un comportement non conformiste. Ces comportements varient en fonction des personnalités des médecins. Le niveau d'adhésion aux valeurs responsables et sociétales dépend alors non seulement de la personnalité des médecins mais aussi du comportement qui découle de ses interactions avec son environnement. Les valeurs partagées du groupe, de l'équipe dirigeante ainsi que les spécificités de la culture hospitalière, locale ou nationale impactent à des degrés différents sur la perception de la culture de responsabilité.

Ces résultats montrent que l'hypothèse H1d est rejetée. En effet, la prise en compte de la personnalité des médecins dans les pratiques managériales complexifie la normalisation des valeurs. Il est peu probable d'atteindre une adhésion optimale à l'ensemble des croyances organisationnelles et sociétales instaurées dans les CHU. La responsabilisation partagée est liée avant tout à une adaptation interne visant à concilier entre les besoins de l'ensemble des

médecins. Elle se parachève aussi aux différentes concessions réalisées par toutes les parties y compris par l'équipe dirigeante afin de renforcer la culture hospitalière.

Cela montre que l'équipe dirigeante doit prendre en compte les besoins tant individuels que les besoins des groupes afin de renforcer une sensibilité active aux valeurs sociétales et responsables. L'équipe dirigeante doit prendre conscience de la complexité de la personnalité des médecins. Elle doit ensuite adopter des comportements individualisés afin de valoriser la satisfaction des besoins de chaque médecin. La personnalité s'ajoute donc aux différentes spécifications propres à chaque catégorisation sociale. Elle permet de préciser les perceptions subjectives des médecins.

Il est utopique de confirmer que l'équipe dirigeante doit prendre en compte les spécificités personnelles de chaque médecin dans l'orientation de ses pratiques managériales. Il est tout autant utopique de satisfaire les besoins perceptibles et cachés de tous les médecins afin de renforcer la responsabilisation partagée. Toutefois, la prise en compte de la personnalité des médecins permet de réduire l'impact des acteurs confrontants et menaçants agissant sur l'harmonie du groupe. Elle facilite l'identification d'une méthode optimale de les gérer afin de réduire les sources de conflits qui peuvent découler de leur insatisfaction. La prise en compte des spécificités de la personnalité a pour objectif principalement la réduction des comportements non conformistes. L'identification des facteurs engendrant un désengagement sociétal ainsi qu'à la réduction du poids des pressions de pouvoir exercées par ces médecins fait partie de ces spécificités.

6.3.2.1.1.5. Catégorisation des spécificités culturelles des CHU

Il est important de dissocier entre la culture nationale organisationnelle, la culture locale et la culture hospitalière propre à chaque CHU. Les orientations de la culture nationale organisationnelle fait valoir des pratiques organisationnelles qui découlent des valeurs culturelles du pays. Ces orientations culturelles organisationnelles sont rajoutées aussi aux spécificités propres de la culture locale (comme la culture propre à chaque ville). Ces orientations déterminent le rapport à la décentralisation de pouvoir, aux priorisations et aux rapports des autres. La culture nationale et la culture locale influe directement et indirectement sur les valeurs de la culture hospitalière. Par ailleurs, celle-ci se définit aussi en fonction de ses spécificités internes comme les acteurs qui la composent ainsi que leur niveau d'adhésion aux valeurs partagées. Elle se définit aussi en fonction des politiques stratégiques mises en place par l'équipe dirigeante.

Les résultats montrent que les CHU se composent de médecins ayant des appartenances culturelles et ethniques différentes. Les CHU sont constitués d'une diversité de statuts, de valeurs et d'ethnies. La finalité est de réduire au maximum l'impact de ces différences afin de diminuer toute forme de discrimination sociale ou raciale. Les rapports sociaux entre les médecins doivent se limiter à leur niveau de collaboration et d'entraide. Les éléments tels que l'appartenance ethnique, régionale ou sociale limite la facette multiculturelle et interdisciplinaire des CHU. Les chiffres obtenus pendant l'enquête montrent que les médecins du CHU de Tlemcen ont une tendance élevée de conservatisme. L'appartenance ethnique a un impact dominant sur la qualité des rapports interpersonnels. La diversité n'est pas recherchée. Elle est plutôt perçue comme un risque de détérioration des valeurs propres des groupes et du CHU. Par contre, les autres CHU se focalisent sur les qualités sociales et professionnelles des médecins dans la finalité d'optimiser la performance hospitalière.

Les résultats montrent l'existence d'une multitude de sous-cultures. Celles-ci s'expliquent par une forte disparité entre les valeurs organisationnelles et les valeurs propres à chaque groupe de médecins. Cette disparité réduit l'adhésion aux valeurs partagées. Par ailleurs, l'enquête montre l'inexistence de fortes cultures hospitalières malgré une forte sensibilité aux valeurs responsables et sociétales. Les CHU algériens ne montrent pas l'image d'une forte culture de responsabilité des médecins. Par ailleurs, celle-ci représente une continuité d'une forte culture de responsabilité dans les CHU. La force de la culture hospitalière dépend du niveau d'engagement de l'ensemble des parties dans le renforcement de valeurs fortes et intégratrices. Elle s'explique par les orientations politiques et stratégiques mises en place par l'équipe dirigeante afin de renforcer une forte image des CHU.

Toutefois, l'équipe dirigeante ne peut à elle seule bâtir et renforcer la culture organisationnelle hospitalière. La culture de responsabilité des médecins dépend alors du niveau de responsabilisation partagée dans les CHU. Elle reflète la force de la culture de responsabilité hospitalière à travers la coalition et la synergie qui en découlent. Les observations montrent que l'hypothèse H1e est rejetée. En effet, la prise en compte des spécificités culturelles des CHU dans les pratiques managériales ne renforce pas la responsabilisation partagée.

Il est certes nécessaire de prendre en compte les caractéristiques environnementales internes et externes afin d'appliquer un management adapté au contexte des CHU. Nonobstant, la responsabilisation partagée dépend avant tout des acteurs qui composent les CHU. Elle dépend aussi de leur capacité à interagir, à limiter l'impact des pressions sociales et de pouvoir. La diversité sociale interne réduit le poids des spécificités culturelles régionales et locales des CHU. La responsabilisation partagée dépend donc avant tout de la perception de l'intérêt du

renforcement de la culture de responsabilité. Celle-ci est donc renforcée à travers la qualité du système social interactionnel. Le poids de la hiérarchie informelle peut donc soit la renforcer, soit la fragiliser. Cette dépendance s'articule autour du poids des valeurs construites au sein des CHU.

L'analyse des différentes hypothèses comprises entre H1a et H1e confirme l'hypothèse H1. En effet, la prise en compte de l'identité sociale des médecins dans les pratiques managériales affermit la responsabilisation partagée. Elle permet de comprendre les besoins individuels et les besoins de groupe ainsi que de comprendre la création des sous-groupes, des sous-cultures et des contre-cultures dans les CHU. Elle permet aussi de comprendre les rapports interpersonnels qui découlent de la confrontation des idéologies, croyances, coutumes, normes et valeurs.

L'identité sociale explique le poids et la perception de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins. Elle explique par ailleurs le déséquilibre de pouvoir qui engendre des pressions internes exercées à travers des jeux de pouvoir par des groupes majoritaires influents et des groupes minoritaires. La prise en compte de l'identité sociale permet de prendre conscience du poids du système social interactionnel sur l'adhésion aux pratiques managériales. Elle détermine aussi le poids de l'autorité formelle et informelle. Elle explique par ailleurs l'impact des composantes sociales interactionnelles sur la sensibilisation et sur le développement de la responsabilisation partagée.

6.3.2.1.2. Deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse vérifie si la normalisation des valeurs consolide la culture de responsabilité des médecins. Celle-ci permet par ailleurs d'analyser si la construction de nouvelles valeurs et la réduction de la comparaison sociale y contribuent significativement.

6.3.2.1.2.1. Construction de nouvelles valeurs dans les CHU

La construction de nouvelles valeurs dans les CHU dépend de la capacité de régulation et d'ajustement mutuelle dans les CHU. Elle reflète les concessions entreprises par les médecins et l'équipe dirigeante en vue de rapprocher leurs intérêts dans des valeurs communes. Elle dépend de la régulation des jeux interactionnels internes exercés entre différents groupes influents. La construction de nouvelles valeurs permet de rehausser une autorité formelle basée sur la confiance mutuelle et non sur la soumission hiérarchique. Elle régule le poids de la hiérarchie informelle afin de rationaliser les relations interpersonnelles. Cela a donc pour

objectif de limiter l'impact des conflits subjectifs internes sur la performance hospitalière dans les CHU.

La construction de nouvelles valeurs nécessite l'acceptation d'un changement adaptatif dans les CHU. Ce changement s'emploie à travers l'identification des risques et des limites sociales, organisationnelles et institutionnelles. Il se consacre aussi à travers une conduite de changement visant à réduire les situations d'incertitude qui découlent à l'incompréhension des visions et des valeurs. La construction de nouvelles valeurs se manifeste sous forme d'uniformité. Elle représente une manifestation d'acceptation des valeurs du groupe dans le but de maintenir sa position sociale dans le groupe. L'uniformité définit alors le poids de l'influence sociale que les médecins subissent. Elle définit aussi les avantages de facilitations acquises par l'autorité formelle et informelle.

La construction de nouvelles valeurs représente alors un modelage des comportements des médecins par rapport aux attentes des groupes majoritaires. Cela facilite et perdure leur intégration dans un groupe social dans les CHU. L'uniformité est indispensable dans les CHU régis par une forte hiérarchie informelle. Le poids du système social interactionnel priorise l'harmonie du groupe. La construction de nouvelles valeurs a pour finalité de réduire l'instabilité au travail à travers la réduction des comportements non conformistes. Elle intervient sur la qualité du climat interactionnel afin de renforcer les valeurs construites. Elle oriente l'influence du subjectivisme sur le sentiment de fierté liée à l'appartenance et la responsabilisation partagée.

La construction de nouvelles valeurs nécessite l'adoption de normes de conduites formelles et informelles dans les CHU. Elle facilite les échanges sociaux entre les acteurs et entre les groupes et améliore ainsi la communication horizontale et verticale dans les CHU. L'uniformité facilite la compréhension mutuelle. Cette compréhension réduit les facteurs générateurs de conflits interpersonnels. Elle intervient sur le plan individuel que sur le plan groupal et facilite l'intégration de l'ensemble des médecins malgré leurs différentes appartenances catégorielles. La construction de nouvelles valeurs renforce la pérennité dans les CHU. Elle consolide le lien entre le médecin et le système social, entre les médecins et leurs équipes de travail ainsi qu'entre les médecins et l'équipe dirigeante. L'uniformisation solidifie la performance individuelle à travers le maintien d'une intégration positive des médecins dans le groupe social. Elle renforce aussi la performance du groupe à travers l'amélioration des comportements interactionnels.

L'adoption de valeurs communes et acceptées de tous sensibilise les médecins à l'application de conduites optimales propres à chaque situation. Elle génère alors une définition et une réduction des risques organisationnels et sociaux liés à toute situation particulière. Les valeurs communes facilitent la consultation et la responsabilisation d'autrui dans les situations complexes. Cette coalition réduit les imprévus internes et sécurise les médecins. En effet, la réduction des facteurs de risques renforce le sentiment de sécurité des médecins. Cela produit une baisse du stress et de zones d'incertitudes dans les CHU. La construction de nouvelles normes représente une influence puissante du groupe vers l'individu. Elle est conduite par l'équipe dirigeante et par les groupes majoritaires ou influents. Toutefois, cette influence n'est pas totale. Les résultats démontrent qu'il existe des éléments n'ayant aucune attache particulière avec des groupes catégoriels. La construction de nouvelles valeurs n'est pas absolue et ne peut donc éliminer toute déviance ou influence minoritaire dans les CHU.

La construction de nouvelles valeurs représente une facilitation sociale. Elle renvoie à une modification des codes de conduite en fonction des spécificités propres aux acteurs qui composent les CHU. Les interactions sociales internes modifient considérablement les comportements, les perceptions et le niveau d'engagement et de performance des médecins. La construction de nouvelles valeurs s'effectue par l'élaboration de nouvelles normes, croyances et valeurs communes. Celles-ci sont acceptées, adhérees, partagées et véhiculées par l'ensemble des groupes de médecins. L'intention est d'arriver à un consensus visant à atteindre une facilitation sociale. La construction de nouvelles valeurs permet la prise en compte des attentes de tous les médecins. Elle réduit aussi l'écart des visions entre les médecins et l'équipe dirigeante.

La facilitation sociale prend en compte l'influence de chaque interaction et de chaque médecin dans le niveau de performance hospitalière. Cela montre que l'influence sociale n'est pas uniquement exercée par l'équipe dirigeante. Elle est exercée par l'ensemble des acteurs internes. Toutefois, le niveau de la pression sociale varie et régule le niveau de soumission et de conformité des acteurs aux groupes influents. La construction de nouvelles valeurs régule le système social. Toutefois, la fiabilité de ce système social est remise en doute dans le cas où l'équipe dirigeante est incapable d'intégrer les normes dominantes à l'ensemble des médecins. Ce système social reflète alors un dysfonctionnement qu'il faut définir et améliorer.

L'adhésion des médecins aux valeurs organisationnelles distingue deux effets. L'effet de coaction décrit l'importance de la responsabilisation partagée dans le renforcement de la culture de responsabilité. En effet, l'exécution des mêmes tâches d'une manière équitable et transparente régule la charge de travail et engendre un effet de la motivation mutuelle entre les

groupes. La responsabilisation partagée renforce donc l'engagement des médecins dans le travail d'équipe. La sensibilisation aux valeurs sociétales représente alors un fait accepté et adopté par tous. Cette généralisation est une perception cognitive de la culture de responsabilité comme levier de la performance sociétale dans les CHU. La coaction et l'implication de tous à travers la responsabilisation partagée renforce la compétition dans les équipes de travail.

La coprésence entraîne une rivalité positive qui produit un esprit de compétition en vue de représenter un acteur clé dans le renforcement de la culture hospitalière. Elle renforce aussi l'esprit d'imitation à travers l'accroissement de l'adoption du comportement individuel en fonction des orientations du comportement du groupe. La construction de valeurs représente alors un processus d'imitation interne qui est régulé en fonction du niveau de facilitation ou de limitation engendré par l'équipe dirigeante et par la majorité. Cela entraîne donc une augmentation de l'attention aux autres et aux CHU. Elle entraîne aussi une augmentation de vigilance vis-à-vis des groupes exerçant des pressions de pouvoir et dans un autre cas une motivation plus significative à travers l'intensification de l'activité corticosurrénale.

Le niveau d'adhésion des médecins aux valeurs évoque aussi l'effet d'audience. En effet, le regard d'autrui représente un facteur déterminant du niveau de sensibilisation et d'engagement des médecins. L'image renvoyée par autrui représente une influence considérable dans la force de la culture de responsabilité. Une perception positive de l'équipe dirigeante, des groupes influents ainsi que des équipes de travail détermine le niveau d'implication des médecins. Par ailleurs, si cette implication renforce la reconnaissance des compétences des médecins, leur sensibilisation aux valeurs et actions sociétales ont pour visée d'affirmer une image de responsabilisation ambitionnant de s'affirmer socialement dans les CHU. Par ailleurs, leur motivation au volontarisme sociétal reflète en premier ordre un besoin de renforcement de l'image de soi vis-à-vis du groupe, de l'équipe dirigeante et aussi de la société. Les efforts et des actions conduits par les médecins dans le cadre du renforcement de la culture de responsabilité doivent être perçus et reconnus dans leur environnement de travail. L'indifférence de l'équipe dirigeante du niveau d'implication des médecins entraîne donc un désengagement et une démotivation.

L'élaboration de valeurs communes permet l'adoption d'un comportement similaire qui est régi par des règles de conduites, des attitudes et des priorités partagées et intégrées. La construction de nouvelles valeurs va dans le sens d'une participation active dans une adhésion sociale et institutionnelle à la charte des CHU. Cependant, elle s'emploie par une adhésion sociale et non individuelle en faisant donc appel à la perception rationnelle du groupe et non aux perceptions subjectives individuelles des médecins. L'objectif est d'arriver à un consensus

créant des règles sociales communes. Ces règles assurent une évolution sereine dans les CHU et maintiennent l'harmonie interne et la paix sociale. Elles réduisent donc les sources de conflits à travers le partage des valeurs véhiculées. La construction de valeurs communes réduit le rejet de l'influence sociale de l'équipe dirigeante par le biais de la déviance et les processus d'influence minoritaire.

La construction de nouvelles normes se parachève par un apprentissage social qui optimise la valorisation des compétences de l'ensemble des médecins. Cet apprentissage permet aussi de réduire l'impact néfaste des acteurs confrontant qui agissent sur l'harmonie de groupe. La sensibilisation à la responsabilisation partagée passe avant tout par l'élimination des zones d'incertitude.

Les médecins doivent donc avoir une bonne compréhension des effets stratégiques de la responsabilisation partagée. Ils doivent aussi prendre connaissance de l'importance du renforcement de la culture de responsabilité dans les CHU. Cette connaissance s'applique aussi dans la compréhension des fondements même de la force de la culture hospitalière. Les médecins doivent maîtriser les fondements du post-new public management ainsi que les retombées sociétales de la mise en place d'un management responsable, d'un management par la sécurité et d'un leadership transversal. Cette maîtrise renforce alors la construction de nouvelles valeurs permettant de soutenir les intérêts communs à travers l'optimisation de l'épanouissement de tous dans les CHU¹.

Ces résultats montrent alors que l'hypothèse H2a est rejetée. La construction de nouvelles valeurs renforce la culture de responsabilité des médecins. Toutefois, il est nécessaire de réduire les sources des altercations ainsi d'apporter une compréhension transparente et uniforme de l'importance du renforcement de la culture de responsabilité dans les CHU. L'environnement hospitalier des CHU est régi par d'importantes influences sociales exercées par différents groupes. Les conflits qui découlent de la faible culture hospitalière complexifie la formalisation de valeurs partagées et consensuelles par les médecins dans les CHU en Algérie.

6.3.2.1.2.2. Réduction de la comparaison sociale

La comparaison sociale désigne un processus de référence interne. Il désigne le besoin des médecins d'évaluer leurs opinions, aptitudes, perceptions et niveau de motivation et

¹ Tedongmo Teko, H., Bapes Ba Bapes, Y., Influence sociale et leadership dans la direction des personnes, SociologieS, Revue en ligne, mis en ligne le 29/09/2010, consulté le 08/10/2016, accessible sur: <http://sociologies.revues.org/3204>

d'implication dans le renforcement des valeurs responsables dans les CHU. Cela s'applique aussi au renforcement de la culture de responsabilité. Les médecins en tant qu'individus se réfèrent donc aux orientations du groupe. Ils se réfèrent aux valeurs institutionnelles hiérarchisées et aussi aux idéologies propres à leur auto-catégorisation et de leurs groupes d'appartenance (formels ou informels). Les orientations de leurs valeurs se réfèrent à autrui à travers un champ de référence. Celui-ci se limite aux principes, normes et règles des groupes ou acteurs de référence. La comparaison sociale représente un besoin de recherche de stabilité à travers le rapprochement des groupes ayant des similarités qui se rapprochent aux médecins.

La comparaison sociale renforce la recherche du consensus au sein des sous-groupes des médecins qui se constituent à travers les groupes catégoriels ou des groupes sociaux informels. Le consensus dans les sous-groupes déduit l'importance du conformisme social. Celui-ci représente l'adhésion des médecins aux valeurs, opinions et actions des membres du sous-groupe. Le consensus dans le sous-groupe reflète alors une idéologie commune perçue comme une image véhiculée vers autrui. Ces sous-groupes développent des valeurs conduisant à des sous-cultures internes. Celles-ci peuvent, soit renforcer la culture hospitalière, soit représenter une contre-culture. Les divergences existantes entre les groupes catégoriels expliquent la difficulté d'atteindre une normalisation des valeurs partagées. Cette divergence développe à son tour les différentes pressions internes exercées sur le niveau du sous-groupe, du groupe catégoriel, de la relation avec l'équipe dirigeante et de la relation avec la structure hospitalière des CHU. La comparaison sociale entre les médecins appartenant à différents groupes catégoriels finit par une pression incitant à se plier au consensus. Elle dévoile aussi une contre-pression poussant à convaincre les autres acteurs à travers l'intégration de valeurs divergentes de celles majoritairement connues et adoptées.

La comparaison sociale représente un processus cognitif qui apprécie les similitudes et différences avec les autres médecins. Les médecins se forment principalement en fonction des classifications de la catégorisation sociale. Ils s'associent avec des médecins partageant des valeurs et idéologies semblables. Cette association renforce la perception des différences avec les autres groupes. Cela entraîne aussi une pression obligeant les médecins à pérenniser leur appartenance au groupe considéré comme de référence. La comparaison sociale est renforcée par un environnement incertain et déséquilibré. En effet, l'incertitude organisationnelle explique le manque d'adhésion et de confiance envers l'équipe dirigeante. De ce fait, les groupes influents comme les professeurs associent la valorisation d'un médecin à son grade. Cela démontre qu'une comparaison sociale détermine la perception de soi et des autres.

Les groupes influents se comportent différemment avec des médecins de grade professeur et des médecins de grade des généralistes ou des résidents. Cela prouve que la comparaison sociale justifie le poids des influences sociales internes. Par ailleurs, les différences dans l'ancienneté, dans le sexe, dans l'appartenance formelle et informelle reflètent des perceptions basées sur des comparaisons sociales. La comparaison sociale est un facteur simultanément positif et négatif pour le renforcement de la culture de responsabilité. En effet, elle accentue les différences entre les groupes. Ces différences représentent un facteur de la création des conflits et des jeux de pouvoir. Elle détériore par ailleurs la qualité de la dynamique relationnelle à travers le développement de coalition, d'exclusion, de favoritisme et de discrimination entre les groupes. La comparaison sociale renforce les collaborations sélectives dans les CHU, c'est une sélectivité rationnelle et irrationnelle qui peut impacter significativement sur la performance du groupe.

La comparaison sociale est un facteur renforçant la culture de responsabilité des médecins. La comparaison sociale fortifie le besoin de compétition et la motivation de s'impliquer efficacement dans les CHU. Elle est alimentée entre les différents groupes dans la finalité de déterminer sa puissance et le rôle stratégique que celui-ci engendre dans les CHU. La comparaison sociale représente aussi une référence sociale interne et une réalité sociale des différences et des consensus internes. Par ailleurs, le renforcement des valeurs responsables des médecins doit représenter une opinion partagée. Cette validation sociale s'accompagne d'une appréciation positive du niveau de sensibilisation et d'implication des médecins. De ce fait, le renforcement de la culture de responsabilité s'emploie tant sur le niveau individuel que sur le niveau du groupe. De l'adhésion sociale à intérêt de renforcement de cette culture émerge la satisfaction sociale. Elle engendre la motivation individuelle de s'impliquer dans la finalité de renforcer l'estime de soi dans le groupe. Elle atteint aussi une pression sociale à travers le conformisme à la normalisation des valeurs responsables comme norme interne dans les CHU.

Ces conclusions d'étude présentent l'hypothèse H2b comme étant rejetée. En effet, la réduction de la comparaison sociale réduit la perception des différences. Elle permet d'unifier les opinions et les attitudes. Celle-ci permet aux médecins de se focaliser sur les similitudes au lieu de souligner les limites et les divergences. Les médecins doivent donc se canaliser sur les intérêts du groupe afin de réduire les pressions engendrées par cette comparaison. La comparaison sociale permet d'ajuster l'opinion et les valeurs des médecins à celles de la majorité. Toutefois, elle ne permet pas d'ajuster les comportements de l'ensemble des médecins. Il existe donc un groupe qui a tendance à se soumettre et un groupe qui renforce une déviance à travers la rébellion. La dominance de la rationalité dans les rapports interpersonnels

réduit le poids négatif des comparaisons latérales, descendantes et ascendantes. Par ailleurs, la réduction de la comparaison sociale s'accompagne de la volonté consensuelle de les abaisser. Cette baisse reflète les concessions de l'équipe dirigeante et des médecins dans l'alignement de l'ensemble des médecins sur un même niveau d'importance et de puissance en dépit des différences catégorielles.

La réduction de la comparaison sociale réduit l'attribution des médecins comme des acteurs inférieurs ou supérieurs à la perception personnelle de soi et des autres. La standardisation des comportements réduit la comparaison latérale. Celle-ci affaiblit l'influence de la comparaison du soi aux médecins appartenant au même groupe catégoriel. Elle réduit la comparaison ascendante à travers le traitement des groupes influents comme étant des acteurs neutres. Elle réduit finalement la comparaison descendante visant à diminuer les pressions, intimidations et discriminations développées envers les médecins de catégories inférieures. La réduction de la comparaison sociale amollit donc les différences entre les hommes et les femmes en favorisant la compétence au détriment de l'ancienneté et du grade. Elle défend autant le renforcement de la hiérarchie formelle que l'autorité informelle.

Les conclusions de l'observation effectuée affichent par contre l'importance du système social interactionnel dans les CHU algériens. Le subjectivisme domine et influe sur les rapports interpersonnels. Il est utopique d'intégrer de modifications radicales dans la culture hospitalière dans les CHU. La comparaison sociale délimite les symboles internes en renforçant donc la culture de responsabilité. Elle s'opère à travers l'influence des groupes influents dans l'acceptation de la responsabilisation partagée. Le poids de la hiérarchie et de l'autorité informelle doivent valider l'image de l'interdépendance entre la responsabilisation et l'harmonie au travail. L'équipe dirigeante doit donc réguler la comparaison sociale. Celle-ci doit donc renforcer la comparaison latérale en premier lieu. Elle doit positionner la comparaison ascendante comme un facteur de motivation et non de pression. Elle doit toutefois, intégrer des valeurs d'acceptation et d'intégrité afin de réduire les influences découlant de la comparaison descendante.

L'analyse des sous-hypothèses H2a et H2b induit le rejet de m'hypothèse H2. Même si la normalisation des valeurs renforce la culture de responsabilité, toutefois, le poids des influences informelles limite la normalisation des valeurs. Il est donc indispensable de réduire les sources d'insatisfaction des médecins en premier lieu. En deuxième lieu, il est important de renforcer la culture hospitalière à travers la mise en place d'une politique consensuelle réduisant la déviance. Le renforcement de la culture hospitalière permet à son tour d'arriver à une normalisation des valeurs organisationnelles dans les CHU algériens.

La culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens relève donc du degré de proximité avec l'équipe dirigeante. Elle relève aussi d'une comparaison sociale visant à auto-valoriser la position sociale individuelle comparativement à celle du groupe. L'influence sociale entraîne donc un renforcement des valeurs responsables. Toutefois, la normalisation des valeurs restent peu réalisable à cause du manque d'orientation de l'équipe dirigeante dans des démarches qualitatifs visant à introduire des normes d'amélioration continue interne.

6.3.2.1.3. Troisième hypothèse

Les médecins des CHU algériens accordent une grande importance à l'harmonie de groupe et à la qualité des relations interpersonnelles. La validation sociale découle donc d'un conformisme à l'équipe dirigeante et aux groupes influents.

6.3.2.1.3.1. Pressions sociales internes dans les CHU

Les pressions sociales internes résultent des interactions internes dans les CHU. La relation entre les médecins et l'équipe dirigeante varie en fonction du poids que la première accorde à l'autorité informelle. Le poids de la hiérarchie informelle et de la non-distinction entre les rapports professionnels et les rapports privés complexifie les jeux interactionnels internes. Les médecins sont donc enclins de se soumettre au conformisme organisationnel afin de maintenir la stabilité au travail ainsi que la qualité du bien-être social. Ces deux points sont stratégiques car ils conditionnent les opportunités de valorisation et de promotion des médecins. Ils conditionnent aussi la performance hospitalière dans les CHU. Ces conclusions montrent que l'hypothèse H3a est validée. En effet, les pressions sociales internes renforcent la culture de responsabilité des médecins. Les pressions internes aboutissent à un conformisme visant à généraliser un comportement adéquat convergent vers l'adhésion aux valeurs partagées.

La validation sociale et l'importance de la comparaison sociale marquent le poids des pressions sociales. Les médecins doivent donc se conformer aux idéologies du groupe afin de maintenir leur appartenance. Les valeurs du groupe catégoriel d'appartenance représentent des normes de conduites symbolisées par une sous-culture. La pérennité de l'appartenance au groupe est conditionnée par la capacité à adhérer à ses valeurs. Des pressions sociales informelles et implicites s'emploient afin de créer une normalisation des valeurs au sein des sous-cultures hospitalières.

De ce fait, l'équipe dirigeante joue un rôle central dans la sensibilisation des groupes influents, des héros et symboles internes au renforcement de la culture de responsabilité. Leur

attrait positif dans son renforcement permet de réguler et de converger les sous-cultures hospitalières propres à chaque groupe dans le renforcement d'une forte culture hospitalière. Les pressions sociales engendrent donc des pressions de pouvoir. Toutefois, la régulation des orientations des groupes ou acteurs influents font naître des pressions positives visant à généraliser la responsabilité partagée ainsi que la responsabilisation individuelle dans des actions sociétales dans les CHU. L'identification des sources internes renforçant les pressions de pouvoir doivent être contactées afin de réduire les jeux de pouvoir qui impactent négativement sur la performance hospitalière. L'intégration d'une influence vers la responsabilisation partagée et l'auto-responsabilisation favorise alors une démarche intégrative incitant à la culture de responsabilité.

6.3.2.1.3.2. Peur de l'exclusion dans les CHU

L'importance accordée à l'appartenance aux groupes informels se termine par une forte peur d'exclusion sociale dans les CHU. De ce fait, les médecins adoptent principalement des valeurs épousées même si elles sont contre leurs principes personnels. Cette soumission à l'influence représente une peur d'exclusion et d'isolement. Les résultats montrent que les médecins de l'étude valorisent l'auto-catégorisation. L'appartenance à un groupe est primordiale afin de faire face aux pressions de pouvoir qui régissent le climat organisationnel. Par ailleurs, une forte sensibilisation et un fort engagement de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité induit une motivation au volontarisme. Cependant, cela n'est entraîné que dans le cas d'une validation et d'un soutien des groupes influents.

L'influence est perceptible aussi dans les orientations managériales internes. Ces résultats montrent alors que l'hypothèse H3b est confirmée. La peur de l'exclusion renforce bien la culture de responsabilité des médecins dans la condition où les valeurs de responsabilisation partagée sont approuvées et soutenues par les groupes influents dans les CHU. Le conformisme découle donc de l'influence sociale exercée directement ou indirectement par l'équipe dirigeante. L'hypothèse H3 est donc bien validée. En effet, le conformisme aux valeurs partagées des groupes influents renforce la culture dans la mesure où elle est conduite comme une action validée sur le plan organisationnel et social.

6.3.2.1.4. Quatrième hypothèse

La quatrième hypothèse permet d'apprécier la relation entre la mise en place d'un post-new public management et la culture de responsabilité des médecins. Elle englobe différents points comme l'adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante. Elle traite aussi de la confiance

dans le leadership et dans la confiance réciproque entre l'équipe dirigeante et les médecins. Finalement, elle analyse aussi l'impact de l'engagement de l'équipe dirigeante dans des actions sociétales.

6.3.2.1.4.1. Adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante

Le niveau d'adhésion des médecins aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante démontre le niveau de leur satisfaction aux orientations managériales. Il dénote aussi leur satisfaction des politiques stratégiques assignées dans les CHU. Le niveau d'adhésion des médecins à ces valeurs véhicule l'image perçue par l'équipe dirigeante. Il véhicule aussi la force de ces valeurs dans la satisfaction de l'ensemble des besoins des parties prenantes. Ces besoins dérivent vers l'amélioration des prestations de soin, l'amélioration de la performance hospitalière de groupe ainsi que vers l'épanouissement des médecins afin de valoriser la création de valeur.

Une forte adhésion réduit le développement des contre-cultures. Cela renforce la culture hospitalière à travers le renforcement de normes et des principes internes. Une forte adhésion réduit les sources de conflits internes et aussi la dispersion et l'affirmation des différences entre les groupes catégoriels et entre les différents corps. De ce fait, la mise en place de fortes valeurs organisationnelles consensuelles permet d'identifier les médecins comme un groupe unis avec des valeurs et visions communes et convergentes. Cette conformité entre les médecins réduit le poids de l'autorité informelle. Elle renforce une transparence et une équité organisationnelle. Cette équité renforce à son tour la motivation des médecins à travers leur volonté de s'impliquer sur le plan sociétal dans les CHU.

Ces résultats pratiques montrent que l'hypothèse H4a est confirmée. En effet, l'adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante renforce la culture hospitalière des médecins. Toutefois, l'équipe dirigeante doit prendre conscience des changements internes à opérer dans la finalité de renforcer le niveau d'adhésion aux valeurs organisationnelles. La première étape consiste à mettre en place des actions visant à identifier les réels besoins et attentes des médecins. La deuxième étape permet ainsi de réguler les pratiques managériales dans la visée de favoriser la confiance dans le leadership et la satisfaction du management hospitalier. Cette satisfaction entraîne une volonté d'implication à long terme par les médecins. Cette volonté est accrue à travers la perception de l'engagement de l'équipe dirigeante dans leur épanouissement personnel et professionnel.

La troisième étape consiste à affirmer le poids de l'autorité formelle à travers la réduction du poids de la hiérarchie informelle. L'objectif est de sensibiliser à la rationalisation des processus et des interactions sociales internes. Cela a pour but de renforcer l'interdépendance entre les médecins. Cette interdépendance est réalisée à travers le poids de la comparaison sociale interne. L'équipe dirigeante doit donc définir la responsabilité partagée comme un moyen permettant de faciliter le travail de toutes les parties à travers une délégation efficiente et équitable entre l'ensemble des acteurs. L'image de l'interdépendance réduit le poids de la comparaison ascendante. Elle réduit ainsi la perception des peurs liées à l'exclusion, à la non-valorisation des compétences et aux barrières sociales internes. L'affirmation de l'autorité formelle régule les jeux de pouvoir exercés entre les différents groupes. Elle identifie l'équipe dirigeante comme acteur unique d'influence sociale. Toutefois, cette autorité doit être transversale et non autoritaire.

La quatrième étape étudie la responsabilisation des médecins dans le renforcement de la culture hospitalière et dans l'engagement à long terme. Deuxièmement, elle doit formaliser des valeurs qui régissent les conduites, les principes et les pratiques tant organisationnelles que sociales dans les CHU. Ces nouvelles normes doivent être véhiculées par une image de changement adaptatif qui réduit les incertitudes, les risques et les limites de l'ensemble des médecins. La définition même de l'importance d'une forte culture hospitalière à travers une adhésion significative aux valeurs partagées renforce les valeurs responsables.

Les médecins montrent alors la volonté de s'impliquer efficacement dans des démarches d'amélioration continue en interne. Ils développent alors une sensibilité vers la responsabilité sociétale qui permet à son tour de renforcer la sensibilisation à la culture de responsabilité des médecins. Cependant, l'importance de la culture de responsabilité doit être véhiculée sur tous les niveaux et sur tous les corps hospitaliers. Elle doit représenter une philosophie hospitalière des CHU.

Les résultats réels et pratiques de l'enquête dévoilent que les médecins ont une plus forte adhésion aux valeurs des chefs de service. Par contre, une perception négative de la direction des CHU engendre un manque d'adhésion aux valeurs institutionnelles. L'équipe dirigeante doit donc définir les limites qui finissent à cet écart d'adhésion entre les chefs de services et la direction. La direction doit par ailleurs s'investir dans l'instauration d'un rapport de proximité avec les médecins. Le poids des procédures administratives influe négativement la confiance envers la direction.

Celle-ci doit donc utiliser l'influence positive des chefs de service pour renforcer une adhésion optimale à des croyances et règles communes. En premier lieu, elle doit sensibiliser les chefs de service à l'importance de la culture hospitalière et ensuite décloisonner les services afin de faciliter les échanges et les collaborations entre ces services. Ce décloisonnement réduit ainsi les rivalités, les collaborations sélectives ainsi que les divergences entre les sous-cultures propres à chaque service dans les CHU.

6.3.2.1.4.2. Confiance dans le leadership

Les conclusions pratiques de la recherche démontrent une forte confiance dans le leadership hospitalier. Toutefois, cette confiance est déterminée uniquement en fonction des rapports existant entre les médecins et leurs chefs de service. Les rapports entre les médecins et la direction restent rigides et fortement hiérarchisées. Les médecins ont donc une perception positive des chefs de service. Par contre, les médecins ne distinguent pas entre la fiabilité et la personnalité des chefs de service. Ces responsables sont perçus et appréciés en fonction de leur savoir-être, de leur savoir-faire, de leur compétence mais aussi de la qualité du climat interactionnel entre les deux parties.

L'existence de relations informelles fortes entre les deux parties renforce la confiance dans le leadership. Les chefs de service représentent alors des modèles internes. Ils symbolisent des leaders charismatiques reflétant l'image du médiateur et des héros internes. La perception du leadership est liée à la perception de la personne. Une perception positive de la personnalité des chefs de service renforce la confiance dans le leadership. Par contre, une perception négative de leur personnalité induit une méfiance et un manque de conformisme. Celui-ci engendre une insatisfaction subjective du leadership ainsi qu'un manque d'adhésion aux valeurs personnelles et organisationnelles.

Les résultats confirment la validation de l'hypothèse H4b. en effet, la confiance dans le leadership renforce la culture de responsabilité des médecins. Cette confiance induit une adhésion aux valeurs professionnelles et personnelles de l'équipe dirigeante. Elle se traduit par une satisfaction des pratiques managériales et de la qualité des rapports d'échanges entre les deux parties. La confiance dans le leadership réduit la perception des peurs vis-à-vis de l'incertitude et de l'insécurité organisationnelle. Avec l'importance accordée à l'appartenance et au besoin d'estime, la confiance dans le leadership est liée au renforcement de l'image des CHU comme une famille.

Les rapports de protection des autres, de l'harmonie et du bien-être au travail représentent des variables qui définissent la confiance dans le leadership par ces médecins. Ils estiment alors que l'existence de relations informelles fortes renforce les valeurs d'appartenance et de responsabilisation. Celle-ci développe la conscience collective dans la finalité de créer l'harmonie. Elle développe aussi la peur de décevoir le groupe ou son leader charismatique. Ce résultat confirme encore une fois le rôle stratégique de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité. Leur influence oriente les médecins vers l'importance de normes responsables visant à prendre conscience de l'engagement de tous dans des actions sociétales.

6.3.2.1.4.3. Confiance réciproque entre l'équipe dirigeante et les médecins

Les conclusions pratiques de l'étude réelle effectuée dévoilent qu'il existe une différence entre la confiance dans le leadership et la confiance réciproque. En effet, la confiance dans le leadership représente une confiance ascendante. Celle-ci impacte sur le conformisme aux normes et règles de conduite interne. Cette confiance limite l'impact des groupes minoritaires et des contre-influences. Par contre, la confiance réciproque entraîne le renforcement des valeurs de responsabilité. Elle engendre une tendance vers la normalisation des valeurs sans pour autant faire appel aux pressions de pouvoir conduites par un conformisme forcé. La confiance réciproque démontre une sincérité entre les deux parties, l'équipe dirigeante se base sur une image de valorisation professionnelle et personnelle des médecins. La confiance descendante se déploie par une décentralisation de pouvoir décisionnelle. Cette décentralisation dénote une confiance dans les compétences des médecins. Le travail en réseau à travers une consultation transparente des médecins réduit la comparaison descendante ainsi que les pressions informelles de pouvoir.

La confiance descendante est favorisée par la mise en place d'un leadership transversal. Celui-ci favorise la liberté d'exécution, la transparence, la consultation des médecins et la prise en compte des besoins de toutes les parties. La confiance descendante entraîne à son tour un renforcement de la confiance dans le leadership. Une confiance dans les intentions visibles et cachées de l'équipe dirigeante renforce l'adhésion des médecins aux valeurs. La confiance réciproque démontre alors que les intérêts de l'équipe dirigeante convergent avec les intérêts des médecins. Ces constatations confirment la validation de l'hypothèse H4c. En effet, la confiance réciproque réduit l'instabilité au travail. Elle permet par ce biais de réduire les comportements non conformistes à travers la régulation du climat interactionnel entre les deux parties.

La confiance réciproque entre les médecins et l'équipe dirigeante a un impact sur la qualité des collaborations entre les médecins et les autres corps hospitaliers. En effet, l'harmonie au travail réduit les sources de tensions. La confiance réciproque représente un facteur de renforcement de la culture hospitalière à travers une amélioration de son image. Elle favorise une compréhension mutuelle principalement pour réduire le choc générationnel qui engendre les influences des groupes dominants et minoritaires. La confiance réciproque favorise une sensibilisation à l'engagement à long terme. Elle régule par ailleurs le subjectivisme en se focalisant sur la synergie des équipes de travail. La confiance réciproque a aussi un impact sur la satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail. Elle responsabilise l'ensemble des parties à une contribution positive dans le maintien des ressources de travail.

La confiance réciproque favorise une implication intégrale des médecins et de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité. Elle responsabilise toutes les parties à l'intégration des facteurs engendrant une motivation au volontarisme sociétal. Elle implique aussi les deux parties dans la canalisation des facteurs renforçant le désengagement sociétal. La confiance réciproque renforce alors les valeurs de responsabilité des médecins et de l'équipe dirigeante. Elle permet de montrer le niveau d'engagement des deux parties dans la conduite d'un changement évolutif dans les CHU.

6.3.2.1.4.4. Engagement de l'équipe dirigeante dans des actions sociétales

Les résultats de l'étude pratique montrent l'importance accordée à la confiance professionnelle et personnelle de l'équipe dirigeante par les médecins. Le niveau d'engagement des médecins dans les CHU est proportionnel au niveau de l'implication de l'équipe dirigeante. En effet, celle-ci ne peut pas développer la culture de responsabilité des médecins sans une adhésion majoritaire dans sa conduite. En effet, l'existence d'une équipe dirigeante motivée ne peut entraîner des changements progressifs sans le soutien et le suivi des médecins. Cela montre la relation interdépendante entre les deux parties. Sur un autre plan, l'engagement de l'équipe dirigeante représente le facteur central de la motivation au volontarisme sociétal. Cet engagement détermine aussi l'adhésion aux valeurs de responsabilité partagée.

Ces résultats montrent que l'hypothèse H4d est confirmée. En effet, la sensibilisation des médecins à leur culture de responsabilité dépend des efforts de l'équipe dirigeante. Celle-ci doit en premier lieu introduire l'importance de la conduite d'actions sociétales dans l'amélioration de la performance sociétale. La sensibilisation à la culture de responsabilité s'accompagne de journées de sensibilisation aux valeurs de développement durable, au

dialogue social et au management responsable ou transversal. Toutefois, l'équipe dirigeante ne doit pas arrêter son implication qu'à l'organisation de journées de sensibilisations. Elle doit intégrer des actions sociétales dans sa stratégie de déploiement. Ces actions sociétales doivent ensuite être conduites conjointement avec les médecins en vue de favoriser une transversalité entre les deux parties. L'implication des médecins dépend aussi du niveau de sécurisation de l'environnement et des procédures par l'équipe dirigeante.

Les médecins ont besoin d'être sensibilisés, formés et encadrés par l'équipe dirigeante dans la réalisation de ces actions. Ces actions peuvent toutefois représenter soit des projets à objectifs, soit des renforcements de philosophies, d'attitudes et de valeurs visant à varier les comportements individuels, de groupe et interactionnels. La culture de responsabilité s'accompagne de la réduction des sources de risques et d'incertitudes. Les médecins doivent donc prendre conscience de l'impact de leurs décisions sur l'harmonie de travail ainsi que sur la performance hospitalière. Par contre, ces médecins ont besoin de percevoir une volonté soulignée par l'équipe dirigeante dans le soutien et la conduite à terme des efforts fournis. De ce fait, la responsabilisation partagée est conditionnée par le niveau d'engagement de l'équipe dirigeante et par le niveau d'adhésion des médecins aux valeurs et actions véhiculées.

L'analyse des 4 sous hypothèses permettent d'analyser l'apport de l'intégration du post-new public management dans les CHU algériens. Les résultats affichent que le management hospitalier reste bureaucratique. Les CHU n'appliquent pas des valeurs et des conduites visant à instaurer le post-new public management dans les orientations du management hospitalier. Son intégration dépend de la régulation de plusieurs paramètres. En effet, cela nécessite de revoir en premier lieu le niveau de transversalité du leadership appliqué. Par ailleurs, l'existence d'un leadership flexible qui engendre une confiance réciproque permet une adaptation plus souple des pratiques managériales malgré la résistance aux changements de quelques groupes de médecins.

Le post-new public management doit se déployer à travers des compétences organisationnelles et sociales spécifiques. L'équipe dirigeante doit être composée d'acteurs formés et conscients des démarches d'un management responsable par la sécurité. L'équipe dirigeante doit ensuite identifier les acteurs influents qui impactent sur les idéologies des médecins. Elle doit identifier dans la même lignée les médecins ayant un attrait pour le management et l'entrepreneuriat. Le choix de ces types d'acteurs représente alors le pivot des influences dans le développement de la responsabilisation partagée. Le post-NPM bouleverse les repères internes à travers les différents changements qu'il opère dans les CHU. Les médecins doivent donc percevoir les avantages liés à la conduite du changement interne.

Le post-NPM doit renforcer l'accès aux formations ainsi que l'amélioration des conditions de travail dans les CHU. Il engendre à travers ces actions un renforcement de la culture hospitalière. Ce renforcement induit une régulation sociale qui favorise la qualité du climat interactionnel et la force de la culture de responsabilité des médecins. Ces chiffres dévoilent que l'hypothèse H4 est confirmée. L'application du post-new public management engendre une culture de responsabilité des médecins à travers les actions mises en place. Sa conduite est possible au sein des CHU algériens. Celle-ci dépend alors du niveau d'implication de l'équipe dirigeante dans son développement. L'application du post-NPM permet aussi de réguler le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante. Il engendre des échanges rationnels basés sur la confiance réciproque.

6.3.2.1.5. Cinquième hypothèse

La dernière hypothèse met en lien la qualité du climat interactionnel avec la force de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens. Elle permet ainsi d'analyser son lien avec la régulation entre la hiérarchie formelle et informelle, l'harmonie au travail et la réduction des comportements non conformistes.

6.3.2.1.5.1. Régulation entre la hiérarchie formelle et informelle

Les résultats pratiques soulignent le poids de la hiérarchie informelle. La domination de l'autorité informelle dénote une fragilité de l'autorité formelle. Cela montre que la hiérarchie formelle souligne une forte résistance et un manque d'adhésion. La dominance du subjectivisme est lié à l'importance des interactions sociales entre les médecins et l'équipe dirigeante. Ces médecins empruntent la hiérarchie informelle afin de pérenniser leur appartenance dans les groupes de références. Leurs appartenances sociales auto-catégorielles font découler des facilitations organisationnelles et structurelles. Toutefois, la hiérarchie informelle amplifie le favoritisme, l'exclusion, les discriminations et les pressions de pouvoir. Ces influences sont engendrées par des groupes influents à travers des jeux de pouvoir.

La hiérarchie informelle renforce la création de conflit à travers le manque de distinction entre les perceptions personnelles et les perceptions professionnelles. La hiérarchie informelle provoque une influence sur les rapports entre les médecins et l'équipe dirigeante. Elle agit aussi sur la relation entre les groupes de médecins ainsi qu'entre ces derniers et l'équipe dirigeante. Elle régule par ailleurs l'ensemble des interactions internes entre les différentes parties prenantes dans les CHU. Ces conclusions montrent inéluctablement que l'hypothèse H5a est confirmée. En effet, l'équipe dirigeante joue un rôle central dans la régulation entre la hiérarchie

formelle et informelle. La hiérarchie formelle doit représenter une autorité formalisée à travers laquelle la performance hospitalière est optimisée.

La hiérarchie informelle doit donc représenter les relations interpersonnelles comme n'ayant pas un impact significatif sur l'efficacité des équipes de travail. Les relations interpersonnelles entre les médecins et l'équipe dirigeante ont pour visée de renforcer la confiance professionnelle et non la remettre en cause. La régulation entre la hiérarchie formelle et informelle facilite l'atteinte d'un équilibre harmonieux permettant de renforcer l'esprit de famille à travers une adhésion optimale aux valeurs de l'équipe dirigeante. Cette régulation réduit l'impact des influences exercées par les groupes influents qui représentent une autorité informelle. La réduction des différentes sources de pressions améliore le bien-être au travail. Celui-ci favorise à son tour une équité qui incite au renforcement des valeurs responsables.

6.3.2.1.5.2. Harmonie au travail

Les résultats pratiques dérivant de l'enquête effectuée au niveau de certains hôpitaux universitaires en Algérie mentionnent l'importance qu'accordent les médecins à l'harmonie au travail. Cette harmonie reflète le bien-être au travail à travers la réduction du stress et des facteurs à risque. L'harmonie au travail est interdépendante avec la qualité des conditions de travail. Elle reflète la disponibilité de l'ensemble des ressources ainsi que la mise en place d'actions visant à assurer la sécurité et la santé au travail. La qualité des conditions de travail assure donc une stabilité au travail à travers la réduction des sources de burnouts dans les CHU. L'harmonie interne est intimement liée à la dominance du subjectivisme. Son maintien définit l'ensemble des pressions de pouvoir ayant pour finalité d'imposer un conformisme.

La recherche de cette harmonie explique aussi le renforcement des influences minoritaires qui engendrent un doute dans la soumission à l'autorité formelle et informelle. Toutefois, la recherche de cette harmonie aboutit à des différends internes entre les différents groupes de médecins ainsi qu'entre les médecins et l'équipe dirigeante. En effet, les divergences naissent des définitions différentes de l'harmonie au travail. Les médecins seniors associent l'harmonie au travail à la réduction des comportements individualistes. L'harmonie reflète alors le degré de conformisme des médecins aux groupes influents. Par ailleurs, la promotion par ancienneté et le respect des aînés représentent deux paramètres qui définissent un environnement perçu comme harmonieux dans les CHU.

Les médecins juniors associent par contre l'harmonie au travail à la réduction des acteurs engendrant des pressions de pouvoir. L'harmonie au travail reflète plutôt un

environnement flexible qui incite au sens de l'initiative et au changement. L'harmonie au travail représente aussi un leadership transversal qui souligne l'importance d'une responsabilité partagée et d'une participation active sans comparaison sociale.

La définition de l'harmonie varie aussi en fonction de la personnalité des médecins. Les médecins de la personnalité rouge l'associent à l'élimination des facteurs réduisant la compétitivité comme la bureaucratie. Les médecins de la personnalité bleue la définissent par la réduction du subjectivisme et du poids de la hiérarchie informelle. Les médecins de la personnalité verte associent l'harmonie au travail au calme, à la modestie et au consensus. Finalement, les médecins de la personnalité jaune définissent l'harmonie à travers la qualité du système social interactionnel. Elle est donc atteinte à travers l'optimisme des relations informelles.

Ces résultats démontrent aussi que les divergences liées à la définition et à la perception de l'harmonie engendre des influences sociales exercées par l'ensemble des parties. Cela montre que l'hypothèse H5b est inéluctablement rejetée. En effet, la recherche de l'harmonie au travail engendre des pressions qui découlent principalement de la part les médecins séniors. L'harmonie au travail doit optimiser le bien-être au travail de tous les médecins. Celle-ci doit donc satisfaire au mieux les besoins propres de chaque groupe de médecins. L'harmonie au travail doit avoir une définition normative qui converge et réunit l'équipe dirigeante et les médecins. Elle dépend du degré des concessions à réaliser par l'équipe dirigeante et par chaque groupe catégoriel des médecins.

L'harmonie au travail permet certes de renforcer la culture de responsabilité des médecins à travers la régulation de la dynamique relationnelle mais toutefois, la perception du changement interne comme un risque organisationnel par les médecins séniors limite la normalisation de l'harmonie interne. Les résultats dénotent que les pressions de pouvoir ont pour finalité d'assurer un conformisme à la définition de l'harmonie interne des groupes influents. Par contre, ce conformisme engendre des comportements de 'je m'en-foutistes', il renforce aussi les facteurs du désengagement sociétal des médecins dans les CHU algériens.

6.3.2.1.5.3. Réduction des comportements non conformistes

Le bilan pratique tiré de l'enquête montre que les comportements non conformistes représentent des réponses à l'insatisfaction des politiques et du style managérial hospitalier par les médecins. Ces comportements reflètent une participation aux activités syndicalistes et grévistes. Ils représentent des actes isolés ou des actes groupés. Les actes isolés représentent

des comportements laxistes, 'je m'en-foutistes' et désengagés. Leur insatisfaction engendre une indifférence face au devenir des CHU. Cette indifférence renforce leur démotivation qui se traduit par une perception de non appartenance aux CHU. Les actes groupés reflètent par contre des actions ayant pour objectif d'imposer une contre influence. Ces comportements non conformistes justifient le manque d'adhésion aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante.

Il est important de mentionner que les comportements non conformistes impactent simultanément d'une façon positive et négative sur le renforcement de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens. Son impact négatif représente l'instabilité au travail ainsi que la perturbation de la qualité de l'environnement interne. Ces comportements agissent sur la performance hospitalière à travers le changement des programmes de management des soins et des patients. Ils touchent aussi l'image de marque des CHU. Ces actions donnent naissance à une rébellion interne visant à remettre en doute l'autorité formelle et les choix décisionnels.

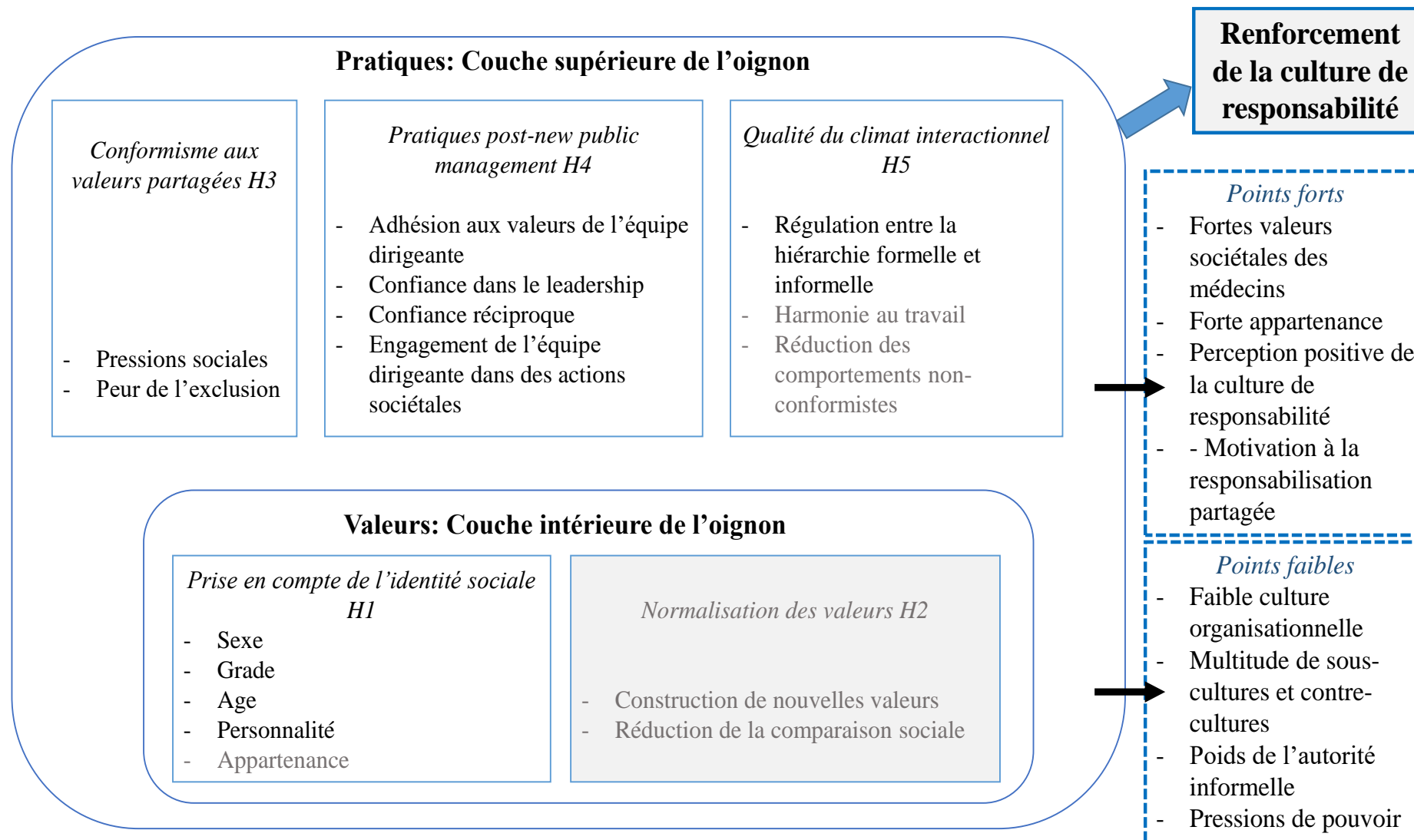
Sur un autre plan, ces pressions ont un effet positif sur le renforcement de la culture de responsabilité. En effet, ces comportements non conformistes dénoncent les limites organisationnelles et les pressions de pouvoir interne ainsi que les paradoxes et incertitudes internes. Ces comportements permettent de confronter les valeurs de l'équipe dirigeante à celles des médecins. Ils permettent par ce biais de revendiquer des droits visant à améliorer les conditions de travail. Ces comportements dénoncent aussi toute dysfonction organisationnelle engendrant une influence négative sur les médecins.

Les résultats découlant de l'enquête permettent de rejeter l'hypothèse H5c. La réduction des comportements non conformistes renforce la culture de responsabilité dans le cas de la mise en place de pratiques qui découlent d'un post-NPM. Toutefois, les résultats montrent que la culture hospitalière des CHU algériens révèle des pratiques organisationnelles rigides. Les CHU algériens favorisent la forte distance hiérarchique, la promotion par ancienneté et le statut attribué. Ces CHU limitent donc le sens de l'initiative. Les comportements non conformistes peuvent représenter un facteur incitant à un changement organisationnel.

La prise en compte des attentes des médecins non conformistes par l'équipe dirigeante permet de réduire les sources de tension, d'insensibilisation et de désengagement. Cela permet de représenter les médecins comme des parties prenantes à satisfaire dans la finalité de mieux les impliquer sur du long terme. L'équipe dirigeante doit en premier lieu identifier les besoins des médecins et de satisfaire au mieux leur enquête afin de réduire la déviance. Elle doit en

second lieu mettre des actions en vue de réduire leur impact sur l'équilibre interne. Par ailleurs, la sensibilisation de ces médecins au conformisme volontaire à travers une adhésion volontaire aux valeurs organisationnelles renforce leur culture de responsabilité.

Fig. 6. 11. – Validation du modèle opératoire



L'analyse des trois sous hypothèses permet de confirmer l'hypothèse H5. L'existence d'un bon climat interactionnel détermine la force de la culture de responsabilité des médecins. Une bonne qualité du climat interactionnel régule les influences négatives. Elle favorise l'entente et l'élimination des barrières horizontales et verticales. Elle permet de réguler la hiérarchie informelle vers le développement de l'adhésion volontaire et consensuelle des valeurs partagées. La qualité du climat interactionnel influe sur l'harmonie au travail puisqu'elle permet de réduire les différends engendrés par les perceptions diverses du bien-être au travail.

Un climat interactionnel favorable induit des concessions de toutes les parties en vue d'optimiser l'atteinte des objectifs assignés. Il se déploie aussi dans l'identification des sources d'insatisfaction et de rébellion tout en facilitant un changement adaptatif et évolutif. La qualité du climat interactionnel est déterminée par le système social interne. Celle-ci représente une vision globale de l'ensemble des acteurs et des influences internes. Toutefois, l'équipe dirigeante doit mettre en place des démarches de régulation afin de transformer les valeurs de responsabilité en actions sociétales émises par les médecins.

6.3.2.2. Réponse aux questions de recherche

L'analyse des hypothèses permet de répondre aux questions de recherche. Les résultats montrent que l'équipe dirigeante exerce une forte influence sociale sur les médecins dans les CHU algériens. Cette influence est perçue et a un poids différent en fonction des groupes catégoriels des médecins. Le poids du subjectivisme renforce le poids des pressions de pouvoir. Par ailleurs, l'existence de conflits interpersonnels entre les médecins et l'équipe dirigeante a des conséquences sur la qualité de collaboration. Cette influence est donc formelle et informelle. Elle s'exerce d'une manière explicite et implicite. La forte distance hiérarchique renforce la perception de cette influence à travers la multiplication des avantages propres à chaque appartenance interne. Par ailleurs, la figure 6.11 illustre la validité du modèle opératoire à travers la détermination en noir des facteurs renforçant la culture de responsabilité. Elle mentionne en gris les hypothèses non validées et qui n'ont pas un effet significatif sur la sensibilisation à cette responsabilité.

Les chiffres affichent toutefois qu'il existe une différence entre le poids et la perception de l'influence sociale. Le poids de l'influence sociale détermine les barrières organisationnelles et sociales explicites mises en place pour pouvoir exercer une pression de pouvoir. Elle

représente une forme de chantage psychologique et organisationnelle incitant au conformisme des groupes influents. Par ailleurs, ils montrent que l'influence sociale de l'équipe dirigeante est interdépendante avec le poids des groupes influents. Ces groupes exercent une influence sur la majorité et sur les orientations mêmes de l'équipe dirigeante.

La perception du poids de l'influence sociale dépend par contre de la personnalité propre aux médecins. Elle varie aussi en fonction de l'amplification sociale à travers l'influence des minorités. Toutefois, la perception de l'influence sociale est expliquée sur le plan individuel. Par contre, le poids de l'influence sociale est expliqué sur le plan groupal. Une définition similaire du poids de l'influence propre à chaque groupe catégoriel permet d'identifier les groupes influents, les groupes minoritaires ainsi que les différentes idéologies en interaction dans le système social entre les médecins et l'équipe dirigeante.

Il n'existe certes pas une forte culture hospitalière dans les CHU car les pratiques qui en découlent renvoient l'image d'une structure hiérarchisée, rigide, procédurière et inflexible. Cette faible culture hospitalière s'explique par le manque de sensibilisation des médecins et de l'équipe dirigeante dans l'importance du renforcement de la culture hospitalière. Ce manque d'attention accordée à la force de la culture hospitalière se justifie premièrement par le manque de formation de l'équipe dirigeante dans les pratiques du post-NPM et dans l'importance de la RSE. Cela se justifie aussi par une surcharge de travail limitant la volonté des médecins de s'impliquer dans le renforcement des valeurs organisationnelles. Aussi, l'identification de différents sous-groupes au sein même du corps médical est due à la multiplication des sous-cultures. Celles-ci dénotent le manque d'importance accordée au renforcement de valeurs, normes et croyances consensuelles. Les médecins estiment aussi que l'équipe dirigeante doit avant tout réduire les sources des risques organisationnels afin de renforcer l'engagement des médecins à moyen et long terme.

L'étude dévoile que les médecins ont un taux significatif de motivation à la responsabilisation. Ils sont sensibles aux valeurs responsables qui s'accordent à leurs principes et implications. Les médecins ont donc de fortes valeurs organisationnelles dans les CHU algériens. Ces valeurs responsables s'accordent aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante. Toutefois, leur insatisfaction des pratiques managériales et de la qualité des conditions de travail limitent leurs actions. De ce fait, les médecins ont des valeurs d'implication qu'ils n'appliquent pas dans les CHU leur comportement résulte des attitudes du groupe.

Le développement de comportements individualistes et non conformistes prend acte d'un désengagement de la part des médecins. Ces médecins prônent la rétribution équitable en fonction des résultats et de la compétence propre à chacun d'eux. Le manque de reconnaissance des efforts fournis les désengage de toute action visant à apporter une plus-value significative aux CHU. Les limites organisationnelles qu'ils dénotent de l'insatisfaction des pratiques managériales renforcent une indifférence. Celles-ci sont constatées dans son rôle dans la réduction et le tri des déchets. Elles le sont aussi dans l'intervention contre toute forme de discrimination et d'amélioration du système social. De ce fait, le comportement et les décisions de l'équipe dirigeante impactent significativement le niveau d'adhésion des médecins aux valeurs organisationnelles définissant les croyances et pratiques communes.

Les résultats identifient aussi les composantes de l'influence sociale qui agissent sur la responsabilisation partagée. En effet, la peur de l'exclusion est promue par l'uniformité. Cette peur d'exclusion est renforcée par le poids de la hiérarchie informelle dans les CHU. Cela montre alors que la perception positive partagée de la responsabilisation partagée aboutit à un engagement des médecins. La culture de responsabilité doit représenter une idéologie commune. Ce partage renforce alors le niveau de responsabilisation dans la finalité d'affirmer sa position et sa contribution au groupe de référence. La deuxième composante ayant un impact significatif est la comparaison sociale. Celle-ci explique l'ensemble des disparités et divergences entre les médecins appartenant à des groupes catégoriels différents. Les pressions exercées par la comparaison descendante génèrent soit une soumission soit une non-conformité comportementale. Cette comparaison divise les médecins en sous-groupes. Les différences de sexe, d'âge, de statut et d'appartenance informelle régulent et complexifient la responsabilisation partagée.

La troisième composante représente le conformisme. Elle représente la pression exercée par le groupe afin d'inciter les médecins à adopter un comportement similaire. Le conformisme est explicite et implicite en même temps. Il s'exerce par l'équipe dirigeante et par des groupes influents. Il impacte positivement et négativement sur la responsabilisation partagée. En effet, une perception positive de la responsabilisation partagée de la part des groupes influents incite à l'adopter. Par contre, si elle représente une incertitude ou une perte de repère des groupes influents, la responsabilisation partagée est soumise à des pressions sociales multiples. Le conformisme est fortement lié à la soumission à l'autorité. Toutefois, cette soumission développe des attitudes et non des comportements. De ce fait, le changement des membres de l'équipe dirigeante fait valoir la perte de repère interne et incite au développement de

comportements individuels. Cette soumission varie aussi en fonction du système de contrôle et de sanction mis en place au niveau des CHU.

La dernière composante de l'influence sociale qui affecte la responsabilisation partagée est l'influence des groupes minoritaires. Elle représente le poids des comportements des médecins indépendants qui ne perçoivent aucun besoin d'appartenance ou de soumission aux règles d'un sous-groupe. Ces médecins renforcent la déviance et le processus d'influence minoritaire qui s'amplifient au fur et à mesure de l'augmentation de l'insatisfaction des médecins soumis au conformisme forcé ou volontaire. Les composantes de l'influence sociale déterminent le niveau de sensibilisation des médecins à la force de la culture de responsabilité. En effet, les médecins ont de fortes valeurs de responsabilité. Ils sont conscients du rôle important qu'ils jouent ou qu'ils peuvent jouer dans les CHU. Toutefois, ils considèrent que le renforcement de la culture de responsabilité est une composante secondaire dans les CHU.

La culture de responsabilité s'engage dans des actions visant à prendre conscience du volet sociétal. Ils estiment que son renforcement s'inscrit dans des démarches d'amélioration continue. Toutefois, il est nécessaire de réduire les sources d'insatisfaction des médecins avant de prétendre à intégrer des démarches de sensibilisation à la culture de responsabilité. Par ailleurs, les conditions d'optimisation de la culture de responsabilité représentent :

- La réduction du poids de l'autorité informelle ;
- Le renforcement de l'adhésion des médecins aux normes consensuels de la culture hospitalière ;
- La mise en place d'un leadership transversal ;
- Le renforcement d'une perception positive de l'impact d'une forte culture hospitalière ;
- L'insertion des politiques de sanctions et de récompenses inspirées du management privé ;
- La valorisation des compétences au détriment de l'ancienneté afin de renforcer l'engagement à long terme ;
- L'intervention de l'équipe dirigeante dans la régulation des pressions de pouvoir ;
- L'amélioration des conditions de travail impactant sur le bien-être au travail ;
- La réduction des facteurs du désengagement sociétal.

Ce qui a été mentionné montre que l'influence sociale de l'équipe dirigeante a un effet significatif sur la force de la culture de responsabilité. Elle régule les pressions de pouvoir qui peuvent engendrer soit une motivation au volontarisme sociétal, soit un désengagement. L'influence sociale détermine le poids de l'autorité formelle et informelle. Elle détermine le

niveau de décentralisation du pouvoir permettant ainsi de constater la faisabilité de la mise en place d'une politique de responsabilité partagée. Elle représente le pivot qui transforme les valeurs en actions entreprises par les médecins.

6.3.3. Recommandations et limites

Ce point permet de présenter les recommandations tirées des résultats opératoires de la recherche. Il permet aussi de citer les limites de l'analyse opératoire.

6.3.3.1. Recommandations

Ce sous chapitre retrace les principales recommandations permettant de réguler le poids des influences sociales dans les CHU algériens. Un deuxième point concerne les recommandations afin de renforcer la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens. Le dernier point aborde les limites de la recherche.

6.3.3.1.1. Régulation du poids des influences sociales dans les CHU algériens

La décentralisation du pouvoir managérial et décisionnel du ministère vers les CHU montre un manque de suivi et de contrôle du poids des influences sociales qui régissent les relations interpersonnelles entre les médecins et l'équipe dirigeante. Les points suivants représentent des recommandations tirées de l'analyse des résultats afin de réguler le poids des influences sociales dans les CHU algériens :

- Créer des cellules qualité visant à effectuer des audits organisationnels afin de déterminer les facteurs affectant le climat interactionnel ;
- Adapter le management hospitalier en fonction des besoins, perceptions et attentes des acteurs qui composent les CHU ;
- Identifier les facteurs renforçant les comportements non conformistes à travers un échange transversal entre les médecins confrontant et l'équipe dirigeante ;
- Mettre en place des processus d'amélioration visant à réduire le poids du subjectivisme dans les CHU ;
- Réduire la comparaison sociale entre les différents groupes catégoriels des médecins ;
- Décentraliser d'une manière équitable et transparente afin de favoriser la participation de l'ensemble des médecins de grades confondus ;
- Réduire le poids des groupes influents à travers la confirmation de l'efficacité de l'autorité formelle ;
- Favoriser un management transversal à travers le renforcement du travail en réseau ;

- Remplacer les systèmes de contrôle et de sanction par la prise de conscience du rôle de l'ensemble des acteurs dans l'amélioration du dialogue social ;
- Organiser des brainstormings afin de prendre en compte les avis de l'ensemble des médecins ;
- Réaliser des enquêtes de satisfaction interne des conditions de santé et de sécurité au travail ;
- Valoriser les efforts, les résultats et le niveau d'implication au lieu d'une valorisation par grade ;
- Formuler des enquêtes internes visant à identifier les compétences manquantes afin de proposer des programmes de formations adaptés aux besoins des services et des CHU ;
- Encourager le sens de l'initiative à travers l'application de démarches visant à engendrer un changement organisationnel adaptatif ;
- Réduire le choc générationnel entre les médecins à travers le renforcement des valeurs communes et une sensibilisation à la normalisation de nouvelles valeurs internes ;
- Prendre en compte la perception individuelle et la perception du groupe de la qualité du climat interactionnel ;
- Réduire les facteurs engendrant le clanisme dans les CHU à travers une sensibilisation à la diversité culturelle ;
- Prendre conscience des différentes sous-cultures existantes dans les CHU ;
- Réduire l'impact des contre-cultures à travers la conduite d'actions visant à renforcer la culture hospitalière ;
- Réguler le poids des pressions de pouvoir afin de réduire la peur de l'exclusion sociale ;
- Former l'équipe dirigeante à la médiation, à la résolution de conflits et au leadership transversal ;
- Renforcer la transparence des données, des résultats et des rapports des réunions ;
- Assurer un affichage quotidien des opportunités et informations liées aux médecins ;
- Renforcer un feedback rapide afin de maintenir la crédibilité de la hiérarchie formelle ;
- Réduire le favoritisme qui est induit par une forte distance hiérarchique ;
- Maintenir un dialogue ouvert et décloisonné entre l'équipe dirigeante et les médecins afin d'assurer une liberté d'expression et une perception positive de disponibilité ;
- Inciter à un conformisme volontaire à travers une adaptation des règles et normes internes ;
- Réguler les pressions sociales à travers une orientation vers l'engagement dans l'amélioration du bien-être au travail ;

- Sensibiliser les médecins de l'impact du climat interactionnel sur la performance hospitalière ;
- Réduire l'influence implicite des relations conflictuelles informelles entre l'équipe dirigeante et les médecins ;
- Former l'équipe dirigeante ainsi que les acteurs influents aux pratiques du post-new public management ;
- Concilier entre les valeurs perçues et les valeurs organisationnelles formulées ;
- Concilier entre les valeurs propres à chaque sous-culture afin de renforcer l'adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante ;
- Transformer l'image de l'équipe dirigeante d'acteurs de contrôle et d'autorités vers des acteurs facilitateurs et conciliants ;
- Renforcer la perception d'une confiance dans le leadership. Toutefois, il est important de sensibiliser les médecins à distinguer entre les qualités personnelles et les qualités professionnelles des membres de l'équipe dirigeante ;
- Réduire le poids des pressions sociales à travers la sensibilisation à l'importance de la confiance mutuelle ;
- Démontrer l'importance de l'interdépendance entre l'équipe dirigeante et les médecins dans la réduction des jeux de pouvoir internes ;
- Positionner la hiérarchie informelle comme facteur générant une influence positive vers l'intégration effective dans les CHU ;
- Renforcer l'harmonie au travail à travers la réalisation d'une définition consensuelle du bien-être général ;
- Réduire les comportements non conformistes à travers la responsabilisation des acteurs entrepreneurs ;
- Déterminer le poids de l'influence sociale afin d'éviter les situations de burnouts et de stress compulsif ;
- Déterminer la perception des pressions des groupes influents et du rôle de l'équipe dirigeante dans leur régulation ;
- Déterminer la perception de groupe de la culture hospitalière dans les CHU ;
- Intégrer les médecins dans les processus de sélection des nouveaux membres d'équipes ;
- Intégrer le critère du vote des médecins du choix des médecins promus aux postes de responsabilité dans le processus de sélection.

6.3.3.1.2. Renforcement de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens

- Prendre en compte l'identité sociale des médecins dans les stratégies de sensibilisation aux valeurs de responsabilité ;
- Identifier les médecins ayant des aptitudes à mener à bien des projets sociétaux ;
- Impliquer les médecins juniors afin de satisfaire leurs besoins d'innovation, de changement et de flexibilité ;
- Adapter entre les idéologies des médecins juniors et les normes des médecins seniors ;
- Identifier la responsabilité partagée comme un facteur réduisant l'asymétrie informationnelle et le favoritisme pour les médecins seniors ;
- Converger entre les valeurs de la culture hospitalière et les valeurs de la culture de responsabilité ;
- Identifier la responsabilité partagée comme un moyen d'apprentissage visant à transmettre le savoir-être et le savoir-faire des médecins seniors vers les médecins seniors ;
- Véhiculer une image d'engagement dans la culture de responsabilité par l'équipe dirigeante ;
- Prendre en compte les spécificités de la culture nationale et de la culture locale dans la sensibilisation des médecins à la culture de responsabilité ;
- Normaliser les valeurs organisationnelles à travers la sensibilisation aux conceptions respectives ;
- Construire de nouvelles normes internes adaptées à la vision à moyen et à long terme des CHU ;
- Engendrer une pression sociale visant à associer la comparaison sociale au déséquilibre de l'harmonie au travail ;
- Favoriser un conformisme volontaire aux valeurs organisationnelles hiérarchisées ;
- Définir et expliquer les retombées économiques, sociales et sociétales du renforcement de la culture de responsabilité dans les CHU ;
- Récompenser les médecins ayant une forte motivation à l'engagement et au volontarisme sociétal ;
- Réduire l'impact de l'influence des médecins désengagés sur le plan sociétal ;
- Sanctionner les acteurs subissant l'exclusion sociale dans les CHU pour cause d'incompatibilité idéologique ou sociale ;

- Favoriser l'intégration des principes du post-new public management au niveau de la direction et au niveau des services dans les CHU ;
- Utiliser la confiance dans le leadership comme un facteur renforçant la responsabilisation partagée ;
- Identifier et réduire les facteurs de risques impactant négativement sur la perception de la confiance mutuelle ;
- Impliquer efficacement l'équipe dirigeante dans des actions de sensibilisation et dans des projets de valorisation de la RSE et du management responsable ;
- Positionner l'équipe dirigeante comme leaders charismatique dans la conduite du changement intégrateur ;
- Définir la culture de responsabilité comme facteur réduisant le poids des influences sociales dans les CHU ;
- Intégrer un management par la sécurité afin d'éliminer les incertitudes liées au renforcement de la culture de responsabilité comme la perte des repères internes ;
- Véhiculer le renforcement des valeurs responsables à travers le système social interactionnel ;
- Sensibiliser les groupes influents à l'importance de la culture de responsabilité afin de générer une uniformité dans la responsabilisation partagée ;
- Positionner l'autorité formelle comme acteur de soutien et l'autorité informelle comme un acteur renforçant l'optimisme dans les CHU ;
- Définir les conflits comme une opportunité de générer des améliorations internes ;
- Canaliser les déviances à travers une satisfaction optimale des groupes de médecins minoritaires à fort pouvoir d'influence ;
- Sensibiliser les médecins sensibles aux valeurs responsables à une participation active à travers une validation sociale interne ;
- Répartir équitablement les charges de travail afin de favoriser la multiplication des tâches ;
- Positionner le renforcement de la culture de responsabilité comme une action visant à renforcer les compétences transversales et comme opportunité d'introduction aux obligations professionnelles des postes de décision ;
- Eliminer le positionnement de la culture de responsabilité comme charge supplémentaire dans les plannings surchargés des médecins ;
- Apporter un argumentaire adapté à chaque type de médecin afin de renforcer leur perception positive de la culture de responsabilité :

- Médecins à dominance objective : argumentation rationnelle basée sur des faits et sur des retombées sur la performance individuelle et la performance du groupe ;
- Médecins à dominance subjective : argumentaire sociale basé sur l'importance du maintien de l'harmonie au travail et de la solidité du système social interactionnel.

6.3.3.2. Limites de la recherche

Cette recherche comporte des limites. Les résultats des questionnaires se basent sur les perceptions et les idéologies propres aux médecins. La vision de leur environnement, de l'influence sociale et de la culture de responsabilité sont donc soumis à leur niveau de subjectivisme et d'irrationalité. Les résultats peuvent donc être revus dans le cas où la perception des médecins diffère de la réalité hospitalière. Une autre limite consiste dans la focalisation exclusive de la recherche dans l'analyse du corps médical. Les questionnaires sont donc adressés exclusivement aux médecins n'ayant pas un poste de responsabilité donc ne faisant pas partie de l'équipe dirigeante. Une étude comparative entre d'un côté les médecins et d'un autre côté l'équipe dirigeante pourrait toutefois apporter des résultats significatifs. Ces résultats permettraient de comparer les perceptions et les visions propres à chaque partie.

Les résultats démontrent l'importance du poids de la hiérarchie informelle et de la qualité du système social interactionnel. Une étude plus globale impliquant l'ensemble des corps hospitaliers dans les CHU offrent une compréhension significative de la qualité des collaborations croisées. En effet, la relation entre l'équipe dirigeante et les médecins impacte et est impactée par l'ensemble des acteurs internes et externes. Un approfondissement de la qualité des rapports entre les médecins et les paramédicaux permettraient de constater le poids de l'influence sociale exercée par les médecins à l'encontre des autres corps. L'analyse des CHU se limite à 5 structures hospitalières algériennes avec un échantillon de 380 médecins. Ces CHU sont implantés dans le nord de l'Algérie. Cette concentration des CHU limite l'identification des spécificités culturelles propres aux CHU. Il est donc impossible d'identifier le poids de la culture locale sur la force de la culture hospitalière dans les CHU. Par ailleurs, la non-intégration de la variable visant à identifier l'appartenance ethnique ou régionale des médecins limite l'étude des spécificités culturelles externes qui régulent les valeurs innées et construites des médecins.

Les CHU représentent des organismes sanitaires qui sont sous la tutelle du ministère de la santé ainsi que du ministère de l'enseignement supérieur. Les normes et croyances de la

culture hospitalière peuvent donc impactées par deux cultures mères. La première représente la culture des directions de santé dont les CHU sont rattachés. En effet, malgré l'indépendance managériale des CHU, les politiques mères sont conduites par les directions régionales de santé afin de superviser les principales actions de croissance et de régulation des CHU. Aussi, les CHU se composent d'étudiants en médecine, d'internes, d'externes, de résidents et d'hospitalo-universitaires. La culture des CHU est donc aussi impactée par la culture organisationnelle de l'université à travers laquelle le CHU est attaché. L'étude de la culture organisationnelle de l'université permet par ailleurs de justifier la différence des valeurs entre les hospitalo-universitaires et les autres grades des médecins dans les CHU.

Le poids du subjectivisme réduit la fiabilité de la satisfaction des médecins du style du leadership appliqué dans les CHU. En effet, la confiance dans le leadership est fortement associée au niveau d'appréciation de l'équipe dirigeante en tant que personnes et non en tant que représentante de l'autorité formelle. L'analyse des médecins se focalise principalement sur l'analyse en groupes catégoriels. Cette orientation permet de se focaliser principalement sur les valeurs partagées au sein des différents sous-groupes composant le corps médical. L'analyse ne se focalise donc pas sur l'identification du poids des médecins indépendants sur les groupes internes. L'analyse de ces minorités pourrait déterminer le poids des actes isolés qui permettent de renforcer les contre-cultures internes. Par ailleurs, l'étude des comportements non conformistes ne se limite pas à la participation aux activités grévistes et syndicalistes. Celle-ci peut aussi prendre compte des comportements laxistes, désengagés voire même indifférents.

Une autre limite de la recherche est constatée. Dans un souci de confidentialité, les médecins participant à l'étude ne mentionnent pas leur appartenance structurelle interne. Toutefois, cette donnée pourrait approfondir l'analyse à travers la comparaison entre la force des valeurs organisationnelles des médecins appartenant à différents services dans un même CHU. Cela pourrait clarifier l'identification des sources de pressions de pouvoir formelles et informelles subies par les médecins. Par ailleurs, la recherche sur les pressions de pouvoir aurait pu intégrer des questions ouvertes visant premièrement à connaître la définition de la pression sociale par les médecins. Cela pourrait aussi intégrer d'autres composantes internes impactées par le poids ou la perception des pressions de pouvoir.

L'analyse de la qualité du climat interactionnel entre l'équipe dirigeante et les médecins prend en compte la qualité des échanges ainsi que l'émergence des conflits interpersonnels. L'analyse ne permet pas d'identifier si les médecins représentent des acteurs qui subissent ou qui génèrent ces conflits. Par ailleurs, l'analyse ne prend pas en compte la gravité du poids des conflits. Ces conflits peuvent donc soit représenter des malentendus générant un mal-être, soit,

représenter des oppositions affectant la performance hospitalière. L'analyse de l'instabilité au travail aborde l'absentéisme comme facteur réduisant le bien-être au travail. Toutefois, la présence effective des médecins dans les CHU n'induit pas automatiquement une disponibilité et une participation efficace dans la réalisation des objectifs assignés par chaque service hospitalier. De ce fait, une organisation de travail tournée vers la maximisation des pauses de travail représente aussi un facteur impactant la stabilité au travail ainsi que la division équitable des charges de travail.

La recherche basée sur la pratique identifie une nette distinction entre l'adhésion aux valeurs organisationnelles de la direction et celles des chefs de service. La limite représente la non identification des valeurs perçues de la part des deux parties afin d'identifier les causes de cet écart. Par ailleurs, le manque d'adhésion aux valeurs de la direction peut affecter la perception du niveau d'engagement de celle-ci dans la réalisation d'actions d'amélioration continue et de renforcement de la culture hospitalière. Dans ce sens, une analyse de la contre influence aurait apporté une plus-value. Ces limites permettent d'identifier d'autres variables qui auraient pu approfondir l'analyse opératoire. Toutefois, ces limites dépendent du manque de collaboration des chefs de service et des directions de ressources humaines dans les CHU. Elles dépendent aussi de l'intérêt des médecins à répondre à des questions jugées compromettantes et finalement du choix des priorités et des variables afin de délimiter le cadre d'analyse et d'interaction entre les variables.

Conclusion du chapitre

L'analyse de la relation entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la force de la culture de responsabilité des médecins met en avant plusieurs conclusions. L'analyse par la méthode de l'ACP permet d'identifier une forte perception de la sensibilité aux pressions de pouvoir par les généralistes. Par contre, les spécialistes s'orientent plutôt vers une sensibilité à la qualité du climat interactionnel. Les différences de perceptions et de sensibilisations démontrent la relation entre les comportements non conformistes et la force des valeurs de responsabilité des médecins. Celles-ci déterminent aussi la multiplication du manque de conformisme des résidents et généralistes. Les résultats de l'ACP mettent en avant l'importance du maintien de la stabilité au travail par les professeurs ainsi que les pressions sociales qui en découlent. L'ACP souligne aussi le poids de la satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail. Cette variable a un impact significatif sur la confiance dans le leadership, sur la motivation au volontarisme et sur particulièrement les médecins résidents.

Ce chapitre a permis d'identifier plusieurs corrélations significatives qui permettent de répondre à la problématique de la recherche. En effet, les résultats soulignent la relation entre

le poids de la hiérarchie informelle et la force de la culture de responsabilité. Les résultats du modèle des plans d'expériences démontrent l'importance de la régulation entre l'harmonie au travail, la qualité du climat interactionnel et le niveau d'adhésion aux valeurs et pratiques dans le but d'atteindre une perception positive de la culture de responsabilité. Ils permettent de désigner le niveau de sensibilisation aux valeurs et non aux actions qui découlent de sa force. Ils mettent aussi en avant la relation entre le niveau de transversalité dans les pratiques managériales avec le développement d'une perception positive ou négative de la culture de responsabilité. Les résultats montrent le poids de l'influence sociale liée à l'opposition entre les valeurs de l'individualisme et de l'engagement à long terme dans les CHU. Ils mettent dans ce sens le lien entre la perception des pressions de pouvoir avec le besoin du maintien de l'harmonie au travail. Finalement, les résultats soulignent les causes engendrant le désengagement sociétal des médecins.

Ce chapitre a analysé les hypothèses de recherche formulées. La plupart des hypothèses sont acceptées. Toutefois, les résultats pratiques ont justifiés le rejet de quelques sous-hypothèses en fonction des spécificités propres aux médecins et CHU analysés. L'analyse des résultats a donc permis de répondre aux questions de recherche ainsi que d'identifier les limites de la recherche visant à parfaire cette recherche. Ce chapitre a finalement permis de proposer des recommandations personnelles se focalisant sur l'importance de la régulation du poids des influences sociales. Ces recommandations se focalisent aussi sur l'importance du renforcement de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens.

Conclusion Générale

Conclusion Générale

Les résultats de la recherche apportent trois bénéfices considérables. Le premier consiste à identifier les variables permettant de réguler le poids et la perception des influences sociales dans les CHU. Cela prend conscience des actions à mettre en place afin d'atteindre un équilibre dans le système de pouvoir interne. Le deuxième bénéfice de la recherche est le rôle de la régulation des pressions interactionnelles entre l'équipe dirigeante et les médecins sur la sensibilisation à l'intégration d'une forte culture hospitalière. Cette sensibilisation à la responsabilisation partagée et au développement d'une conscience commune n'est possible qu'à travers une amélioration de la régulation du système social interactionnel.

Le troisième apport est le renforcement de la culture dominante et des sous-cultures hospitalières dans les CHU. Par conséquent, l'orientation de l'influence sociale vers l'uniformité des valeurs et normes favorise une motivation dans le volontarisme sociétal. Cette motivation réduit les facteurs de désengagement tout en se focalisant sur les facteurs qui engendrent une responsabilisation active des groupes catégoriels des médecins. La valorisation de la responsabilisation partagée solutionne les problèmes sociaux internes. Elle solutionne aussi les limites liées aux pratiques managériales appliquées. De ce fait, la responsabilisation partagée représente un facteur de régulation entre le poids de l'influence sociale et l'intégration d'une culture de responsabilité acceptée et partagée dans les CHU. Le renforcement de la responsabilisation partagée entraîne une amélioration significative dans la performance hospitalière. En effet, celle-ci réduit les risques sociaux et organisationnels qui réduisent la création de valeur des médecins dans les CHU.

La régulation de l'orientation des pressions sociales entre l'équipe dirigeante et les médecins favorise l'épanouissement au travail. Celui-ci impacte en premier lieu sur la force de la culture hospitalière. Il influe en second lieu sur la prise en compte des principes de la responsabilité sociétale. Cette prise en compte des valeurs responsables par l'équipe dirigeante et par les médecins renforcent la cohésion des intérêts communs. Finalement, la culture de responsabilité dépend du niveau d'implication des deux parties. Cette implication renvoie aux jeux de pouvoir et de contre-pouvoir, aux perceptions, aux peurs, à la motivation et à la démotivation des deux parties.

Les résultats de la recherche montrent que l'influence sociale de l'équipe dirigeante est exercée à travers les valeurs organisationnelles et à travers les pratiques managériales. De ce fait, l'équipe dirigeante a un rôle central dans la sensibilisation des médecins au renforcement

de la culture hospitalière à travers l'intégration des principes de la responsabilité sociétale. Les orientations adoptées par celle-ci déterminent la sensibilisation, la perception et l'adhésion aux valeurs et aux comportements responsables par les médecins. Ces orientations déterminent aussi le niveau d'acceptation des dimensions culturelles à travers un conformisme, une normalisation ou une rébellion de la part des médecins.

L'existence d'une perception positive du système de pouvoir par les médecins réduit la perception négative de l'influence sociale de l'équipe dirigeante. La manière de percevoir l'équipe dirigeante déduit le niveau de confiance que les médecins accordent au conformisme volontaire. De ce fait, la perception de l'équipe dirigeante définit d'une manière consciente ou inconsciente l'existence d'influence de pouvoir dans les CHU. Cela démontre que la perception positive du système de pouvoir renforce l'intégration et l'acceptation des valeurs de responsabilité par les médecins. Toutefois, celle-ci s'accompagne de l'intégration d'un management hospitalier qui découle des principes du post-NPM. Cela justifie que les pratiques managériales régulent entre la fréquence des jeux de pouvoir, le niveau de confiance mutuelle, le niveau de responsabilisation et le niveau de désengagement des médecins vis-à-vis de l'intégration de la culture de responsabilité.

Cette recherche s'est référée aux fondements de quatre grandes théories. Les travaux de l'identité sociale et de la catégorisation sociale de Tajfel et de Turner démontrent l'importance de la prise en compte des spécificités individuelles et des spécificités des groupes d'appartenance ou de référence dans la perception de l'influence sociale. Ces spécificités expliquent aussi le poids du pouvoir acquis par chaque acteur ou chaque groupe catégoriel. De ce fait, l'importance du poids du système de pouvoir de la hiérarchie informelle détermine le niveau de sensibilisation des médecins aux valeurs responsables. Il conduit par ce biais aussi au niveau de leur implication dans des actions visant à renforcer la prise en compte de la responsabilité sociétale dans la culture hospitalière.

La théorie de la dynamique des groupes de Lewin permet d'expliquer la relation entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la force de la culture de responsabilité des médecins. A travers cette théorie, le lien entre le niveau de transversalité du leadership et le poids de l'influence sociale est représenté. Cette théorie explique aussi le lien entre la perception de l'influence sociale, la motivation à la responsabilisation partagée, l'engagement actif dans des actions sociétales et le poids de la peur de l'exclusion par la majorité. De ce fait, elle explique que le renforcement de la culture de responsabilité dépend du niveau d'acceptation et d'engagement des groupes influents. La peur de l'exclusion sociale produit un conformisme visant à s'impliquer efficacement dans l'idéologie commune du groupe de référence.

Cette théorie explique aussi dans le cadre de cette recherche les phénomènes de constitution des sous-groupes dans le corps médical. Elle explique par ailleurs le poids d'influence de pouvoir engendré par chaque groupe. La théorie de la dynamique des groupes identifie ainsi les facteurs qui agissent sur le poids de l'influence sociale exercée par l'équipe dirigeante. Dans cette finalité, les résultats montrent que le poids de l'influence sociale dépend aussi des contre influences exercées par les groupes influents ainsi que par le poids des actes isolés. De ce fait, l'influence des minoritaires à travers des actes isolés entraîne un doute vis-à-vis de la crédibilité de l'autorité formelle. Le poids de l'influence sociale de l'équipe dirigeante représente alors une réponse des relations interdépendantes entre l'équipe dirigeante et son environnement.

Les travaux de Schein expliquent le lien entre l'influence sociale et la culture de responsabilité à travers la perception de soi et des autres dans les CHU. Cela montre que les médecins peuvent se conformer aux valeurs responsables de l'équipe dirigeante dans le cas d'une implication de celle-ci dans le renforcement de la culture de responsabilité. Toutefois, le conformisme n'impacte que sur l'orientation des valeurs partagées et épousées. Le conformisme n'induit aucunement des pratiques. De ce fait, celui-ci n'entraîne pas le développement des actions intégratrices visant à renforcer la responsabilisation partagée ou des comportements responsables. Cette théorie illustre aussi le lien entre la perception et les valeurs de base des médecins. Elle lie par contre le comportement des médecins à la force des valeurs partagées dans les groupes catégoriels. Cela explique le niveau de compréhension et d'interdépendance entre les médecins et l'équipe dirigeante.

Les travaux de Hofstede apportent une plus-value à cette recherche. Ils lient les dimensions culturelles, les pratiques managériales, les spécificités culturelles et la différenciation entre le perçu et le réel. Par conséquent, les orientations idéologiques de la culture nationale et locale impacte directement et indirectement sur la perception de la culture de responsabilité. Le poids de la dominance de la culture locale dépend de l'importance accordée par les médecins à la protection des habitudes et coutumes internes. L'existence de celles-ci favorise une discrimination catégorielle basée sur la comparaison sociale entre les groupes.

Par ailleurs, le niveau d'acceptation de la multi culturalité dans les CHU régule le poids des pressions de pouvoir et le niveau de transversalité dans le management hospitalier. Ce niveau d'acceptation déduit à son tour la régulation entre la hiérarchie formelle et informelle dans les CHU. Les travaux de Hofstede dénotent le niveau d'applicabilité d'une culture de responsabilité à travers l'adéquation de l'environnement interne. Ils expliquent à travers cela la

différence entre les attentes visibles et les attentes cachées de l'équipe dirigeante et des médecins. Par ailleurs, l'existence de divergence entre ces deux provoque la perception négative liée à l'intégration de la culture hospitalière dans les CHU.

Les résultats de la recherche affichent que les dimensions culturelles dominantes dans les CHU favorisent la multiplication des pressions de pouvoir. Celles-ci reflètent des réponses face à la déviance des médecins. Par conséquent, le manque de conformisme produit des sanctions et des barrières internes. Celles-ci sont relevées principalement dans l'accès aux formations et promotions internes. Dès lors, ces pressions de pouvoir impactent sur la qualité du climat interactionnel entre les deux parties. Cela justifie l'émergence de conflits ainsi que la qualité des interactions avec les autres groupes hospitaliers. Ainsi, l'ensemble des interactions qui définissent le système interactionnel des CHU explique le poids des comportements non conformistes des médecins. Ceux-ci représentent un désengagement sociétal, une participation aux grèves et activités syndicales. Ils représentent aussi un facteur d'absentéisme et d'envie de départ.

La qualité des interactions du système social interactionnel définit la force de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU. Elle impacte avant tout sur la perception des dimensions culturelles existantes dans les CHU et sur le niveau d'adhésion des médecins à celles-ci. La qualité des interactions montre le poids de la relation informelle entre les médecins et l'équipe dirigeante. De ce fait, la perception de l'équipe dirigeante et la confiance accordée à son leadership se base principalement sur des critères irrationnels. Cela va de même dans la perception du niveau d'engagement de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité dans les CHU. Ce résultat porte à croire que l'intégration de la culture de responsabilité doit emprunter le processus émotionnel. Il faut donc lier entre la culture de responsabilité et la régulation sociale interpersonnelle dans les CHU.

Les résultats apposent aussi l'existence d'une faible culture hospitalière agissant négativement sur la perception positive de la culture de responsabilité. Par conséquent, l'existence de fortes valeurs d'implication n'induit pas un engagement dans des actions sociétales conduites par les médecins. Par ailleurs, dans une finalité d'améliorer la culture de responsabilité des médecins, il est nécessaire de prendre en compte 5 variables. Il s'agit en effet de réduire les facteurs du désengagement sociétal à travers la réduction des facteurs d'insatisfaction comme par exemple l'insatisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail. Il est nécessaire aussi de favoriser l'harmonie au travail à travers une normalisation consensuelle des bonnes conditions de travail sans pressions formelles ou informelles exercées

à l'encontre des médecins. Cette liberté d'action réduit le poids de la pression sociale exercé par le groupe.

Le renforcement de la culture de responsabilité dépend aussi d'une régulation entre l'individualisme et une responsabilisation à moyen et long terme des médecins dans les CHU. L'équipe dirigeante doit donc engendrer un climat de travail qui favorise l'épanouissement tant personnel que professionnel des médecins. Cet épanouissement incite à son tour à un engagement social et organisationnel vis-à-vis des politiques de changements dans les CHU. Le développement de la culture de responsabilité des médecins dépend aussi de la perception des avantages liés à la transversalité managériale. La finalité est de maintenir le cadre de référence interne tout en y intégrant des améliorations progressives. Il s'agit dans ce sens de trouver un juste équilibre entre le niveau d'adhésion des médecins aux valeurs et pratiques de l'équipe dirigeante, la qualité du climat interactionnel et le niveau du maintien de l'harmonie au travail.

Les résultats de la recherche dévoilent toutefois que l'ensemble des variables choisies ne constituent pas forcément un facteur renforçant la culture de responsabilité des médecins. Par ailleurs, il est important de relever les points positifs et les points négatifs en lien avec les CHU algériens. Les points positifs représentent l'existence de fortes valeurs sociétales partagées par les médecins. Celles-ci sont accrues à travers une forte appartenance aux CHU. Cela illustre l'existence d'un lien professionnel et personnel envers les CHU. Ce lien représente un facteur de motivation à l'engagement sur une vision temporelle de moyen et long terme. Les résultats présentent aussi l'existence d'une perception positive d'une culture de responsabilité ainsi qu'une forte motivation à la responsabilisation partagée. L'existence de ces points forts établit le fait que la culture de responsabilité des médecins peut être développée dans les CHU algériens. Néanmoins, il est nécessaire de renforcer la culture organisationnelle, de réduire les divergences et la création de sous-cultures, de réduire le poids de l'autorité informelle et de réduire les sources de pressions de pouvoir.

Cette recherche propose de nouvelles pistes de recherche dans la finalité d'approfondir les résultats trouvés. Il est intéressant de se focaliser sur l'analyse du système de pouvoir dans les CHU. Cette analyse identifie l'appartenance formelle et informelle des acteurs internes des CHU. Elle détermine par cette voie le poids d'influence des groupes. Ce poids analyse alors le système verticalement et horizontalement en prenant en compte les différentes perceptions et contributions de l'équipe dirigeante, du corps médical, du corps paramédical et du reste des autres corps hospitaliers. Il est aussi intéressant d'analyser le poids des contre pressions

exercées à l'encontre de l'insatisfaction des pratiques managériales hospitalières dans les CHU. Cette analyse vise à reproduire le sens inverse de l'analyse proposée dans cette recherche.

Concernant la culture de responsabilité, il est intéressant de se focaliser sur l'identification des risques d'incertitudes liés à l'intégration de la culture de responsabilité. Sachant que celle-ci engendre des modifications internes, une étude peut être menée sur la peur de la perte du cadre de référence interne. Cela va de même pour la relation qui lie la perception positive de la responsabilisation partagée et les pressions exercées en vue de maintenir une harmonie sociale interactionnelle dans les CHU.

Dans le cadre des CHU, il est intéressant d'étudier le poids de la culture organisationnelle algérienne et des cultures locales. La finalité est d'étudier l'aspect multiculturel dans le profil des médecins. Cette analyse étudie la prévention des risques de création de conflits liés à la diversité culturelle et catégorielle. De ce fait, l'identification de ces risques aboutit à un apprentissage social visant à trouver un équilibre facilitant le vivre et le travail ensemble. L'étude du poids de ces cultures favorise la formation à l'apprentissage interculturel à travers la prise de conscience de la diversité culturelle. Elle permet par cette voie de dépasser les chocs des cultures liées à la divergence des perceptions, des idéologies et des priorités entre les différents acteurs dans les CHU.

Des pistes de recherche intéressantes sont proposées dans l'étude de la culture de responsabilité. Celles-ci peuvent appartenir à différents courants comme le modernisme, l'interprétativisme-symbolique et le post-modernisme. Le premier courant oriente l'analyse de la culture de responsabilité sur la force des systèmes de pro-gestion. Ce courant prend donc en compte l'influence des spécificités de la culture de responsabilité sur son environnement. Par conséquent ses fondements représentent une donnée d'entrée dans un système proactif.

Le deuxième courant oriente l'analyse de la culture de responsabilité vers l'analyse des pratiques managériales. Ce courant se focalise sur la normalisation et le conformisme des règles qui régissent l'organisation formelle. Ce courant délimite le champ d'analyse à l'importance de l'institutionnalisation. Il se délimite aussi à la conscience des spécificités du groupe interactionnel. Le post-modernisme représente par contre la culture de responsabilité comme un ensemble de jeux de pouvoir. Il est question alors d'analyser le poids de l'imposition de la culture des groupes majoritaires au dépit des attentes des groupes minoritaires. Le post-modernisme représente alors la culture de responsabilité comme un facteur d'influence sociale dans l'organisation.

Bibliographie

Bibliographie

1. Ouvrages

- Aebischer, V., Oberlé, D., *Le groupe en psychologie sociale*, Ed. Dunod, 4^{ème} éd., Paris, 2012.
- Aktouf, O., *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*, Ed. Les Presses de l'Université du Québec, Québec, 1987.
- Allard-Poesi, F., *Kurt Lewin : De la théorie du champ à une science du social*, Ed. EMS, Paris, 2009.
- Alvesson, M., Sveningsson, *Changing organizational culture: cultural change work in progress*, Ed. Routledge, New York, 2008.
- Anzieu, D., Martin, J-Y., *La dynamique des groupes restreints*, Ed. Presses Universitaires de France PUF, 2^{ème} éd., Paris, 2013.
- Armand, A., *Confiance et leadership: Dans un environnement complexe*, Ed. ESF, Paris, 2016.
- Armstrong, M., *A handbook of Human resource management practice*, Ed. Kogan page, 10th Ed., London, 2006.
- Autissier, D., *Méthode de conduite du changement : Diagnostic, accompagnement, pilotage (stratégies et management)*, Ed. Dunod, 3^{ème} éd., Paris, 2013.
- Bal, P., M., Kooij, D., Rousseau, D., M., *Aging workers and the employee-employer relationship*, Ed. Springer, New York, 2014.
- Balla, S-J., Lodge, M., Page, E-C., *The Oxford Handbook of Classics in Public Policy and Administration*, Ed. OUP Oxford, Oxford, 2015.
- Barmeyer, C., *Management interculturel et styles d'apprentissage : Etudiants et dirigeants en France, en Allemagne et au Québec*, Ed. Presses Universitaires Laval, Lévis, 2007.
- Bekefi, T., Epstein, M-J., *Integrating social and political risk into management decision-making*, Ed. CMA-Canada, Ottawa, 2006.
- Berjot, S., Delelis, G., *27 grandes notions de la psychologie sociale*, Ed. Dunod, Paris, 2014.
- Bernoux, P., *La sociologie des organisations: Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, Ed. Points, 6^{ème} éd. revue et corrigée, Paris, 2014.
- Bertrand, Y., *Culture organisationnelle*, Ed. Presses de l'Université du Québec, Montréal, 1991.
- Bonnafous-Boucher, M., *Anthropologie et gestion*, Ed. Economica, Paris, 2005.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J-C., Passeron, J-C. *Le métier de sociologie*, Ed. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales and Walter de Gruyter GmbH, 5^{ème} Ed., Berlin, 2006.
- Boussuat, B., David, P., Lagache, J-M., *Manager avec les couleurs*, Ed. Dunod, 2^{ème} éd. Paris, 2013.
- Brangier, E., Lancy, A., Louche, C., *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Ed. Presses universitaires de Nancy, Nancy, 2004.
- Buchanan, D., Huczynski, A., *Organizational Behaviour*, Ed. Pearson, 9th revised Ed., London, 2016.
- Chamak, A., Fromage, C. *Le capital humain*, Ed. Editions Liaisons, Paris, 2006.
- Checkland, P-B., *Systems thinking, system practice*, Ed. John Wiley, Chichester, 1989.
- Collette, S., Batal, C., Carre, P., *L'atout senior : relations intergénérationnelles, performance, formation*, Ed. Dunod, Paris, 2009.
- Crozier, M., *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Ed. Points, Paris, 2014.
- David, P., *La négociation commerciale en pratique*, Ed. Eyrolles, 4^{ème} Ed, Paris, 2008.
- David, P., *La négociation commerciale en pratique*, Ed. Eyrolles, 4^{ème} Ed, Paris, 2008.
- Davidson, O., & al., *Chapter 13- Risk culture*, In Stover, T. (EDs), *Enterprise risk management: A common framework for the entire organisation*, Ed. Butterworth-Heinemann, Oxford, 2016, pages. 177-193.
- Dejoux, C., *Du management au leadership agile*, Ed. Dunod, 2^{ème} éd., Paris, 2016.

- Delouvé, S., *Manuel visuel de psychologie sociale*, Ed. Dunod, 2^{ème} éd. revue et actualisée, Paris, 2013.
- Denison, D-R., *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*, Ed. John Wiley, New York, 1990.
- Di Bitetto, M., Chymis, A., D'anselmi, P., *Public management as corporate social responsibility: The economic bottom line of government*, Ed. Springer International Publishing, New York, 2016.
- Dubar, C. *Identités professionnelles : le temps du bricolage*, pages 141-148, In *Identité(s) : l'individu, le groupe, la société*, Ed. Editions Sciences Humaines, Paris, 2004.
- Eischet, P., *Managing across cultures and frontiers*, Ed. Grin Verlag GmbH, Norderstedt, 2015.
- Eksteen, C., Opperman Kemp, S., Eksteen, L., *Group dynamics: Icebreakers, team-building and leadership exercises*, Ed. Panza Publishers, Free State, 2016.
- Epstein, M-J., Rejc Buhovac, A., *The reporting of organizational risks for internal and external decision-making*, Ed. CMA-Canada, Ottawa, 2006.
- Evans, P., Hassard, J., Hyde, P., *Critical leadership: Leader-follower dynamics in a public organization*, Ed. Routledge, New York, 2013.
- Fischer, G-N., Taquinio, C., *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Ed. Dunod, 2^{ème} éd. revue et actualisée, Paris, 2014.
- Fischer, G-N., *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Ed. Dunod, 5^{ème} éd., Paris, 2015.
- Fischer, G-N., *Psychologie sociale de l'environnement*, Ed. Dunod, Paris, 2011.
- Fiske, S., T., & al., *Psychologie sociale*, Ed. De Boeck, Bruxelles, 2008.
- Forsyth, D-R., *Group Dynamics*, Ed. Wadsworth Cengage Learning, 5th ed., London, 2010.
- Forsyth, D-R., *Group Dynamics*, Ed. Wadsworth Cengage Learning, 5th ed., Boston, 2009.
- Forsyth, D-R., *Group Dynamics*, Ed. Wadsworth Cengage Learning, 6th ed., Boston, 2013.
- Friedberg, E., *Le pouvoir et la règle*, Ed. Seuil, Paris, 1997.
- Giordano, Y., Jolibert, A., *Spécifier l'objet de la recherche*, In Gavard-Perret, M-L. & al., *Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Ed. Pearson Education, 2^{ème} Ed., Paris, 2012.
- Gmelch, W-H., Buller, J-L., *Building academic leadership capacity: a guide to best practices*, Ed. John Wiley & Sons, San Francisco, 2015.
- Godelier, E., *La culture d'entreprise*, Ed. La découverte, Paris, 2006.
- Gond, J-P., Igalens, J., *La responsabilité sociale de l'entreprise*, PUF, Paris, 2012.
- Hampden-Turner, C., Trompenaars, F., *Au-delà du choc des cultures : Dépasser les oppositions pour mieux travailler ensemble*, Ed. Editions d'Organisation, Paris, 2003.
- Hoffman, S-M., *Chapter 17 – Culture: The crucial factor in hazard, risk, and disaster recovery: The anthropological perspective*, In Collins, A. & al. (EDs), *Hazards, Risks and Disasters in Society*, Ed. Academic Press, Amsterdam, 2015, pages 289-305, pp.289-295.
- Hofstede, G., *Culture's consequences*, Ed. Sage Publications, London, 1984.
- Hofstede, G., *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*, Ed. Sage Publications Inc, 2nd Ed. Revised, London, 2003.
- Hofstede, G., Hofstede G.J., Minkov, M., *Cultures and organisations: software of the mind*, Ed. McGraw-Hill, New York, 2010.
- Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Cultures and organizations software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival*, Ed. McGrawHill, New York, 2010.
- Hofstede, G., Hofstede, G-J., Minkov, M., *Cultures et organisations : nos programmations mentales*, Ed. Pearson, 3^{ème} Ed., Paris, 2010.
- Hofstede, G., *Vivre dans un monde multiculturel : comprendre nos programmes mentales*, Ed. Editions d'Organisations, Paris, 1994.
- Imbert, J., *Les tableaux de bord RH : construire, mettre en œuvre et évaluer le système de pilotage*, Ed. Eyrolles, Paris, 2007.
- Jackson, M-C., *Systems thinking: Creative holism for managers*, Ed. John Wiley, Chichester, 2003.
- Jo Hatch, M. *Théories des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples*, Ed. De Boeck, Bruxelles, 2000.
- Jo Hatch, M., Cunliffe, A-L., *Organization theory: modern, symbolic and postmodern perspectives*, Ed. Oxford university press, 3rd Ed., Oxford, 2013.

- Jo-Hatch, M., Cunliffe, A-L., *Théories des organisations: de l'intérêt de perspectives multiples*, Ed. De Boeck, 2^{ème} éd., Bruxelles, 2009.
- Karada, E., *Leadership and organizational outcomes: Meta-analysis of empirical studies*, Ed. Springer, Eskisehir, 2015.
- Kaufmann, P., *Kurt Lewin : une théorie du champ dans les sciences de l'homme*, Ed. Librairie Philosophique Vrin, Paris, 2002.
- Kumar, L-U., *Professional Ethics: Professional ethics and values in management and organisational development: a philosophical study*, Ed. LAP Lambert Academic Publishing, Tallinn, 2012.
- Kurt, L., *Psychologie dynamique : les relations humaines*, Presses Universitaires de France PUF, Paris, 1967, pp.201-225.
- Kurt, L., *Une théorie du champ dans les sciences de l'homme*, Ed. Librairie Philosophique Vrin, Paris, 1968.
- Landau, R., I., Peluso, R., I., *Corporate trust administration and management*, Ed. Infinity Publishing, 7th ed., West Conshohocken, 2015.
- Lanier, J-A., *Value-creation in middle market private equity*, Ed. Gower Publishing, Dorchester, 2015.
- Levain, M., Tissier, J., *La génération Y par elle-même : quand les 18-30 ans réinventent la vie*, Ed. François Bourin, Paris, 2012.
- Lewin, K., *Psychologie dynamique : Les relations humaines*, Ed. Presses Universitaires de France PUF, Paris, 1959.
- Lewin, K., *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*, Ed. Martino Fine Books, Eastford, 2013.
- Lewis, R-D., *When cultures collide: leading across cultures*, Ed. Nicholas Brealey International, 3^{ème} éd. Révisée, Porvoo, 2005.
- Mailhiot, G., B., *Dynamique et genèse des groupes : Actualité des découvertes de Kurt Lewin*, Ed. EPI, Paris, 1968.
- Marc, E., Picard, D., Fischer, G-N., *Relations et communications interpersonnelles*, Ed. Dunod, 3^{ème} éd., Paris, 2015.
- Mehran, F., *Psychologie positive et personnalité : Activation des ressources*, Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2012.
- Meier, O., *Management interculturel : stratégie, organisation, performance*, Ed. Dunod, 5^{ème} Ed., 2013.
- Mercure, D., & al., *Culture & gestion en Algérie*, Ed. ANEP, Alger, 2006.
- Miniati, R., Frosini, F., Dori, F., *Chapter 9 – Integrated risk and quality management in hospital systems*, In Miniati, R., Iadanza, E., Dori, F., (Eds), *Clinical engineering: From devices to systems*, Ed. Academic Press, London, 2016, pages 117-130.
- Moreno, J., L., *Fondements de la sociométrie*, Ed. Presses Universitaires de France PUF, 2^{ème} éd., Paris, 1970.
- Mucchielli, R., *La dynamique des groupes : Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Ed. ESF Editeur, 23^{ème} éd., Paris, 2015.
- Ollivier, D., Tanguy, C., *Génération Y : mode d'emploi : intégrez les jeunes dans l'entreprise!*, Ed. De Boeck, 2^{ème} éd., Paris, 2011.
- Phillips, J., J., Phillips, P., P., Smith, K., *Accountability in human resource management: connecting HR to business results*, Ed. Routledge, 2nd ed., New York, 2016.
- Plane, J-M., *Management des organisations : Théories, concepts, performances*, Ed. Dunod, 4^{ème} éd., Malakoff, 2016.
- Plane, J-M., *Théories des organisations*, Ed. Dunod, 4^{ème} éd., Paris, 2013.
- Plane, J-M., *Théories du leadership – Modèles classiques et contemporains*, Ed. Dunod, Paris, 2015.
- Robbins, S., & al., *Management : L'essentiel des concepts et pratiques*, Ed. Pearson, 9^{ème} éd., Montreuil-sous-Bois, 2014.
- Robbins, S., Judge, T., Tran, V., *Comportements organisationnels*, Ed. Pearson, 16^{ème} éd., Montreuil, 2014.
- Rollinson, D., *Organisational behavior and analysis: an integrated approach*, Ed. Financial Times/ Prentice Hall, 4^{ème} éd., Gosport, 2008.
- Schein, E., *Organisational culture and leadership*, Ed. Jossey-Bass, San Francisco, 1995.

- Schein, E-H. *Organizational culture and leadership*, Ed. Jossey-Bass, 3rd Ed, San Francisco, 2004.
- Segrestin, B., Hatchuel, A., *Refonder l'entreprise*, Ed. Le Seuil, Paris, 2012.
- Shuo, W., *Chinese strategic decision-making on CSR*, Ed. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, 2014.
- Thévenet, M., *La culture d'entreprise*, Ed. Presses Universitaires de France, 6^{ème} Ed., Paris, 2010.
- Titov, E., *Management paradigm values as prerequisites of organisational success*, Ed. LAP Lambert Academic Publishing, Tallinn, 2015.
- Trompenaars, F., Hampden-Turner, C., *L'entreprise multiculturelle*, Ed. Maxima L Mesnil, 3^{ème} éd. Revue et augmentée, Paris, 2008.
- Walliser, B., *Systèmes et modèles : introduction à l'analyse de systèmes*, Ed. Seuil, Paris, 1977.
- Welhoff, T., Claude, J-F., Comte-Sponville, A., *L'entreprise en 80 valeurs : Dictionnaire des valeurs d'entreprise*, Ed. Editions Liaisons, Paris, 2011.
- Wittorski, R., *La notion d'identité collective*, pages 195-213. In Kaddouri, M., Lespessailles, C., et al. *La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique*, Ed. L'Harmattan, Paris, 2008.
- Zerwas, D., *Organizational culture and absorptive capacity: The meaning for SMEs*, Ed. Springer, Wiesbaden, 2014.

2. Papiers Scientifiques

- Abbas, R. & al. *Comparaison des caractéristiques et des motivations des médecins expatriés français et britanniques*, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Vol. 63, N. 1, Février 2015, pages 21-28.
- Ait Errays, N., Hattabou, A. *L'effet modérateur de la confiance et de l'engagement sur la relation entre l'orientation entrepreneuriale et la performance*, La Revue Gestion et Organisation, Vol. 7, N. 1, Mars 2015, pages 57-68.
- Aktas, E., Cicek, I., Kiyak, M., *The effect of organizational culture on organizational efficiency: The moderating role of organizational environment and CEO values*, Procedia – Social and Behavioural Sciences, Vol. 24, 2011, pages 1560- 1573.
- Altindag, E., Kosedagi, Y., *The Relationship between Emotional Intelligence of Managers, Innovative Corporate Culture and Employee Performance*, 4th International Conference on Leadership, Technology, Innovation and Business Management, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 210, 2015, pages 270 – 282.
- Andersson, T., Liff, R., *Multiprofessional cooperation and accountability pressures: consequences of a post-new public management concept in a new public management context*, Public Management Review, Vol. 14, N.6, 2012, pages 835-855.
- Antep, Z., & al. *For strategic planning of healthcare management: the effect of mobbing on motivation of healthcare providers*, Procedia- Social and Behavioral Sciences, Vol. 58, 12 October 2012, pages 606 – 613.
- Apak, S., Gumus, S., *A research about the effect of the leadership qualities of public administrators on the motivation of the employees*, Procedia – Social and Behavioural Sciences, Vol. 210, December 2015, pages 368-377.
- Arokiasamy, A-R-A., Kaneasan Bin Abdullah, A-G., Ismail, A., *Correlation between cultural perceptions, leadership style and ICT usage by school principals in Malaysia*, Procedia – Social and Behavioral Sciences, Vol. 176, 2015, pages 319-332.
- Attarça, M., Jacquot, T., *La représentation de la responsabilité sociale des entreprises : une confrontation entre les approches théoriques et les visions managériales*, XIV^{ième} conférence internationale de management stratégique, AIMS, Pays de la Loire, Angers, 6-9 Juin 2005.
- Auer, M., Welte, H., *Equal opportunity actors : Identities, social positions and strategies*, Conference on New actors in industrial relations: A British Journal of Industrial Relations workshop, London school of economics, London, 22-23 September 2005.
- Aven, T., *Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation*, European Journal of Operational Research, Vol. 253, N. 1, August 2016, pages 1-13.

- Babich, O., V., Mityuchenko, L., S., *Role of accountability management in activity of industrial enterprises*, International Review of Management and Marketing, Vol. 6, 2016, pages 1-6.
- Banerjee, A. *Integrating human motivation in service productivity*, Procedia Manufacturing, Vol. 3, 2015, pages 3891-3598.
- Barbier M., Hansez H., Chmiel N., Demerouti E., *Performance expectations, personal resources, and job resources: how do they predict work engagement?* Eur J Work Organ Psychol Health, Vol. 18, 2012, pages 215–231.
- Bargeron, L., Lehn, K., Smith, J. *Employee-management trust and M&A activity*, Journal of Corporate Finance, Vol. 35, December 2015, pages 389-406.
- Barmayer, C., Mayrhofer, U., *Le management interculturel : facteur de réussite des fusions-acquisitions internationales ?*, Gérer et comprendre, N. 70, Décembre 2002, pages 24-33.
- Baysak, B., Yener, M-I., *The relationship between perceived leadership style and perceived stress on hospital employees*, Procedia – Social and Behavioural Sciences, Vol. 207, 20 October 2015, pages 79-89.
- Becker, K., Smidt, M., *A risk perspective on human resource management: A review and directions for future research*, Human Resource Management Review, Vol. 26, N.2, June 2016, pages 149-165.
- Belias, D., & al., *Organizational culture and job satisfaction of Greek banking institutions*, Procedia - Social and Behavioural Sciences, , Vol. 175, 12 February 2015, pages 314-323.
- Belias, D., Koustelios, A., *The influence of demographic characteristics of Greek bank employees on their perceptions of Organizational Culture*, International Journal of Human Resource Studies, Vol. 4, N° 1, 2014, pages 81 – 100.
- Bessire, D., Onnee, S., *Assessing corporate social performance: strategies of legitimating and conflicting ideologies*, Revue de Critical Perspectives on Accounting, Vol. 21, 2010, pages 445-467.
- Bessire, D., Onnee, S., *Assessing corporate social performance: strategies of legitimating and conflicting ideologies*, Revue de Critical Perspectives on Accounting, Vol. 21, 2010, Pages 445-467.
- Bilali, R., & al., *Modeling collective action through media to promote social change and positive intergroup relations in violent conflicts*, Journal of Experimental Social Psychology, Vol. 68, January 2017, pages 200-211.
- Bitbol, M., *Une science de la conscience équitable : L'actualité de la neurophénoménologie de Francisco Varela*, Intellectica, Vol. 1, N. 43, 2006, pages 135-157.
- Blok, V., & al., *Encouraging sustainability in the workplace : a survey on the pro-environmental behaviour of university employees*, Journal of Cleaner Production, Vol. 106, 1 November 2015, pages 55-67.
- Boies, K., Fiset, J., Gill, H., *Communication and trust are key: Unlocking the relationship between leadership and team performance and creativity*, The leadership quarterly, Vol 26, N. 6, December 2015, pages 1080-1094.
- Borsenberger, M., Dickes, P., *Valeurs de base et cohésion sociale : enquête EVS Luxembourg 2008*, CEPS INSTEAD Working Papers, Fonds National de la Recherche Luxembourg, N°2011-18, Janvier 2011.
- Borzeix, A., Charles, J., Zimmermann, B., *Réinventer le travail par la participation : Actualité nouvelle d'un vieux débat*, Sociologie du travail, Vol. 57, 2015, p.1-19.
- Bragard, I., Hansez, I., Couke, P., *Working conditions, job strain and work engagement among Belgian radiation oncologists*, Cancer/Radiothérapie, Vol. 18, 2014, pages 723–729.
- Bryson, J., Hosken, C., *What does it mean to be a culturally competent I/O Psychologist in New Zealand ?*, New Zealand Journal of Psychology, Vol.34, N. 2, Juillet 2005, pages 69-76.
- Caesens, G., Stinghamer, F., *The relationship between perceived organizational support and work engagement: The role of self-efficacy and its outcomes*, Revue Européenne de Psychologie Appliquée, Vol. 64, N. 5, Septembre 2014, pages 259-267.
- Castello, I., Lozano J.M., *Searching for new forms of legitimacy through corporate responsibility rhetoric*, Journal of Business Ethics, Vol. 100, 2011, pages 11-29.
- Chambon, M., Gil, S., Niedenthal, P-M., *Psychologie sociale et perception du temps : l'estimation temporelle des stimuli sociaux et émotionnels*, Revue de la Psychologie Française, Vol. 50, 2005, Pages 167-180.

- Chang, H-T., & al., *The effects of perfectionism on innovative behaviour and job burnout: Team workplace friendship as a moderator*, Personality and Individual Differences, Vol. 96, July 2016, pages 260-265.
- Chatzopoulou, M., Vlachvei, A., Monovasilis, T. *Employee's motivation and satisfaction in light of economic recession : Evidence of Grevena prefecture-Greece*, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 24, 2015, pages 136-145.
- Checkland, P-B., *Techniques in soft systems practice part 2: Building conceptual models*, Journal of applied systems analysis, Vol. 6, 1976, pages 41-49.
- Chen, I-R., Guo, J. *Hierarchical trust management of community of interest groups in mobile ad hoc networks*, Ad Hoc Networks, Vol. 33, October 2015, pages 154-167.
- Chenevert, D. & al., *Passive leadership, role stressors, and effective organizational commitment: A time-lagged study among health care employees*, Revue Européenne de Psychologie Appliquée, Vol. 63, N. 5, Septembre 2013, pages 277-286.
- Christen R-N., Alder, J., Bitzer, J., *Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations*, Social Science & Medicine, Vol. 66, N. 7, April 2008, pages 1474-1483.
- Christensen, T., *Post-NPM and changing public governance*, Meiji Journal of Political Science and Economics, Vol. 1, 2012, pages 1-11.
- Cleveland, M., & al., *Identity, culture, dispositions and behaviour: A cross-national examination of globalization and culture change*, Journal of Business Research, Vol. 69, N. 3, March 2016, pages 1090-1102.
- Crocetti, E., & al., *Identity styles, dimensions, statues, and functions : Making connections among identity conceptualisations*, Revue Européenne de Psychologie Appliquée, Vol. 63, N. 1, Janvier 2013, pages 1-13.
- Dabija, D. C., Babut, R., *Empirical Study on the Impact of Service, Communication and Corporate Social Responsibility on the Image of Romanian Retail Brands*, 2nd World Conference On Business, Economics And Management - WCBEM2013, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 109, 2014, pages 906 – 912.
- Dafoe, G., *La santé publique dans l'intérêt public*, Healthcare Management Forum Review, Vol. 16, N.3, Autumn 2003, pages 38–39.
- Dalingwater, L., *Post-new public management (NPM) and the reconfiguration of health services in England*, Observatoire de la société britannique, Vol. 16, 2015, pages 51-64.
- Dalmas, M., *Quelles valeurs organisationnelles pour la génération Y ?*, Management et Avenir, Vol. 6, N° 72, 2014, pages 113-132.
- De Bono, S., Heling, G., Borg, M.A., *Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions*, Journal of Hospital Infection, Vol. 86, 2014, pages 1-6.
- Deephouse, D-L., Newburry, W., Soleimani, A., *The effects of institutional development and national culture on cross-national differences in corporate reputation*, Journal of World Business, In press, accessible inline, 13, January, 2016. Accessible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090951615300079> , consulté le: 18/05/2016.
- Dejoux, C., Wechtler, H., *Diversité générationnelle : implications, principes et outils de management*, Revue Management & Avenir, N. 43, Mars 2011, pages 227-238.
- Delaye, R., *Quelle perception du management des seniors par la génération Y ?*, Revue Interdisciplinaire sur le Management et l'Humanisme, N°5, Janvier-Février 2013, pages 96-105.
- Delerue, H., Bérard, C., *Les dynamiques de la confiance dans les relations inter-organisationnelles*, Revue Française de Gestion, Vol. 6, N. 175, 2007, pages 125-138.
- Dent, M., *Post new public management in public sector hospitals? The United Kingdom, German and Italy*, Policy & Politics, Vol. 33, N. 4, 2005, pages 623-636.
- Djaouahdou, R., Nabti, A., *La responsabilité sociale de l'entreprise entre théorie et concrétisation pratique : cas de l'Algérie*, Colloque international francophone sur le développement durable : débats et controverses, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, 15-16 Décembre 2011.
- Dorfman, P., & al., *GLOBE: A twenty year journey into the intriguing world of culture a leadership*, Journal of World Business, Vol. 47, 2012, pages 504-518.

- Drescher, M. A., & al., *The dynamics of shared leadership: building trust and enhancing performance*, Journal of Applied Psychology, Vol. 99, N. 5, 2014, pages 771-783.
- Elliott, N., & al., *Barriers and enablers to advanced practitioners' ability to enact their leadership role: A scoping review*, International Journal of Nursing Studies, Vol. 60, August 2016, pages 24-25.
- Ernult, J., Ashta, A., *Développement durable, responsabilité sociétale de l'entreprise, théorie des parties prenantes : Evolution et perspectives*, Revue des Cahiers du CEREN, Vol.21, 2007, pages 4-31.
- Eskildsen, J. K., Kristensen, K., & Juhl, H. J. The causal structure of the EFQM excellence model, First International Research Conference on Organisational Excellence in the Third Millennium, Estes Park, CO, 2000, pages p. 75-83.
- Farnsworth Mick, S., Shay, P., *Accountable care organizations and transaction cost economics*, Medical Care Research and Review, 2016, on line, <http://mcr.sagepub.com/content/early/2016/03/22/1077558716640411.abstract> , consulted: 20/02/2016.
- Ferris, G-R., Munyon, T-P., Basil, K., *The performance evaluation context: Social, emotional, cognitive, political, and relationship components*, Human Resource Management Review, Vol. 18, N. 3, September 2008, Ed Elsevier, pages 146-163.
- Fillion, L-J., *Méthodologie de modélisation systémique : Applications à des acteurs entrepreneuriaux - La cognition entrepreneuriale – Méthodes de recherche*. Revue internationale de psychosociologie et de comportement organisationnel, N° 44, Printemps 2012, pages 31-70.
- Garay, L., Font, X., *Doing good to do well? Corporate social responsibility reasons, practices and impacts in small and medium accommodation enterprises*, International Journal of Hospitality Management, Vol. 31, N. 2, Ed. Elsevier, June 2012, pages 329–337.
- Gbadamosi, O., Baghestan, A. G., & Al-Mabrouk, K., *Gender, age and nationality: assessing their impact on conflict resolution styles*, Journal of Management Development, Vol. 33, N. 3, 2014, pages 245–257.
- Germain, C., Trébuq, S., *La performance globale de l'entreprise et son pilotage: quelques réflexions*, Semaine sociale Lamy, N. 1186, 18 Octobre 2004, pages 35-41.
- Gharbi, S., Vincent, B., Descargues, R., *La prise en compte de la dimension sociétale de la performance : L'exemple du déploiement d'un ERP dans une entreprise du secteur de l'industrie pharmaceutique*, Colloque de comptabilité, contrôle, audit et institutions, Université de Tunis, Tunis, 2006.
- Ghinea, V-M., *Organizational culture modeling*, Management & marketing challenges for the Knowledge society, Vol. 7, N. 2, 2012, pages 257-276.
- Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V., Savoie, A., *Validation d'une mesure de santé psychologique au travail*, Revue européenne de psychologie appliquée, Vol. 61, 2011, pages 195–203.
- Gjolberg, M., *Measuring the immeasurable? Constructing an index of CSR practices and CSR performance in 20 countries*, Scandinavian Journal of Management, Vol. 25, 2009, pages 10-22.
- Goldsmith, E-B. *Work efficiency and motivation*, Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition), 2012, pages 697-702.
- Goodall, A-H., *Physician-leaders and hospital performance : Is there an association ?*, Social Science & Medicine, Vol. 73, N. 4, August 2011, pages 535-539.
- Gunkel, M., Schlaegel, C., Taras, V., *Cultural values, emotional intelligence and conflict handling styles: A global study*, Journal of World Business, 28 February 2016, In press. pp. 1-4. Accessible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1090951616300074> , consulté le : 18/05/2016.
- Guo, L., *Implementation of a risk management plan in a hospital operating room*, International Journal of Nursing Sciences, Vol. 2, N. 4, December 2015, pages 348-354.
- Hamonet, C. & al., *La responsabilité médicale et la pratique de la médecine physique et de réadaptation*, Ann Réadaptation Méd Phys, Vol. 43, 2000, pages 51 – 60.
- Harmel, R., *Culture organisationnelle et gestion de la diversité culturelle au sein des PME: Proposition d'un cadre théorique*, 12ème congrès international francophone en entrepreneuriat

- et PME, Association internationale de recherche en entrepreneuriat et PME, Agadir, 29-31 Octobre 2014.
- Hitka, M., & al., *Corporate culture as tool for competitiveness improvement*, Business Economics and Management 2015 Conference, BEM2015, Procedia Economics and Finance, Vol. 34, 2015, pages 27 – 34.
 - Hogan, S-J., Coote, L-V., *Organizational culture, innovation, and performance: a test of Schein's model*, Journal of business research, Vol. 67, 2014, pages 1609-1621.
 - Hola, J., Pikhart, M., *The implementation of internal communication system as a way to company efficiency*, E+M Ekonomie a Management, Vol. 17, N. 2, 2014, pages 161-169.
 - Holcman, R., *Management public et ressources humaines*, Revue des Pouvoirs Locaux, N. 89, Novembre 2011, pages 52-56.
 - Holcman, R., *Management public et ressources humaines*, Revue des Pouvoirs Locaux, Vol. II, N. 89, 2011, pages 52-56.
 - Hsu, C-L., Chuan-Chuan Lin, J., *Effect of perceived value and social influences on mobile app stickiness and in-app purchase intention*, Technological Forecasting and Social Change, Vol. 108, July 2016, pages 42-53.
 - Huguet, M-J., *La génération Y ou la génération du millénaire : Les jeunes adultes d'aujourd'hui, leurs motivations et leurs modes d'apprentissage*, Revue Métaphore, N° 52, Mars 2009, pages 04-09.
 - Hylton, J., *Le leadership: la prochaine crise de RH en santé? 1^{ère} partie*, Healthcare Management Forum Review, Vol. 17, N. 1, Spring 2004, pages 4–5
 - Hystad, S., W., Mearns, K., J., Eid, J., *Moral disengagement as a mechanism between perceptions of organisational injustice and deviant work behaviours*, Safety Science, Vol. 68, 2014, pages 138-145.
 - Ioannou, I., Serafeim, G., *What drives corporate social performance? International evidence from social, environmental and governance scores*, Working paper, Harvard Business School, N° 11-016, Aout 2010.
 - Ireche, A., Mezhouda, A. *Proposition d'une typologie des transactions fondée sur la confiance entre managers et propriétaires*, Revue Libanaise de Gestion et d'Economie, Vol. 2, N. 3, 2009, pages 86-126.
 - Jensen, M., Meckling, W., *Theory of the firm : managerial behavior, agency costs and ownership structure*, Journal of Financial Economics, Vol. 3, N. 4, 1976, pages 305-360.
 - Jo Hatch, M., *The dynamics of organizational culture*, The Academy of Management Review, Vol. 18, N. 4, October 1993, pages 657-693.
 - Johnson, J., Ronald Buckley, M., *Multi-level organizational moral disengagement: Directions for future investigation*, Journal of Business Ethics, Vol. 130, N. 2, 2015, pages 291-300.
 - Jong, J., *The limits of post-new public management and beyond*, Public Administration Review, Vol. 69, N.1, 2009, pages 161-165.
 - Karada, E., *Leadership and organizational outcomes: Meta-analysis of empirical studies*, Ed. Springer, Eskisehir, 2015.
 - Karpova, A-Y., Ardashkin, I-B., Kabanova, N-N., *Organisational culture in focus of measurements*, Procedia - Social and Behavioral Sciences 2015, Vol. 166, pages 246- 253.
 - Kathri, N, Wells, J., Mc Kune, J., Brewer, M., *Strategic human resource management issues in hospitals : A study of a university and a community hospitals*, Hospital Topics, Vol. 84, N.4, 2006, pages 9-20.
 - Kelly, J-R, Spoor, J-R., *Affective influence in groups*, 8th Annual Sydney Symposium of Social Psychology, University of New South Wales, Sydney, 14-17 Mars 2005.
 - Kim, S., & al. *Cultural differences in motivation factors influencing the management of foreign laborers in the Korean construction industry*, International Journal of Project Management, Vol. 33, N. 7, October 2015, pages 1534-1547.
 - Klashing, M-J., *Cultural dimensions, collective values and their importance for institutions*, Journal of Comparative Economics, Vol. 41, N. 2, May 2013, pages 447-467.
 - Kleijnen, J., & al., *Effective quality management requires a systematic approach and flexible organisational culture: qualitative study among academic staff*, Quality in Higher Education, Vol. 20, N. 1, 2014, pages 103-126.

- Kleijnen, J., & al., *Teachers' conceptions of quality and organisational values in higher educations : compliance or enhancement ?*, Assessment & Evaluation in Higher Education, Vol. 38, N. 2, 2013, pages 152-166.
- Kutzscher, L, Sabiston, J-A., *L'impact du travail d'équipe sur la perception du personnel de l'habilitation et de la satisfaction professionnelle*, Healthcare Management Forum Review, Vol. 10, N. 2, Summer 1997, pages 18–24
- Kwantes, C-T, Boglarsky, C-A., *Perceptions of organizational culture, leadership effectiveness and personal effectiveness across six countries*, Journal of International Management, Vol. 13, N° 2, Juin 2007, pages 204-230.
- Laitinen, E-K., Suvas, A., *Financial distress prediction in an international context: Moderating effects of Hofstede's original cultural dimensions*, Journal of Behavioural and Experimental Finance, Vol. 9, March 2016, pages 98-118.
- Laurent, J., Bragard, I., Couke, P., Hnasz, I., *Conditions de travail, stress et burnout des professionnels belges de radiothérapie : analyse comparative et exploration du rôle du travail émotionnel*, Cancer/Radiothérapie, Vol. 19, 2015, pages 161–167.
- Lee, Y., Kramer, A., *The role of purposeful diversity and inclusion strategy (PDIS) and cultural tightness/looseness in the relationship between national culture and organizational culture*, Human Resource Management Review, In Press, accepted, accessible on line since 23/01/ 2016.
- Lehmann, N., & al., *How transformational leadership works during team interactions: A behavioural process analysis*, The Leadership Quarterly, Vol. 26, N. 6, December 2015, pages 1017-1033.
- Leroy-rémont, N., & al., *Effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques entre les contraintes, justice organisationnelle et personnalité avec le bien-être subjectif et l'épuisement professionnel*, Psychologie du Travail et des Organisations, Vol. 20, N. 2, 2014, pages 175-202.
- Li, K, & al., *How does culture influence corporate risk-taking?*, Journal of Corporate Finance, Vol. 23, December 2013, pages 1-22.
- Lundberg, C., Gudmundson, A., Andersson, T-D. *Herzberg's two factor theory of work motivation tested empirically on seasonal workers in hospitaly and tourism*, Tourism Management, Vol. 30, N. 6, December 2009, pages 890-899.
- Luo, P., Chen, K., Wu, C., *Measuring social influence for firm-level financial performance*, Electronic Commerce Research and Applications, Vol. 20, November-December 2016, pages 15-29.
- MacKinnon, N-J., Chow, C., *Compétences de gestion et les dirigeants en santé au Canada : un aperçu des opinions sur le terrain*, Healthcare Management Forum Review, Vol. 17, N. 4, Winter 2004, pages 40–45
- Mahoney, L., Roberts, R-W., *Corporate social performance, financial performance and institutional ownership in Canadian firms*, Review of Accounting Forum, Vol. 31, N. 3, September 2007, pages 233-253.
- Makni, R., Francoeur, C., Bellavance, F., *Causability between corporate social performance and financial performance : Evidence from Canadian firms*, Journal of Business Ethics, Vol. 89, 2009, pages 409-422.
- Marais, M., *Les comportements de RSE des entreprises : approches par les valeurs managériales*, Journée de développement durable, Association Internationale du Management Stratégique AIMS, Lyon, 4 Juin 2008.
- Martineau, R., Sauviat, I., *Le public au travers du prisme managérial : état des lieux d'un domaine des sciences de gestion*, Colloque sur le Public : Nouvelles figures, nouvelles frontières ?, 16eme Colloque International de la revue Politiques et Management Public, 14-15 Mars 2007, Florence.
- Mash, R-J. & al., *An assessment of organisational values, culture and performance in Cape Town's primary healthcare services: original research*, South African Family Practice, Vol. 55, N. 5, September/October 2013, pages 459-466.
- Mazanec, J-A. & al., *Homogeneity versus heterogeneity of cultural values : An item-response theoretical approach applying Hofstede's cultural dimensions in a single nation*, Tourism Management, Vol. 48, Juin 2015, pages 299-304.
- Minvielle, E., & al., *Evaluation de la culture et de l'organisation des services de réanimation*, Réanimation, Vol. 12, 2003, pages 25–30.

- Mishra, S., Suar, D., *Does corporate social responsibility influence firm performance of indian companies?*, Journal of Business Ethics, Vol. 95, 2010, pages 571-601.
- Mohelska, H., Sololova, M., *Organisational culture and leadership – Join vessels?*, Procedia – Social and Behavioural Sciences, Vol. 171, 2015, pages 1011-1016.
- Monzani, L., Ripoll, P., Peiro, J-M., *Winning the hearts and minds of followers: The interactive effects of followers’ emotional competencies and goal setting types on trust in leadership*, Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 47, N. 1, 2015, pages 1-15.
- Moore, C., & al., *Why employees do bad things: moral disengagement and unethical organizational behaviour*, Personnel Psychology, Vol 65, N.1, 2012, pages 1-48.
- Moya, M. & al., *Sexisme, masculinité-féminité et facteurs culturels*, Revue internationale de psychologie sociale, Vol. 18, N.1, 2005, pages 141-167.
- Mugny, G., & al., *Représentations sociales et influence sociale*, Psychologie Française, Vol. 53, N. 2, Juin 2008, pages 223-237.
- Murray, D., R., Schaller, M., *Chapiter two – The behavioural immune system: Implications for social cognition, social interaction, and social influence*, Advanced in Experimental Social Psychology, Vol. 53, 2016, pages 75-129.
- Murray, K-B., Voge, C-H., *Using a hierarchy-of-effects approach to gauge the effectiveness of corporate social responsibility to generate goodwill toward the firm: Financial versus nonfinancial impacts*, Journal of Business Reasearch, Vol. 38, N. 2, February 1997, Ed. Elsevier, pages 141–159.
- Nadeau, R., *L’antiphysicalisme de Hayek : Essai d’élucidation*, Revue de Philosophie Economique, Vol. 1, N. 3, 2011, pages 62-112.
- Nissim, C., *For going new public management and adopting post-new public management principles: The on-going civil service reform in Isreal*, Public Administration and Development, Vol. 36, N. 1, 2016, pages 20-34.
- Ntim, C-G., Soobaroyen, T., *Corporate governance and performance in socially responsible corporations: New empirical insights from neo-institutional framework*, Corporate Governance: An International Review, Vol. 21, N.5, September 2013, pages 468-494.
- Nutley, S. M, Mannion, R., *Organisational culture and quality of health care*, Qual Health Care, Vol. 9, 2000, pages 111 - 119.
- Odoardi, C., *Sentiment de responsabilité pour le changement et l’innovation dans le contexte du comportement de santé : Le rôle de la charge de travail cognitive, le leadership, l’autonomisation et la personnalité proactive*, Psychologie du travail et des Organisations, Vol. 20, N. 4, 2014, pages 382-398.
- Ogbonna, E., Harris, L-C., *Leadership style, organizational culture and performance: empirical evidence from UK companies*, Journal of human resource management, Vol. 11, N. 04, Aout 2000, pages 766-788.
- Otara, A., *Perception: A guide for managers and leaders*, Journal of Management and Strategy, Vol. 2, N. 3, September 2011, pages 21-24.
- Panagiotis, M., Alexendros, S., George, P. *Organizational culture and motivation in the public sector : the case of the city of Zografou*, Procedia Economics and Finance, Vol. 14, 2014, pages 415-424.
- Parra, C., *La nature de la durabilité sociale : vers une lecture socioculturelle du développement territorial durable*, Journal du Développement Durable et Territoire, Vol. 2, N. 2, 2011, en ligne, accessible : <https://developpementdurable.revues.org/8970> , mis en ligne le 26 mai 2011, consulté le 24 février 2013.
- Pauget, B., Dammak, A., *L’arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ?*, Revue Pratiques et Organisation des soins, Vol. 43, N. 1, Janvier- Mars 2012, pages 25-33.
- Petit, V., *Les théories implicites du leadership (TIC)*, Revue international de psychologie et de gestion des comportements organisationnelles, Vol. 18, N. 46, 2012, pages. 247-266.
- Phillips, J., J., Phillips, P., P., Smith, K., *Accountability in human resource management: connecting HR to business results*, Ed. Routledge, 2nd ed., New York, 2016.
- Poilpot-Rocaboy, G., Notelaers, G., Hauge, L-J., *Exposition au harcèlement psychologique au travail : Impact sur la satisfaction au travail, l’implication organisationnelle et l’intention de départ*, Psychologie du Travail et des Organisations, Vol. 21, N° 4, 2015, pages 358-379.

- Popa, R-A., *The corporate social responsibility practices in the context of sustainable development: The case of Romania*, Procedia Economics and Finance, Vol. 23, 2015, pages 1279-1285.
- Presbitero, A., Roxas, B., Chadee, D., *Looking beyond HRM practices in enhancing employee retention in BPOs: Focus on employee organisation value fit*, The International Journal of Human Resource Management, Vol. 27, N.6, 25 March 2016, pages 635-652.
- Probst, T-M., Jiang, L., Graso, M., *Leader-member exchange : moderating the health and safety outcomes of job insecurity*, Journal of Safety Research, Vol. 56, February 2016, pages 47-56.
- Pucetaite, R., *Stimulating organizational innovativeness through ethical leadership practices: the mediating role of organizational trust*, Procedia- Social and Behavioral Sciences, Vol. 156, November 2014, pages 231-235.
- Quevedo-Puente, E., Fuente-Sabaté, J-M., Delgado-Garcia, J-M., *Corporate social performance and corporate reputation : Two interwoven perspectives*, Corporate Reputation Review, Vol.10, N.1, 2010, pages 60-72.
- Quiquerez, G., *La tension entre subjectivisme et libéralisme dans l'ontologie sociale hayékienne*, Journal des Cahiers d'économie politique, N. 36, 2000, pages 99-115.
- Qwaab, R-I., Phillips, K-W., Schaere, M., *Secret conversation opportunities facilitate minority influence in virtual groups: The influence on majority power, information processing and decision quality*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol. 133, March 2016, pages 17-32.
- Racette, R-J., *Le leadership éthique à l'œuvre*, Healthcare Management Forum Review, Vol. 24, N. 2, Summer 2011, pages 112–113
- Robert, J., *Responsabilité sociale en entreprise et leadership : quelques questions*, Colloque Association internationale de sociologie (ISA/CR 10), IDHE, European sociological Association, Juin 2011, Paris-Cachan.
- Ross, E. G., *A Call to Integrate Ethics and Evidence-Based*. Medicine Virtual Mentor, Vol. 15, N. 1, 2013, pages 86-89.
- Ruiz-Jiménez, M., & al., *Organisational harmony as a value in family businesses and its influence on performance*, Journal of Business Ethics, Vol. 126, N. 2, 2015, pages 259-272.
- Rundall, T., Shortell, S., Alexander, J., *A theory of physician-hospital integration : Contending institutional and market logics in the Health Care field*, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 45, 2004, pages :102-117.
- Rusu, G., Avasilcai, S., *Linking human resources motivation to organizational climate*, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 124, 20 March 2014, pages 51-58.
- Saad, G., Cleveland, M., Ho, L., *Individualism-collectivism and the quantity versus quality dimensions of individual and group creative performance*, Journal of Business Research, Vol. 68, N. 3, March 2015, pages 578-586.
- Sainsaulieu, I., *Les appartenances collectives à l'hôpital*, Sociologie du travail, Vol. 48, 2006, pages 72-87.
- Saleem, H., *The impact of leadership styles on job satisfaction and mediating role of perceived organisational politics*, Procedia – Social and Behavioural Sciences, Vol. 172, January 2015, pages 563-569.
- Sanders, M., *Social influences on charitable giving in the workplace*, Journal of Behavioral and Experimental Economics, In press, available since 20/04/2016.
- Sasaki, I., Yoshikawa, K., *Going beyond national cultures: dynamic interaction between intra-national, regional, and organizational realities*, Journal of world business, Vol. 49, 2014, pages 455-464.
- Saulquin, J-Y., Schier, G., *Responsabilité sociale des entreprises et performance : complémentarité ou substituabilité ?*, La Revue des Sciences de Gestion, Vol. 1, N.223, Janvier-Février 2007, pages 57-65.
- Savoie, A., Brunet, L., *Climat organisationnel et culture organisationnelle: Apports distincts ou redondance?*, Revue québécoise de psychologie, Vol. 21, N. 3, 2000, pages 179-200.
- Schpens, F., *Participer pour rendre le travail possible : Les « staffs » en unités de soins palliatifs*, Sociologie du travail, Vol. 57, 2015, pages 39–60.
- Schwartz, S., *Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications*, Revue Française de Sociologie, Vol.47, N. 4, 2006, pages 929-968.

- Sehlen, S., & al., *Jobstress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of LifeWork Group*, Radiat Oncol, Vol. 6, February 2009, pages 4 - 6.
- Selvarajan, T-T., Slattery, J., Stringer, D-Y., *Relationship between gender and work related attitudes: a study of temporary agency employees*, Journal of Business Research, Vol. 68, N. 9, September 2015, pages 1919-1927.
- Seufert, M., & al., *Assessment of subjective influence and trust with an online network game*, Computers in Human Behavior, Vol. 64, November 2016, pages 233-246.
- Shakil Ahmed, M. *Impact of organizational culture on performance management practices in Pakistan*, Business Intelligence Journal, Vol. 5, N. 2, Janvier 2012, pages 50-55.
- Shao, B., Doucet, L., & Caruso, D-R., *Universality versus cultural specificity of three emotion domains some evidence based on the cascading model of emotional intelligence*, Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol. 46, N. 2, 2014, pages 229–251.
- Simonet, D., *Post-NPM reforms or administrative hybridization in the french health care system?*, International Journal of Public Administration, Vol. 38, N.9, 2015, pages 672-681.
- Singhapakdi, A., & al., *The impact of incongruity between an organization's CSR orientation and its employees' quality of work life*, Journal of Business Research, Vol. 68, N. 1, January 2015, pages 60-65.
- Sinkowitz-Cochran, R. L., & al. *The associations between organizational culture and knowledge, attitudes and practices in multicenter Veterans Affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant Staphylococcus aureus*. Am J Infect Control, Vol. 40, 2012, pages 138-143.
- Sonnentag, S., Pundt, A., *Organisational health behaviour climate : Organisations can encourage healthy eating and physical exercise*, Applied Psychology, Vol. 65, N. 2, 2016, pages 259-286.
- Swami, V., & al. *Personality, individual differences, and demographic antecedents of self-reported household waste management behaviours*. J. Environ. Psychol, Vol. 31, 2011, pages 21-26.
- Syafii, L. I., Thoyib, A., Nimram, U., *The role of corporate culture and employee motivation as a mediating variable of leadership style related with the employee performance (studies in Perum Perhutani)*, 2nd Global conference on business and social science-2015, GCBSS-2015, 17-18 September 2015, Bali, Indonesia, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 211, 2015, pages 1142 – 1147.
- Syafii, L-I., & al., *The role of corporate culture and employee motivation as a mediating variable of leadership style related with the employee performance*, Procedia - Social and Behavioural Sciences, Vol. 211, 25 November 2015, pages 1142-1147.
- Syazliana, A-M-I., Rabiah, A-W., Aini, J., *Corporate cultures integration and organizational performance: A conceptual model on the performance of acquiring companies*, Procedia – Social and Behavioural Sciences, , Vol. 172, 27 January 2015, pages 591-595.
- Takahashi T., *Possibility for sustainable balanced scorecard to the hospital management in Japan*, 2^e conférence internationale d'un tableau de bord équilibré en santé, Taipei, 2012.
- Takahashi, T., Ellen, M., Brown, A., *La responsabilité sociale des entreprises et les hôpitaux : une théorie américaine, des expériences japonaises et des leçons pour les autres pays*, Forum Gestion des soins de santé, Hiver 2013, pages 180-183.
- Tardif, C., *Complémentarité, convergence et transversalité : la conceptualisation de l'innovation sociale au CRISES*, Revue Cahier du CRISES - Collection Études Théoriques, N° ET0513, Décembre 2005, Ed. Centre de recherche sur les innovations sociales, Montréal, pages 9-60.
- Tardif, C., *Complémentarité, convergence et transversalité : la conceptualisation de l'innovation sociale au CRISES*, Revue Cahier du CRISES - Collection Études Théoriques, No. ET0513, Décembre 2005, pages 9-60.
- Teko, H-T., Bapes, Y., *Influence sociale et leadership dans la direction des personnes*, SociologieS, en ligne, accessible sur : <http://sociologies.revues.org/3204> mis en ligne le 29 septembre 2010, consulté le 15 mai 2016.
- Teraji, S., *A model of corporate social performance : social satisfaction and moral conduct*, The Journal of Socio-Economics, Vol. 38, 2009, pages 926-934.

- Tesavrita, C., Suryadi, D. *Identification of Herzberg's motivator-hygiene factors for SME's workers: case study of SME in Bandung, Indonesia*, Procedia Economics and Finance, Vol. 4, 2012, pages 299-303.
- Toader, E., Damir, D., *Medical responsibility as moral and ethical foundation for the professional conduit*, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 149, 2014, pages 955 – 961.
- Tomazenic, N., Seljak, J., Aristovnik, A., *The interaction between occupational values and job satisfaction in an authoritative public administration organisation*, Total Quality Management & Business Excellence, Vol. 09, March 2016, pages 1- 16.
- Toode, K., Routasalo, P., Suominen, T., *Work motivation of nurses : A literature review*, International Journal of Nursing Studies, Vol. 48, N. 2, February 2011, pages 246 – 257.
- Touati, N., *Conclusion : la gestion de la qualité des services publics : apprendre à gérer les tensions*, La Revue de l'innovation : la revue de l'innovation dans le secteur public, Vol. 14, N.3, 2009, article 11, p. 7. Disponible sur : http://www.innovation.cc/francais/conclusion14_3nassera_ouati11.pdf , mis en ligne le : 17/12/2009, Mis à jour le : 26/01/2013, consulté le : 01/01/2014 à 11 :55.
- Tova, H., Ilya, K., *Organisational values and organisational commitment: do nurses' ethno-cultural differences matter?*, Journal of Nursing Management, Vol. 22, N. 4, 2014, pages 499-505.
- Tshay, K., Nicholas, H-X., Rule, N-O., *Perceptions of leadership success from nonverbal cues communicated by orchestra conductors*, The Leadership Quarterly, Vol. 25, N. 5, October 2014, pages 301-311.
- Van den Bossche, F., Rogge, N., Devooght, K., *Robust Corporate Social Responsibility investment screening*, Ecological Economics Review, Vol. 69, N.5, 15 March 2010, pages 1159–1169.
- Wach, M., Hammer, B., *La structure des valeurs est-elle universelle ? Genèse et validation du modèle compréhensif de Schwartz*, Orientation Scolaire et Professionnelle, Vol.32, N.3, 2003, pages 556-557.
- Wang, D., S., Hsieh, C.,-C., *The effect of authentic leadership on employee trust and employee engagement*, Social Behavior and Personality, Vol. 41, N. 4, 2013, pages 613-624.
- Wang, X., & al., *Constructing a decision support system for management of employee turnover risk*, Information Technology and Management, Vol. 12, N. 2, 2011, pages 187-196.
- White, L., Currie, G., Lockett, A., *The enactment of plural leadership in a health and social care network: The influence of institutional context*, The Leadership Quarterly, Vol. 25, N. 4, August 2014, pages 730-745.
- Whitmarsh, L., O'Neill, S., *Green identity, green living? The role of pro-environmental self-identity in determining consistency across diverse pro-environmental behaviours*. J. Environ. Psychol, Vol. 30, N. 3, 2010, pages 305-314.
- Williams, B., Perillo, S., Brown, T., *What are the factors of organisational culture in healthcare settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review*, Nurse Education Today, Vol. 35, N. 2, February 2015, pages e34-e41.
- Wohlgenut, J. M., Jansen, J. O., *The principles of non-operative management of penetrating abdominal injury*, Trauma, Vol. 15, 2013, pages 289-300.
- Wood, D-J., *Corporate social performance revisited*, The Academy of Management Review, Vol. 16, N.4, October 1991, pages 691-718.
- Wood, D-J., *Measuring corporate social performance: A review*, British Academy of Management, Vol. 12, N. 1, February 2010 pages 50-84.
- Xenikou, A., *The cognitive and affective components of organisational identification: The role of perceived support values and charismatic leadership*, Applied Psychology, Vol. 63, N. 4, 2014, pages 567-588.
- Yucel, C., Karatas, E., Aydin, Y., *The Relationship Between the Level of Principals' Leadership Roles and Organizational Culture*, 3rd World Conference on Learning, Teaching and Educational Leadership, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 93, 21 October 2013, pages 415–419.
- Zdaniuk, A., Bobocel, D-R., *The role of idealized influence leadership in promoting workplace forgiveness*, The leadership Quarterly, Vol. 26, N. 5, October 2015, pages 863-877.

- Zeng, Y., & al., *Maximizing influence under influence loss constraint in social networks*, Expert Systems with Applications, Vol. 55, 15 August 2016, pages 255-267.
- Zhang, X., Zhou, J., *Empowering leadership, uncertainty avoidance, trust, and employee creativity: Interaction effects and a mediating mechanism*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol. 124, N. 2, 2014, pages 150-164.
- Zhu, W., & al., *Revisiting the mediating role of trust in transformational leadership effects: Do different types of trust make a difference?*, The leadership Quaterly, Vol. 24, N. 1, 2013, pp.94-105.

3. Travaux universitaires

- Guenoun, M., *Management de la performance publique locale : Étude de l'utilisation des outils de gestion dans deux organisations intercommunales*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Paul Cézanne – Aix Marseille III, Marseille, 2009.
- Labelle, F., *La performance sociétale organisationnelle comme convention sociale entre l'entreprise et son milieu : Le cas d'Alcan au Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Thèse de doctorat en Management, Université du Québec, Montréal, 2005.
- Maas, K., *Corporate social performance: From output measurement to impact measurement*, Thèse de doctorat en Management, Erasmus Research Institute of Management ERIM, Université Erasmus de Rotterdam, Rotterdam, 2009.
- Mateescu, V., *Le management interculturel en Roumanie: le cas des investissements directs étrangers des PME étrangères*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Paris-Est, Paris, 2008.
- Naudin, M., *Les implications organisationnelles des missions de service public*, Thèse de doctorat en Management, Université Paris 2, Paris, 2010.
- Ngono, M., *Cadre de référence*, pages 42- 115, In *Intégration des technologies de l'information et de la communication dans l'enseignement secondaire au Cameroun: Point de vue des enseignantes et enseignants des collèges et lycées de la ville de Yaoundé*, Thèse de doctorat en technologie éducative, Université Laval, Québec, 2012.
- Raoul, Y., *Evaluation des politiques publiques et du changement organisationnel dans les services publics. Le cas de la mise en oeuvre du changement de l'Association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) : analyse contextualiste et longitudinale*, Thèse de doctorat en Management, Université de Rennes, Rennes, 2010.
- Termini, N., *Le rôle des dimensions culturelles de Hofstede en regard du fonctionnement interne des équipes de travail pluriculturelles*, Thèse de doctorat en psychologie – recherche et intervention, Université de Montréal, 2011.

4. Rapports

- *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et du Sport, Ed. ENSP, Ed. 2, Paris, 2007.
- Fontaine-Gavino, K., Zambeaux, A., *Bilan social et tableaux de bord : des outils de pilotage au service des ressources humaines*, Ed. CIG petite couronne, 9^{ème} Ed, collection les diagnostics de l'emploi territorial, Villiers-sur-Marne, 2005.
- *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2009.
- *Statistiques sanitaires année 2010*, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2012.
- *Statistiques sanitaires année 2011*, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, Juillet 2013.
- *Statistiques sanitaires année 2012*, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, Mars 2014.
- *Statistiques sanitaires année 2013*, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, Mai 2015.

- Toupillier, D., Yahiel, M., *La modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ed. CNG, Paris, 2011.

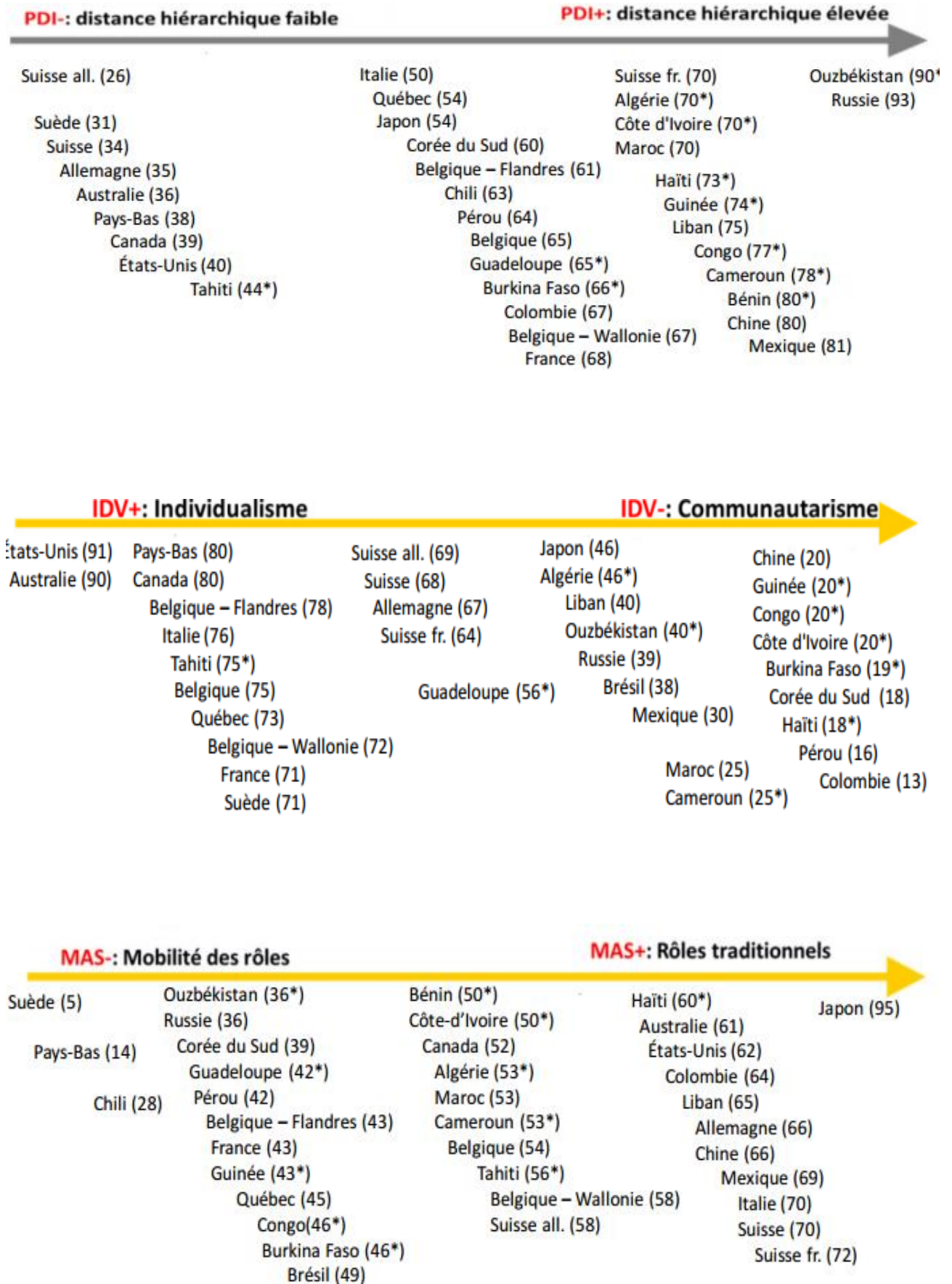
5. Textes réglementaires

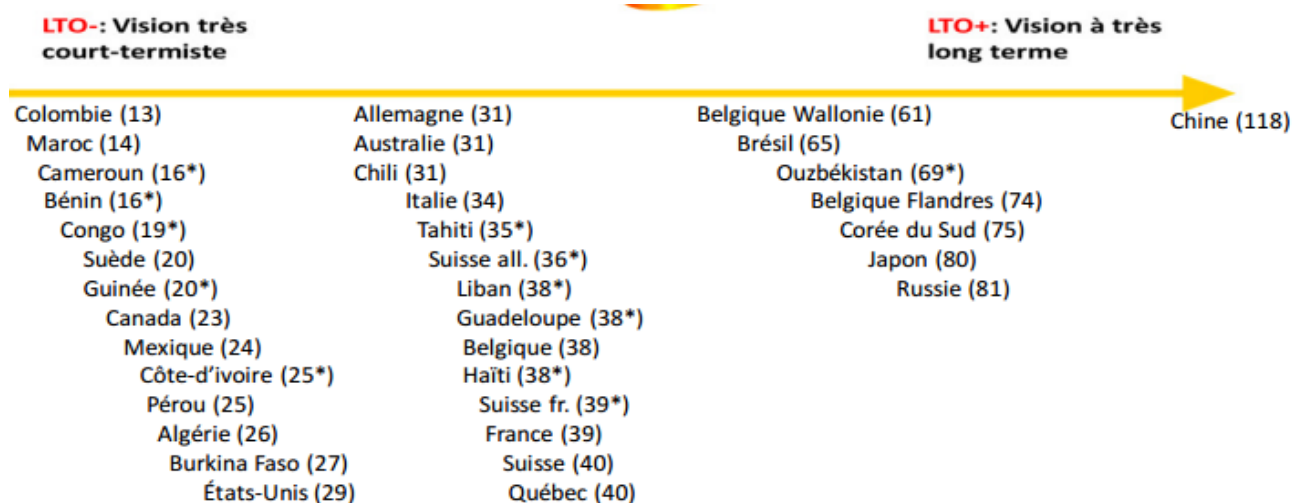
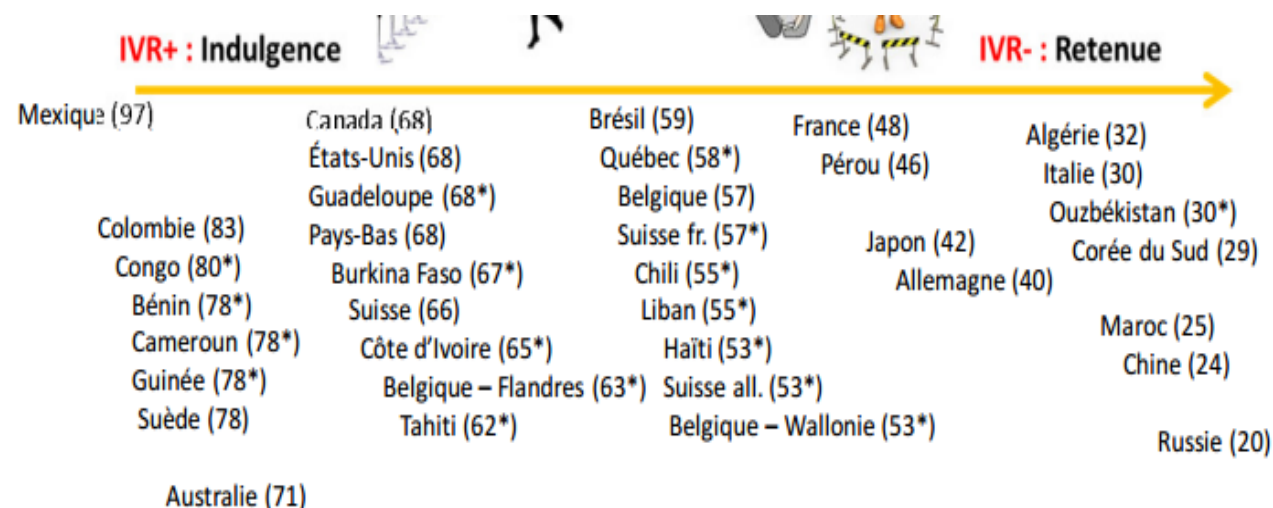
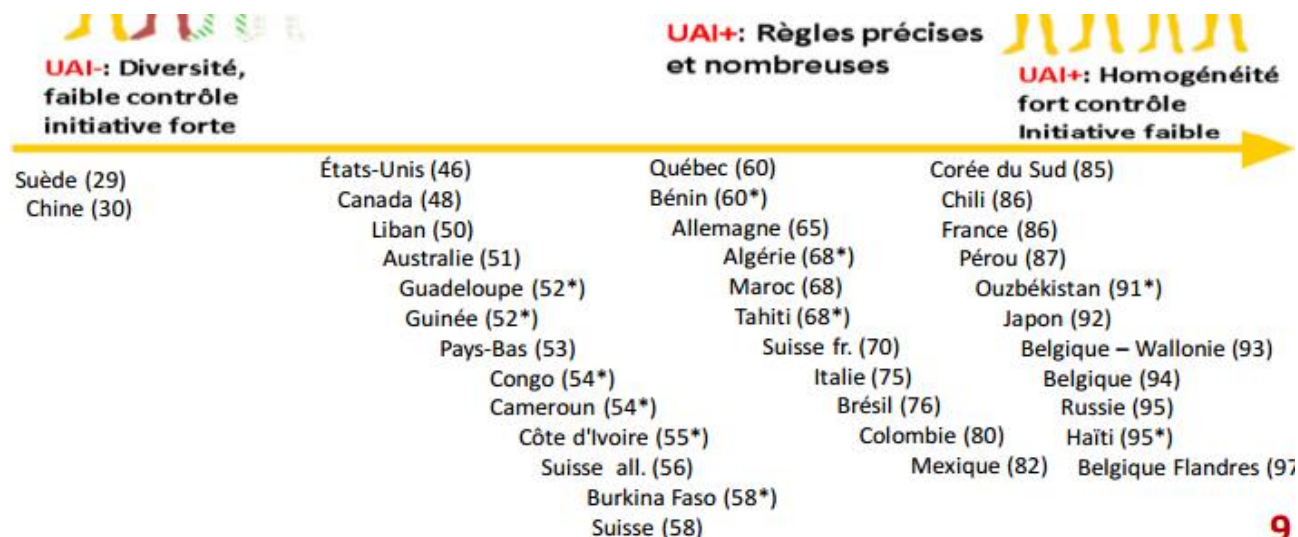
- Décret exécutif N° 09-393 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009 portant sur le statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique : Art. 21- 25, Journal officiel de la république algérienne N°70 du 12 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 29 Novembre 2009, Alger.
- Décret exécutif N° 08-129 du 27 Rabie Ethani 1429 correspondant au 3 mai 2008 portant statut particulier de l'enseignant chercheur hospitalo-universitaire : Art. 5, Journal officiel de la république algérienne N°23 du 28 Rabie Ethani 1429 correspondant au 4 Mai 2008, Alger.
- Décret exécutif N° 09-394 du 7 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 24 novembre 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique : Art. 18-20, Journal officiel de la république algérienne N°70 du 12 Dhou El Hidja 1430 correspondant au 29 Novembre 2009, Alger.
- Décret exécutif N°11-236 du Aouel Chaâbane 1432 correspondant au 3 juillet 2011 portant statut du résident en sciences médicales : Art. 2-9, Journal officiel de la république algérienne N°38 du 4 Chaâbane 1432 correspondant au 6 juillet 2011, Alger.
- Décret exécutif N°97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires. Journal officiel de la république algérienne N°81 du 10 Chaâbane 1418 correspondant au 10 Décembre 1997, Alger.

Annexes

Liste des annexes

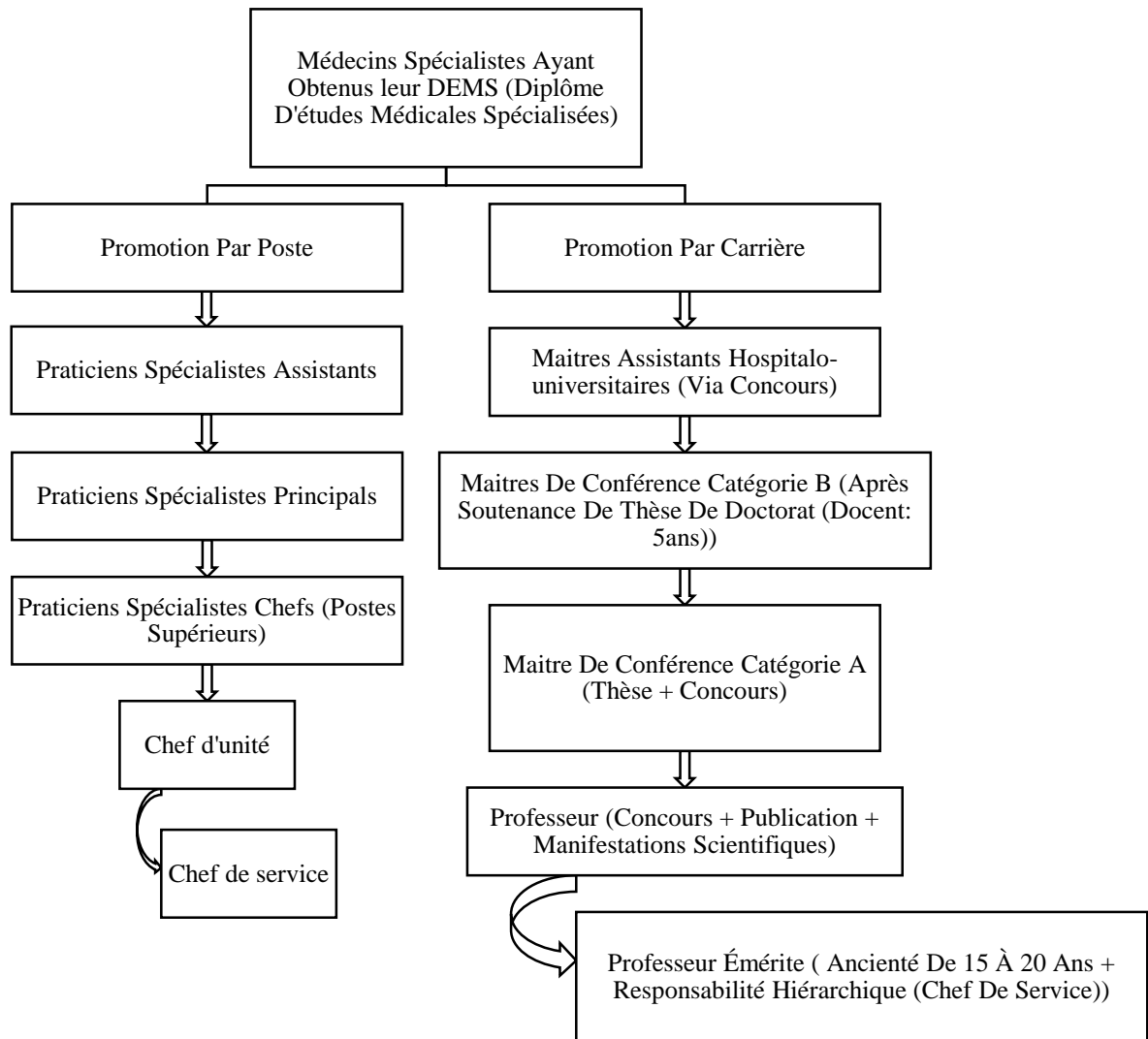
<i>Numéro des Annexes</i>	<i>Page</i>
Annexe 1 : Dimensions culturelles organisationnelles des organisations algériennes.....	I
Annexe 2 : Politique de promotion par poste et par carrière des médecins dans les CHU algériens.....	III
Annexe 3 : Appréciation de l'environnement de travail des médecins dans les CHU algériens pour l'année 2010.....	IV
Annexe 4 : Questionnaire de la recherche.....	V
Annexe 5 : Présentation des 90 variables de la classification ascendante hiérarchique du modèle 1	XV
Annexe 6 : Dissimilarité et intensité de la relation entre les variables du modèle 1	XVII
Annexe 7: Dendrogramme des distances d'agrégation de la classification ascendante hiérarchique du modèle 1.....	XVIII
Annexe 8 : Présentation des 91 variables de la classification ascendante hiérarchique du modèle.....	XIX
Annexe 9 : Dissimilarité et intensité de la relation entre les variables du modèle 2.....	XXI
Annexe 10 : Dendrogramme des distances d'agrégation de la classification ascendante hiérarchique du modèle 2.....	XXII
Annexe 11 : Présentation des variables du modèle de l'analyse par composantes principales.....	XXIII
Annexe 12 : Présentation des résultats descriptifs du modèle de l'analyse par composantes principales.....	XXVI
Annexe 13 : Corrélation entre les variables du modèle de l'analyse par composantes principales.....	XXVII
Annexe 14 : Présentation des valeurs propres du modèle de l'analyse par composantes principales.....	XXVIII
Annexe 15 : Présentation des statistiques descriptives des variables pour chaque grade des médecins.....	XXIX
Annexe 16 : Boîte à moustache des résultats de la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité.....	XXXV
Annexe 17 : Valeurs codées des facteurs x1, x2 et x3.....	XXXVI
Annexe 18 : Ecart entre les valeurs observées et les valeurs prédites de Y du modèle des plans d'expériences.....	XXXVII
Annexe 19 : Analyse de la régression et de la variance par les tests de Student et de Fisher	XXXVIII





Les résultats sont tirés des travaux de Hofstede. Ils sont développés et réunis par Jule Duchastel et réadaptés par Er-Rafia en 2012. Accessible sur :

http://www.chambreuil.com/public/2012/12/Dimensions_Culturelles.pdf
<https://geert-hofstede.com/countries.html>



Annexe 3 : Appréciation de l'environnement de travail des médecins dans les CHU algériens pour l'année 2010
IV

Domaines	Indicateur	formule	résultat	Unité
Valeur ajoutée du corps médical	Ratio de productivité du corps médical	Nbre d'hospitalisation/ Effectif du corps médical	20	Cas/ médecin/an
	Indice individuel de performance en soins	(Nbre d'hospitalisation – nombre de patients curables décédés/ Effectif médical	14	Patient/ médecin/an
	Indice individuel de performance en soins vitales	(Nbre d'admission en pronostiques vitales menacés –Nbre de patients curables décédés)/ Effectif médical	11	Patient/ médecin/an
Structure hospitalière	Taux de productifs directs des corps médical et paramédical	Effectifs Médical Et Paramédical x 100/ Effectif Total	68,97	%
	Taux de productifs directs des corps médical	Effectifs Médical x 100 / Effectif Total	32,24	%
	Taux d'encadrement des corps médical et paramédical	Effectif Médecins hospitalier spécialistes x 100/ Effectif Total Médical Et Paramédical	15,13	%
	Taux d'encadrement des résidents	Effectif Hospitalo-universitaires x 100 / Effectif des Résidents	35,49	%
Recrutement des corps hospitaliers	Ratio de qualité du recrutement de gradation	Nbre de candidats/ Nbre de postes de gradation	9	Candidat/Poste
Formation des corps hospitaliers	Taux de consommation du budget de formation	Budget Réalisé x 100/ Budget Prévu	96,63	%
	Effort en formation pour le personnel hospitalier	Budget Consacré A La Formation/ Effectif Hospitalier	129121,15	DA/ Employé/ an
	Effort en formation pour le corps médical	Budget de Formation Consacré au corps médical/ Effectif médical	320373,55	DA/ Médecins/ an
	Effort en formation global	Budget Consacré à la Formation x 100/ Frais Total de fonctionnement des CHU	2,16	%
Rémunération des corps hospitaliers	Ratio de rémunération moyenne des corps hospitaliers	Frais De Personnel/ Effectif x 12	39270,2	DA/ employé/ mois
Climat social interne hospitalier	Nombre de départ des médecins spécialistes	Nbre De Départs/ Nombre d'années	616	M. spécialistes/ an
	Taux de départ des médecins spécialistes	Nbre De Départ par an x 100/ Effectif des médecins spécialistes	42	%
	Taux de rotation des médecins spécialistes	Nbre De Départ/ Nbre D'entrée	70	%
	Taux de valorisation social du personnel hospitalier	Budget des œuvres sociales /Effectif Hospitalier	8028,42	DA
Hygiène, Santé et sécurité au travail	Effort d'entretien des espaces communs	Budget de l'entretien des CHU / Nbre de CHU x 365j	180635,11	DA
	Effort d'actions spécifiques de prévention	Budget d'actions spécifiques de prévention/ Nbre de CHU x 365j	28748,55	DA

◇ Questionnaire Anonyme pour une préparation d'une thèse de Doctorat dans le thème de ◇

Impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur la culture de responsabilité des médecins dans les Centres Hospitalo-universitaires en Algérie

Ce questionnaire a pour finalité de déterminer la qualité des interactions relationnelles entre l'équipe dirigeante et les médecins. Cela permet d'identifier les sources d'insatisfaction ou de démotivation d'origines sociales qui impactent sur les conditions de travail et sur l'épanouissement des médecins. L'étude de l'impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante détermine la force des valeurs sociétales responsables à travers l'analyse de la force de la culture hospitalière dans les CHU. Cette étude fait ressortir les priorités et les freins à résorber pour une meilleure responsabilisation partagée.

Il est à noter que ce questionnaire est conçu dans le cadre de la préparation d'un doctorat au niveau de l'Ecole des Hautes Etudes Commerciales d'Alger. Les données récoltées sont purement utilisées à des fins scientifiques. Il est donc demandé aux aimables médecins anonymes participant à l'étude de répondre ouvertement et objectivement sur l'ensemble des questions.

Pour toute question ou information complémentaire susceptible d'enrichir cette thèse de doctorat, je vous prie de bien vouloir contacter la chercheuse à cette adresse : djida.bounazef@gmail.com.

Je vous remercie pour votre participation et collaboration, ainsi qu'au temps bien précieusement investi.

« Le changement est la responsabilité de tous »

Mlle Djida BOUNAZEF

Enseignante-Chercheuse
Département des Sciences Commerciales
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion
Université Abderrahmane Mira de Béjaia
Ecole des Hautes Etudes Commerciales d'Alger

1. Influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins

1.1. Êtes-vous satisfait(e) du choix de l'équipe dirigeante concernant les médecins recrutés et promus à des postes de responsabilité dans votre service?

<i>Médecins recrutés</i>		<i>Médecins promus à un poste de responsabilité</i>	
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Non

1.2. Si vous avez bénéficié(e) d'une formation continue depuis votre appartenance au CHU, préciser son type et sa durée

	<i>Cocher</i>
Formation interne	<input type="checkbox"/>
Formation externe nationale	<input type="checkbox"/>
Formation externe internationale	<input type="checkbox"/>
Formation via internet (e-learning)	<input type="checkbox"/>

Si vous n'avez pas bénéficié(e) d'une formation continue, préciser la raison (*cocher*)

<input type="checkbox"/>	Barrières internes	<input type="checkbox"/>	Refus de votre supérieur hiérarchique
<input type="checkbox"/>	Attribution non homogène des opportunités de formation	<input type="checkbox"/>	Raison personnelle
<input type="checkbox"/>	Non affichage de l'opportunité de formation	<input type="checkbox"/>	Non intéressé(e)
<input type="checkbox"/>	Affichage tardive de l'opportunité de formation	<input type="checkbox"/>	Autre

1.3. Recevez-vous 100% de votre salaire variable ? (maximum de la prime de rendement)

Oui Non

Si non, déterminer la cause (*cocher*)

<input type="checkbox"/>	Conflit avec votre supérieur hiérarchique	<input type="checkbox"/>	Démotivation pour cause de non reconnaissance
<input type="checkbox"/>	Mauvaise équipe de travail	<input type="checkbox"/>	Autres raisons

1.4. Noter de 00 à 10 la qualité de communication et de collaboration pour les cas suivants au niveau de votre service

<input type="text"/>	Entre vous et vos supérieurs hiérarchiques	<input type="text"/>	Entre vous et les médecins de grade différents
<input type="text"/>	Entre vous et la direction	<input type="text"/>	Entre vous et les paramédicaux
<input type="text"/>	Entre vous et les médecins de même grade	<input type="text"/>	Entre vous et les autres corps hospitaliers

1.5. Répartir en pourcentage le rôle que joue votre équipe de travail sur vos responsabilités (total 100%)

<input type="text"/>	%	AF : Mes collègues qui soutiennent mes idées, mes points de vue et mes méthodes de travail
<input type="text"/>	%	AC : Mes collègues qui me critiquent, me bloquent, me frustrent et sont générateurs de conflits
<input type="text"/>	%	AI : Mes collègues qui sont indifférents, en retrait, sans avis, ne me bloquent pas mais jettent un froid

1.6. Répartir en pourcentage les types de conflits existants dans votre service (*total 100%*)

%	Interprétation différente, non accès à l'information, divergence d'avis médical et de prise de décision
%	Manque de respect, mauvaise communication et perception
%	Différents points de vue en termes d'idéologie, d'éducation, choix de vie, opinions religieuses/politiques
%	Opposition d'intérêts, divergence entre l'intérêt perçu et les intentions réelles de la personne
%	Abus de pouvoir/contrôle, dysfonctionnements hiérarchiques, contraintes géographiques, rôles mal définis

1.7. Déterminer le nombre moyen de conflits générés par an pour chaque situation dans votre service

/an	Entre vous et un médecin de même grade	/an	Entre les différents services
/an	Entre vous et la direction	/an	Entre vous et les paramédicaux
/an	Entre vous et un médecin de grade différents	/an	Entre vous et vos supérieurs hiérarchiques
/an	Entre vous et les autres corps hospitaliers		

1.8. Déterminer le nombre d'heures de travail perdu par jour que vous subissez à cause des conflits internes entre médecins dans votre service durant cette dernière année

Nombre moyen de conflits

Nombre moyen d'heures de travail perdu par jour

Heures par jour

1.9. Faites-vous parti d'un groupe syndical et êtes-vous satisfait(e) de leurs actions/ résultats? (*cocher*)

<i>Syndicat interne</i>				<i>Syndicat externe</i>			
Je fais parti	<input type="checkbox"/>	Je ne fais pas parti	<input type="checkbox"/>	Je fais parti	<input type="checkbox"/>	Je ne fais pas parti	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	Je suis satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas satisfait(e)	<input type="checkbox"/>

1.10. Déterminer vos raisons d'appartenance ou de non-appartenance et de (non)satisfaction à un groupe syndical

.....

.....

.....

.....

1.11. Dites si vous avez déjà suivi un mouvement de grève et la raison de votre action

.....

.....

.....

1.12. Déterminer le nombre de grève auxquels vous avez participé, leur durée et le retard accumulé dans votre travail

Nombre de grève auxquels vous avez participé

Durée des grèves (jours)

Nombre d'heures de travail perdu par jour

Durant les 3 dernières années

1.13. Avez-vous déjà changé de service (mobilité interservices) ou de structure hospitalière (mobilité géographique) ?

Mobilité interservices		Mobilité géographique	
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Non

Si oui, déterminer la raison, le nombre de mobilité et son année.....

1.14. Déterminer le nombre d'heures, jours, semaines et de mois d'absence que vous avez réalisé durant cette dernière année

Heures d'absence de travail par jour	/jours
Jours d'absence de travail par semaines	/semaines
Semaines d'absences de travail par mois	/mois
Mois d'absences de travail par an	/an

1.15. Répartir en pourcentage les raisons de vos absences

<input type="checkbox"/>	Vie personnelle
<input type="checkbox"/>	Maladie
<input type="checkbox"/>	Formations/Séminaires avec une initiative personnelle
<input type="checkbox"/>	Démotivation pour cause de mauvais rapports avec l'équipe dirigeante
<input type="checkbox"/>	Imprévus
Conditions de santé et de sécurité au travail	
<input type="checkbox"/>	Manque de sécurité dans mon environnement de travail
<input type="checkbox"/>	Mauvaise qualité de l'air, climatisation et du chauffage
<input type="checkbox"/>	Mon espace de travail est inconfortable (ergonomie, bureaux, wifi, structures, etc.)
<input type="checkbox"/>	Je suis insatisfait(e) de la propreté du CHU (chambres malades, blocs opératoires, espaces communs, etc.)
<input type="checkbox"/>	Mon CHU ne donne pas une importance au tri des déchets
<input type="checkbox"/>	Je suis insatisfait(e) de l'entretien de l'infrastructure et des espaces communs
<input type="checkbox"/>	Je suis insatisfait(e) de la mise en place des mesures et des actions spécifiques de prévention
<input type="checkbox"/>	Le CHU ne met pas à ma disposition l'ensemble du matériel médical et autre nécessaire à mon travail
<input type="checkbox"/>	La direction du CHU n'achète pas tout le matériel médical et autre dont nous avons besoin dans les délais demandés
<input type="checkbox"/>	La direction n'investit pas dans l'achat de matériel de pointe
<input type="checkbox"/>	J'ai un accès difficile et lent au matériel de pointe de mon CHU
<input type="checkbox"/>	Le matériel de pointe est non fonctionnel dans mon CHU
<input type="checkbox"/>	Le matériel de pointe n'est pas entretenu et réparé dans des délais raisonnables

1.16. Répartir en pourcentage l'organisation de votre temps au travail (total 100%)

<input type="checkbox"/>	%	Prise en charge des patients	<input type="checkbox"/>	%	Pauses
<input type="checkbox"/>	%	Diagnostic des cas des malades	<input type="checkbox"/>	%	Recherche médicale
<input type="checkbox"/>	%	Réunions	<input type="checkbox"/>	%	Encadrement ou enseignement
<input type="checkbox"/>	%	Bureaucratie	<input type="checkbox"/>	%	Attente de la disponibilité d'un outil, d'un produit,...
<input type="checkbox"/>	%	Relation sociale au travail	<input type="checkbox"/>	%	Conflits internes

1.17. Déterminer en pourcentage les raisons du départ des médecins dans votre service

Retraite	Mutation	Service civil	Promotion	Démission	Autre	Total
%	%	%	%	%	%	100%

1.18. Pensez-vous à démissionner un jour pour une raison ou une autre de votre service ou CHU?

Oui
 Non

1.19. Donner les 3 raisons principales qui vous poussent à envisager la démission

1).....

 2).....

 3).....

1.20. Classer de 01 à 08 les éléments qui impactent et affectent l'intention des départs/démissions (*le 1 est l'élément qui a le plus grand impact*)

	Leadership et pratiques managériales [1]
	Sélectivité et intégration des médecins [2]
	Formation continue des médecins [3]
	Rémunération des médecins [4]
	Conditions de santé et de sécurité au travail [5]
	Culture interne existence dans le CHU [6]
	Climat social interne dans le CHU [7]
	Culture de responsabilité des médecins [8]

1.21. Classer les points précédents de [1] à [8] dans la matrice suivante selon vos opinions

Il est urgent et important d'améliorer	Il est urgent et non important d'améliorer
Il est important et non urgent d'améliorer	Il est secondaire et non urgent d'améliorer

1.22. Citer 3 choses que votre CHU devrait continuer de faire pour réduire les départs volontaires des médecins

1).....
 2).....
 3).....

1.23. Citer 3 choses que votre CHU devrait arrêter de faire pour réduire les départs volontaires des médecins

1).....
 2).....
 3).....

1.24. Citer 3 choses que votre CHU devrait commencer à faire pour réduire les départs volontaires des médecins

1).....
 2).....
 3).....

2. Force de la culture de responsabilité des médecins

2.1. Entourer une seule réponse par ligne (A ou B), celle qui reflète le plus la culture interne de votre CHU

A	Les inégalités sont réduites et les droits sont égaux	B	Les inégalités et les privilèges sont voulus
A	Les intérêts communs passent avant tout	B	Chacun pour soi et priorité aux intérêts personnels
A	Compromis, solidarité et qualité de vie au travail	B	Affrontement, affirmation de soi et concurrence
A	Peu de stress et le changement est cherché	B	Anxiété et opposition à tout changement
A	Les anciens ont plus d'autorité sur les jeunes	B	Créativité, égalité et équité sont valorisés
A	Je ne me familiarise pas avec mes collègues	B	Je considère mes collègues comme ma deuxième famille
A	Application des procédures pour toute situation	B	Chaque situation a sa propre solution adaptée
A	Le travail d'équipe est récompensé, soutenu et valorisé	B	Chaque personne est récompensée uniquement pour son propre travail et non pour celui de l'équipe
A	La renommée d'un médecin est équivalent au grade	B	La renommée est équivalent à la compétence
A	Pour être efficace, il faut faire une tâche à la fois	B	Pour être efficace il faut gérer plusieurs tâches à la fois
A	La réussite du CHU se doit à ce qu'il a réalisé	B	La réussite du CHU se doit à ce qu'il réalise et réalisera

2.2. Adhérez-vous aux valeurs professionnelles et morales de votre supérieur hiérarchique et de la direction de votre CHU ? (cocher)

Valeurs de votre supérieur hiérarchique		Valeurs de la direction de votre CHU	
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

2.3. Noter de 00 à 10 votre satisfaction du style de gestion de votre supérieur hiérarchique

<input type="text"/>	/10	Qualité des prises de décisions
<input type="text"/>	/10	Participation des médecins aux prises de décisions
<input type="text"/>	/10	Souplesse et flexibilité dans la gestion de votre travail
<input type="text"/>	/10	Confiance professionnelle que vous accorde votre supérieur hiérarchique
<input type="text"/>	/10	Assume ses responsabilités
<input type="text"/>	/10	Honore ses promesses et ses engagements
<input type="text"/>	/10	Manière de gérer les crises et de résoudre les problèmes internes
<input type="text"/>	/10	Sa façon de valoriser et de donner de l'importance aux médecins
<input type="text"/>	/10	Temps de circulation de l'information
<input type="text"/>	/10	Délai de réponse à vos requêtes formulées

2.4. Décrire la personnalité et les valeurs culturelles organisationnelles de votre supérieur

.....

.....

.....

2.5. Noter aussi de 00 à 10 le délai de diffusion de l'information et sa qualité

<input type="text"/>	/10	Délai de diffusion de l'information de la part de votre supérieur hiérarchique
<input type="text"/>	/10	Qualité d'information des objectifs, travaux en cours et plan de développement du service

2.6. Répartir en pourcentage la fréquence d'utilisation de l'outil de communication entre votre supérieur hiérarchique et votre équipe de travail

Tableau d'affichage	Boites mails	Téléphone	Réunions	Vive voix
%	%	%	%	%

2.7. Cocher sur les points reflétant les efforts de l'équipe dirigeante dans l'intégration d'une culture de responsabilité

<input type="checkbox"/>	La direction sensibilise les médecins aux valeurs sociales (intégrité, équité, respect, etc.)
<input type="checkbox"/>	La direction sensibilise les médecins au développement durable (traitement des déchets, rationalisation dans la consommation d'eau, de papiers, responsabilité de tous au maintien de la propreté des espaces communs)
<input type="checkbox"/>	La direction a organisée des journées de sensibilisation de la responsabilité de chaque médecin dans la génération des valeurs sociales et environnementales
<input type="checkbox"/>	La direction a formé les responsables et les chefs de service dans le management responsable

2.8. Classer de 1 à 6 ce qui vous motive dans votre poste (*1 est le point qui vous motive le plus*)

<input type="checkbox"/>	S : J'ai un poste stable jusqu'à ma retraite, ce qui me permet de me sentir en sécurité financièrement
<input type="checkbox"/>	O : Mon statut me permet d'avoir un prestige et d'être considéré(e) dans la société à ma juste valeur
<input type="checkbox"/>	N : Mon métier me permet de relever de nouveaux défis et de traiter de nouveaux cas
<input type="checkbox"/>	C : Mon poste me permet d'avoir des avantages et de voyager, je me sens confortable dans ce que je fais
<input type="checkbox"/>	A : J'ai choisi cette profession car je peux gagner un salaire supérieur à la moyenne des salaires algériens
<input type="checkbox"/>	S : J'aime mon métier car je suis en contact direct avec les patients, je les aide à s'en sortir et cela me comble

2.9. Cocher sur les points qui reflètent vos pensées en termes des facteurs source de motivation

<input type="checkbox"/>	Le perfectionnement et la recherche médicale sont des priorités au niveau du CHU
<input type="checkbox"/>	J'ai de bonnes perspectives d'avancement dans mon service ou CHU
<input type="checkbox"/>	La direction a programmé les formations nécessaires à mon perfectionnement
<input type="checkbox"/>	Je suis satisfait(e) des avantages sociaux dont j'ai droit dans mon CHU
<input type="checkbox"/>	Le travail dans ce service ou CHU me permet de maintenir un équilibre entre mon travail et ma vie privée
<input type="checkbox"/>	En cas d'urgence personnelle, la direction me libère et répond à mes besoins de façon appropriée
<input type="checkbox"/>	Les politiques, procédures et les mesures disciplinaires sont applicables de la même manière envers tous
<input type="checkbox"/>	La diversité est voulue, acceptée et encouragée dans mon service ou CHU
<input type="checkbox"/>	Je n'ai observé(e) aucune forme de discrimination et de racisme dans mon CHU
<input type="checkbox"/>	Je n'ai observé(e) aucune forme d'harcèlement moral ou sexuel
<input type="checkbox"/>	Le respect entre collègues et entre les médecins et la direction est la première réussite de notre CHU
<input type="checkbox"/>	Le CHU parvient à susciter la satisfaction de tous (le corps hospitalier, les fournisseurs, les patients, etc.)

2.10. Cocher sur les points qui reflètent vos pensées en termes de facteurs source de démotivation

<input type="checkbox"/>	La bureaucratie me freine beaucoup et me démotive
<input type="checkbox"/>	Il existe des distractions et sources nuisibles affectant mon travail
<input type="checkbox"/>	Je n'arrive pas à respecter les délais établis à cause de facteurs qui ne dépendent pas de moi
<input type="checkbox"/>	Je n'assiste pas aux réunions car je les considère inutiles et non génératrice de vrais changements
<input type="checkbox"/>	Je n'accepte pas de travailler plus que mes collègues pour le même salaire, je suis donc leur rythme de travail
<input type="checkbox"/>	Je n'accepte pas de travailler plus que mes collègues pour le même salaire, je suis donc leur rythme de travail
<input type="checkbox"/>	Je fais de mon mieux pour recevoir des formes de récompenses non monétaires au niveau du CHU
<input type="checkbox"/>	Je prends les critiques de mes collègues comme des critiques personnelles
<input type="checkbox"/>	Il existe beaucoup de favoritisme dans mon CHU, cela me démotive
<input type="checkbox"/>	Les erreurs sont mal perçues dans mon CHU, elles ne sont pas considérées comme un apprentissage

2.11. Cocher sur les points qui reflètent vos principes et vos engagements

- Je me sens responsable vis-à-vis de ma contribution dans l'amélioration de mon CHU
- J'ai un pouvoir d'influence positif que je peux apporter afin de sensibiliser mes collègues sur les plans organisationnel, comportemental et scientifique.
- Mon comportement, mon sérieux ou mon manque de sérieux impactent mon environnement de travail
- Mes décisions impactent les activités, les décisions de l'organisation et les actions courantes et stratégiques
- J'ai ma part de responsabilité dans le tri des déchets et dans la rationalisation de la consommation du papier ou de toute matière augmentant le volume des déchets hospitaliers
- Je me sens responsable dans la prévention, l'orientation et dans le transfert d'expérience de mes jeunes collègues
- Ma responsabilité est d'intervenir et de dénoncer toute forme de discrimination, harcèlement ou violation des droits d'un collègue ou d'un patient
- J'ai ma part de responsabilité dans la qualité du dialogue social et des échanges avec mon équipe de travail
- Je suis conscient de mon impact sur la santé mentale et physique de mes patients par mes actions/paroles
- Il est de ma responsabilité de faciliter l'accès aux services essentiels et les démarches vitales aux soins
- Je suis responsable dans le développement des compétences par mes contributions scientifiques et médicales
- Je crée de la valeur ajoutée autour de moi
- j'ai une part de responsabilité en faisant du CHU un établissement actif et engagé socialement

2.12. Cocher sur les points qui reflètent vos pensées en termes de votre implication

- Je me sens vraiment concerné(e) par le futur du CHU
- Je suis prêt(e) à faire de gros efforts, au-delà de ce qui est attendu pour aider le CHU à s'améliorer
- Je pourrais tout aussi bien travailler pour un autre CHU dans la mesure où mon travail resterait le même
- Ce CHU me permet de donner le meilleur de moi-même
- Je n'ai aucun avantage particulier à rester indéfiniment dans ce CHU
- je suis reconnu(e) et récompensé pour mes efforts
- J'ai fait une très grave erreur en décidant de travailler dans ce CHU
- Je suis fier(e) de dire aux autres que je travaille dans ce CHU
- Pour moi, ce CHU est le meilleur CHU algérien où je pourrais travailler

2.13. Cocher sur les points qui reflètent vos actions

- Je m'efforce d'avoir un comportement et un professionnalisme exemplaire
- Je sensibilise mes collègues à s'améliorer et les raisonne, il m'arrive même de jouer le rôle du médiateur
- Je défends toute personne, patient ou collègue subissant toute forme de violation des droits
- Je fais de mon mieux d'apporter de l'optimisme et de la bonne humeur dans mon environnement de travail
- J'évite au mieux l'affrontement avec mes collègues afin de réduire la création de conflits
- Je m'engage corps et âme dans le soutien des malades dont je suis en charge tant moralement que médicalement
- J'aide tout nouveau collègue à intégrer le métier, je l'oriente et lui montre les ficelles du métier
- Je trie les déchets et je rationalise ma consommation d'eau, d'électricité, de papiers etc dans mon lieu de travail
- Ma contribution scientifique est mon meilleur moyen de sensibilisation, c'est mon héritage pour mes confrères
- J'émet des actions pour rendre agréable la vie des patients au CHU (exemple faire sortir en promenade des cancéreux, organiser des fêtes dans le service de pédiatrie, etc.)
- Je suis convaincu que je joue un rôle actif dans l'amélioration du monde qui m'entoure

2.14. Quelles sont les habitudes, traditions et coutumes internes propres à votre service qui renforcent les liens entre vous et vos collègues ?

.....

.....

.....

2.15. Selon vous, quelles sont les améliorations internes induites par le renforcement de la responsabilisation partagée entre les médecins et l'équipe dirigeante ?

%	Pourcentage de réduction des délais d'attente d'accès aux soins (non urgents)
%	Pourcentage d'amélioration de réussite médicale dans votre service (interventions, etc.)
%	Pourcentage de réduction du décès des patients curables
%	Pourcentage de patients à sauver grâce à la disponibilité continue des machines de pointe et des outils médicaux nécessaires
%	Pourcentage de réduction des fautes médicales et accidents de travail
%	Pourcentage d'augmentation des médecins intégrant aux valeurs de la direction du CHU
%	Pourcentage d'amélioration de l'implication et de la satisfaction des médecins
%	Pourcentage de réduction de l'absentéisme
%	Pourcentage de réduction de la création des conflits
%	Pourcentage de réduction des départs
%	Pourcentage de réduction des démissions
%	Pourcentage d'amélioration de votre performance individuelle
%	Pourcentage d'amélioration de la performance de votre équipe de travail
%	Pourcentage d'amélioration de la performance de votre service

2.16. Pensez-vous que le renforcement de la culture de responsabilité par l'équipe dirigeante induit :

<input type="checkbox"/>	L'épanouissement au travail à travers la disponibilité des conditions optimales de travail renforce votre responsabilité sociétale
<input type="checkbox"/>	La responsabilisation partagée permet la mise en place d'un management responsable basé sur les principes du post-NPM
<input type="checkbox"/>	La responsabilisation partagée renforce la synergie du groupe

Si « non », justifier votre réponse :

.....

.....

.....

.....

.....

2.17. Quelle est selon vous la contribution de la culture de responsabilité dans la création de valeur ajoutée hospitalière pour les points suivant ?

<input type="checkbox"/>	Renforcement des compétences
<input type="checkbox"/>	Amélioration du taux de réussite médicale
<input type="checkbox"/>	Amélioration de la maîtrise du matériel de pointe
<input type="checkbox"/>	Amélioration de la répartition homogène des charges de travail
<input type="checkbox"/>	Réduction des fautes et accidents de travail à travers une meilleure collaboration
<input type="checkbox"/>	Amélioration de la performance hospitalière
<input type="checkbox"/>	Renforcement de la contribution dans la recherche médicale

3. Fiche signalétique des médecins

3.1. Votre sexe

<input type="checkbox"/>	Masculin
<input type="checkbox"/>	Féminin

3.2. Votre tranche d'âge

25 - 36	37 - 44	45 - 55	56 et plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3. Votre grade

<input type="checkbox"/>	Professeur
<input type="checkbox"/>	Maitre de conférences
<input type="checkbox"/>	Maitre-assistant
<input type="checkbox"/>	Spécialiste
<input type="checkbox"/>	Résident
<input type="checkbox"/>	Généraliste

3.4. Appartenance institutionnelle (nom du CHU)

.....
.....
.....

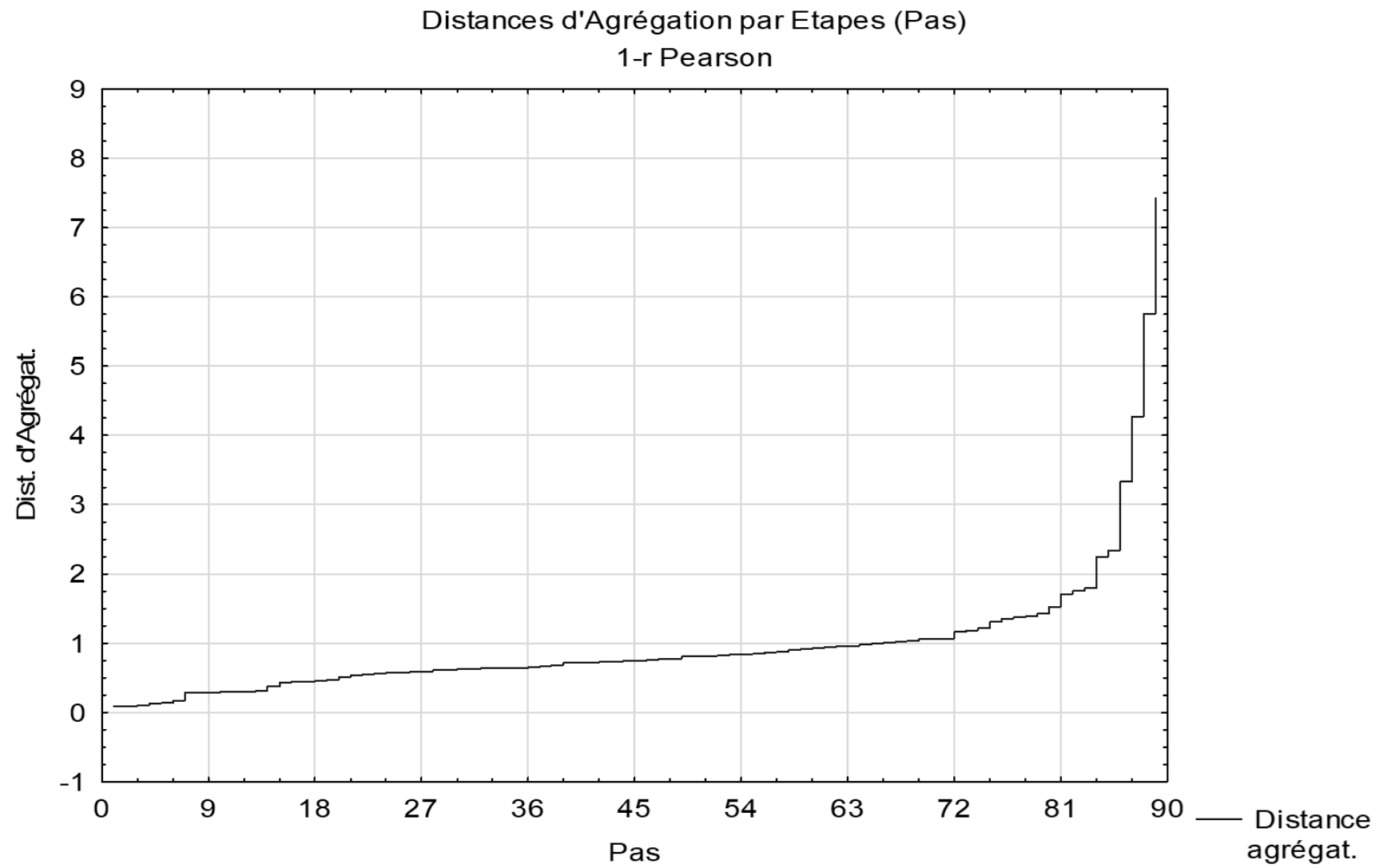
3.5. Cocher sur une seule case, celle qui se rapproche le plus de votre personnalité

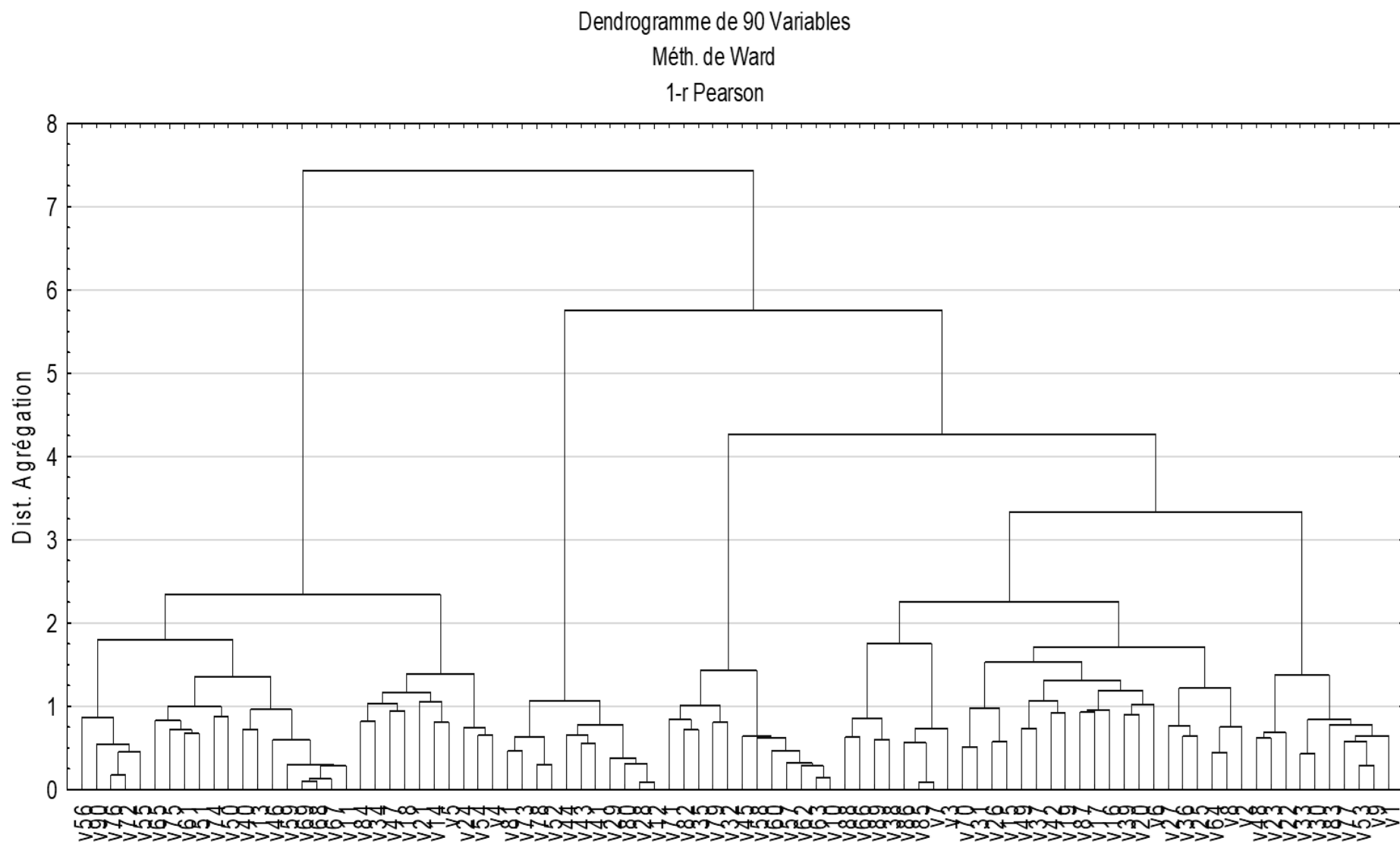
<input type="checkbox"/>	Rouge : Ambitieux, énergique, décisif, direct, indépendant, exigeant
<input type="checkbox"/>	Bleu : Analytique, réservé, formel, précis, soigneux, réfléchi
<input type="checkbox"/>	Jaune : expressif, enthousiaste, amical, démonstratif, communicatif, tonique
<input type="checkbox"/>	Vert : Méthodique, calme, encourageant, modeste, systématique, fiable

Merci pour votre contribution

Matrice des couleurs	Rouge	v1
	Bleu	v2
	Jaune	v3
	Vert	v4
Sexe	Masculin	v5
	Féminin	v6
Grades	Professeur	v7
	Maitre de conférences	v8
	Maitre-assistant	v9
	Spécialiste	v10
	Résident	v11
	Généraliste	v12
Age	25-34	v13
	35-44	v14
	45-55	v15
	56 et +	v16
Appartenance	Tlemcen	v17
	Sidi Bel Abbès	v18
	Bab el oued - Alger	v19
	Tizi Ouzou	v20
	Béjaia	v21
Satisfaction des médecins recrutés et promus	Médecins recrutés	v22
	Médecins promus à un poste de responsabilité	v23
Type formation continue	Formation interne	v24
	Formation externe nationale	v25
	Formation externe internationale	v26
	Formation via internet (e-learning)	v27
Raison non bénéfique de formation	Barrières internes	v28
	Attribution non homogène des opportunités de formation	v29
	Non affichage de l'opportunité de formation	v30
	Affichage tardive de l'opportunité de formation	v31
	Refus de votre supérieur hiérarchique	v32
	Raison personnelle	v33
	Non intéressé(e)	v34
	Autre	v35
Réception prime	Réception salaire variable et primes	v36
Non réception de la prime	Conflit avec votre supérieur hiérarchique	v37
	Mauvaise équipe de travail	v38
	Démotivation pour cause de non reconnaissance	v39
	Mauvais rapports avec des groupes de médecins influents	v40
Qualité communication intergroupe	Entre vous et vos supérieurs hiérarchiques	v41
	Entre vous et la direction	v42
	Entre vous et les médecins de même grade	v43
	Entre vous et les médecins de grade différents	v44
	Entre vous et les paramédicaux	v45
	Entre vous et les autres corps hospitaliers	v46
Qualité coopération intragroupe	Entre les différents services	v47
	Acteurs facilitateurs : Les membres qui soutiennent mes idées, mes points de vue et mes méthodes de travail	v48
	Acteurs opposants : Les membres qui me critiquent, me bloquent, me frustrent et sont générateurs de conflits	v49
Type conflit existant	Acteurs indifférents : Les membres qui sont indifférents, en retrait, sans avis, ne me bloquent pas mais jettent un froid	v50
	Conflits de données : Interprétation différente, non accès à l'information, divergence d'avis médical et de prise de décision	v51
	Conflits relationnels : Manque de respect, mauvaise communication et perception	v52
	Conflits de valeurs : Différents points de vue en termes d'idéologie, d'éducation, choix de vie, opinions religieuses/politiques	v53
	Conflits d'intérêts : Opposition d'intérêts, divergence entre l'intérêt perçu et les intentions réelles de la personne	v54
	Conflits structurels : Abus de pouvoir/contrôle, dysfonctionnements hiérarchiques, contraintes géographiques, rôles mal définis	v55
Conflits générés intra et intergroupe	Entre vous et un médecin de même grade	v56
	Entre vous et la direction	v57
	Entre vous et un médecin de grade différents	v58

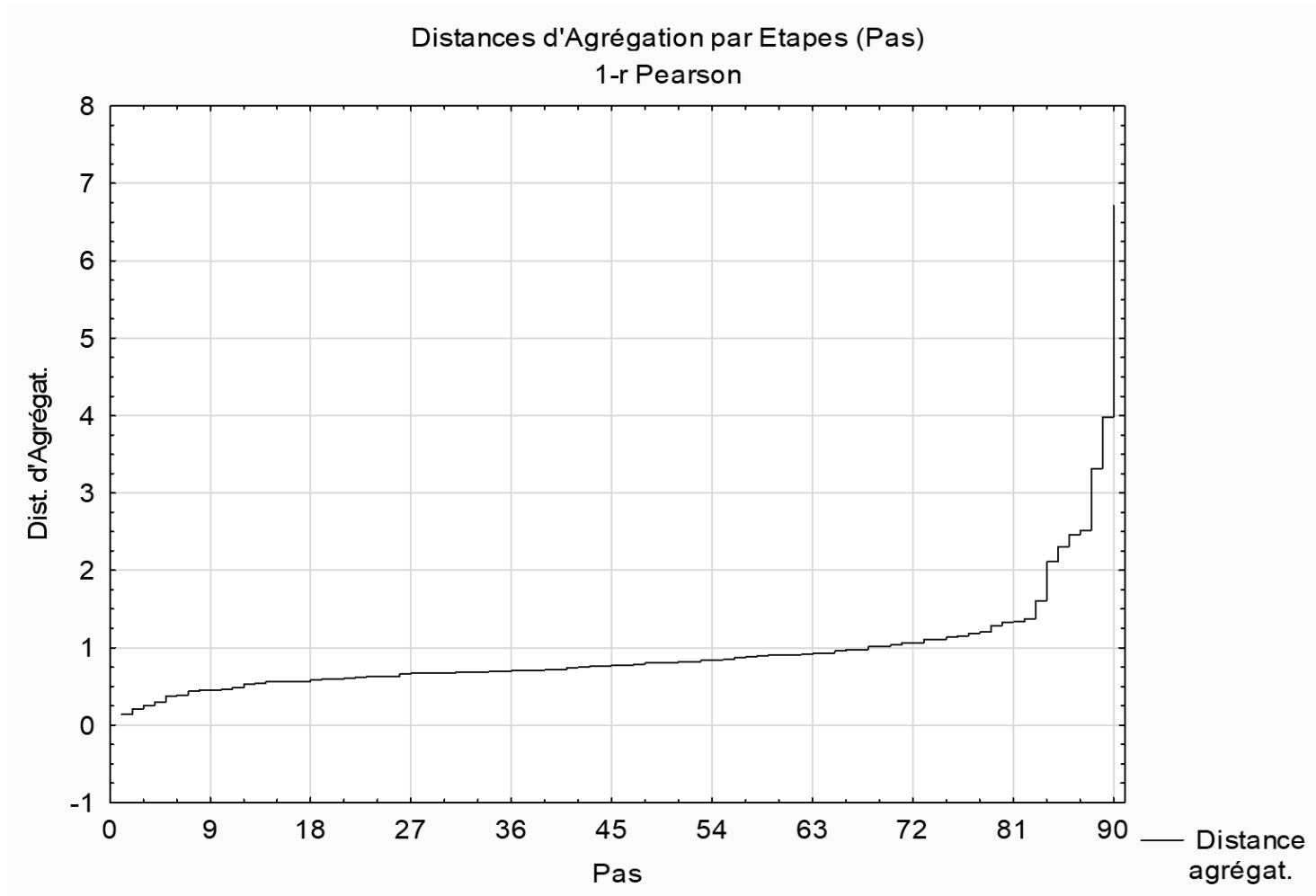
	Entre vous et les autres corps hospitaliers	v59
	Entre les différents services	v60
	Entre vous et les paramédicaux	v61
	Entre vous et vos supérieurs hiérarchiques	v62
Appartenance syndicale	Syndicat interne	v63
	Syndicat externe	v64
Satisfaction syndicale	Syndicat interne	v65
	Syndicat externe	v66
Conséquence des grèves	Participation aux grèves	v67
	Arrêt de travail à cause des grèves	v68
	Impact sur activité médicale pour cause de grèves	v69
Mobilité interservices et géographique	Mobilité interservices	v70
	Mobilité géographique	v71
Raisons d'absence	Vie personnelle	v72
	Maladie	v73
	Formations/Séminaires avec une initiative personnelle	v74
	Démotivation pour cause de mauvais rapports avec l'équipe dirigeante	v75
	Imprévus	v76
	Manque de sécurité dans mon environnement de travail	v77
	Mauvaise qualité de l'air, climatisation et du chauffage	v78
	Mon espace de travail est inconfortable (ergonomie, bureaux, wifi, structures, etc.)	v79
	Je suis insatisfait(e) de la propreté du CHU (chambres malades, blocs opératoires, espaces communs, etc.)	v80
	Mon CHU ne donne pas une importance au tri des déchets	v81
	Je suis insatisfait(e) de l'entretien de l'infrastructure et des espaces communs	v82
	Je suis insatisfait(e) de la mise en place des mesures et des actions spécifiques de prévention	v83
	Le CHU ne met pas à ma disposition l'ensemble du matériel médical et autre nécessaire à mon travail	v84
	La direction du CHU n'achète pas tout le matériel médical et autre dont nous avons besoin dans les délais demandés	v85
	La direction n'investit pas dans l'achat de matériel de pointe	v86
	J'ai un accès difficile et lent au matériel de pointe de mon CHU	v87
	Le matériel de pointe est non fonctionnel dans mon CHU	v88
	Le matériel de pointe n'est pas entretenu et réparé dans des délais raisonnables	v89
Démission	Envisager de démissionner un jour	v90

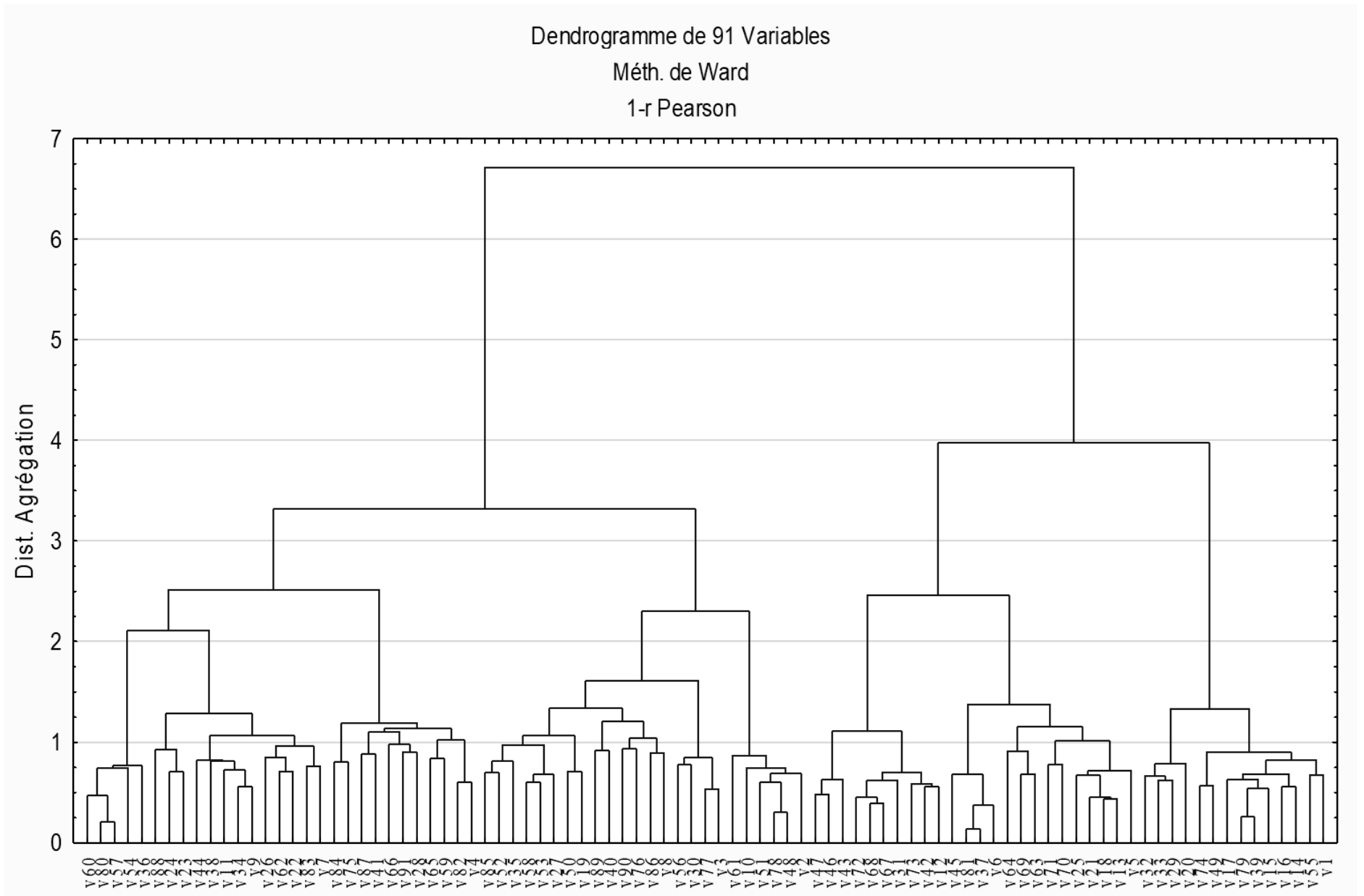




Matrice des couleurs	Ambitieux, énergique, décisif, direct, indépendant, exigeant	v1	
	Analytique, réservé, formel, précis, soigneux, réfléchi	v2	
	Expressif, enthousiaste, amical, démonstratif, communicatif, tonique	v3	
	Méthodique, calme, encourageant, modeste, systématique, fiable	v4	
Principes et engagements	Je me sens responsable vis-à-vis de ma contribution dans l'amélioration de mon CHU	v5	
	J'ai un pouvoir d'influence positif que je peux apporter afin de sensibiliser mes collègues sur les plans organisationnel, comportemental et scientifique.	v6	
	Mon comportement, mon sérieux ou mon manque de sérieux impactent mon environnement de travail	v7	
	Mes décisions impactent les activités, les décisions de l'organisation et les actions courantes et stratégiques	v8	
	J'ai ma part de responsabilité dans le tri des déchets et dans la rationalisation de la consommation du papier ou de toute matière augmentant le volume des déchets hospitaliers	v9	
	Je me sens responsable dans la prévention, l'orientation et dans le transfert d'expérience de mes jeunes collègues	v10	
	Ma responsabilité est d'intervenir et de dénoncer toute forme de discrimination, harcèlement ou violation des droits d'un collègue ou d'un patient	v11	
	J'ai ma part de responsabilité dans la qualité du dialogue social et des échanges avec mon équipe de travail	v12	
	Je suis conscient de mon impact sur la santé mentale et physique de mes patients par mes actions/paroles	v13	
	Il est de ma responsabilité de faciliter l'accès aux services essentiels et les démarches vitales aux soins	v14	
	Je suis responsable dans le développement des compétences par mes contributions scientifiques et médicales	v15	
	Je crée de la valeur ajoutée autour de moi	v16	
	J'ai une part de responsabilité en faisant du CHU un établissement actif et engagé socialement	v17	
	Implications	Je me sens vraiment concerné(e) par le futur du CHU	v18
		Je suis prêt(e) à faire de gros efforts, au-delà de ce qui est attendu pour aider le CHU à s'améliorer	v19
Je pourrais tout aussi bien travailler pour un autre CHU dans la mesure où mon travail resterait le même		v20	
Ce CHU me permet de donner le meilleur de moi-même		v21	
Je n'ai aucun avantage particulier à rester indéfiniment dans ce CHU		v22	
Je suis reconnu(e) et récompensé (e) pour mes efforts		v23	
J'ai fait une très grave erreur en décidant de travailler dans ce CHU		v24	
Je suis fier(e) de dire aux autres que je travaille dans ce CHU		v25	
Pour moi, ce CHU est le meilleur CHU algérien où je pourrais travailler		v26	
Actions		Je m'efforce d'avoir un comportement et un professionnalisme exemplaire	v27
	Je sensibilise mes collègues à s'améliorer et les raisonne, il m'arrive même de jouer le rôle du médiateur	v28	
	Je défends toute personne, patient ou collègue subissant toute forme de violation des droits	v29	
	Je fais de mon mieux d'apporter de l'optimisme et de la bonne humeur dans mon environnement de travail	v30	
	J'évite au mieux l'affrontement avec mes collègues afin de réduire la création de conflits	v31	
	Je m'engage corps et âme dans le soutien des malades dont je suis en charge tant moralement que médicalement	v32	
	J'aide tout nouveau collègue à intégrer le métier, je l'oriente et lui montre les ficelles du métier	v33	
	Je trie les déchets et je rationalise ma consommation d'eau, d'électricité, de papiers etc... dans mon lieu de travail	v34	
	Ma contribution scientifique est mon meilleur moyen de sensibilisation, c'est mon héritage pour mes confrères	v35	
	J'é mets des actions pour rendre agréable la vie des patients au CHU (exemple faire sortir en promenade des cancéreux, organiser des fêtes dans le service de pédiatrie, etc.)	v36	
	Je suis convaincu que je joue un rôle actif dans l'amélioration du monde qui m'entoure	v37	
	Facteurs source de motivation	Le perfectionnement et la recherche médicale sont des priorités au niveau du CHU	v38
		J'ai de bonnes perspectives d'avancement dans mon service ou CHU	v39
		La direction a programmé les formations nécessaires à mon perfectionnement	v40
		Je suis satisfait(e) des avantages sociaux dont j'ai droit dans mon CHU	v41
Le travail dans ce service ou CHU me permet de maintenir un équilibre entre mon travail et ma vie privée		v42	
En cas d'urgence personnelle, la direction me libère et répond à mes besoins de façon appropriée		v43	
Les politiques, procédures et les mesures disciplinaires sont applicables de la même manière envers tous		v44	
La diversité est voulue, acceptée et encouragée dans mon service ou CHU		v45	

	Je n'ai observé(e) aucune forme de discrimination et de racisme dans mon CHU	v46
	Je n'ai observé(e) aucune forme d'harcèlement moral ou sexuel	v47
	Le respect entre collègues et entre les médecins et la direction est la première réussite de notre CHU	v48
	Le CHU parvient à susciter la satisfaction de tous (le corps hospitalier, les fournisseurs, les patients, etc.)	v49
Facteurs source de démotivation	La bureaucratie me freine beaucoup et me démotive	v50
	Il existe des distractions et sources nuisibles affectant mon travail	v51
	Je n'arrive pas à respecter les délais établis à cause de facteurs qui ne dépendent pas de moi	v52
	Je n'assiste pas aux réunions car je les considère inutiles et non génératrice de vrais changements	v53
	Je n'accepte pas de travailler plus que mes collègues pour le même salaire, je suis donc leur rythme de travail	v54
	Je fais de mon mieux pour recevoir des formes de récompenses non monétaires au niveau du CHU	v55
	Je prends les critiques de mes collègues comme des critiques personnelles	v56
	Il existe beaucoup de favoritisme dans mon CHU, cela me démotive	v57
	Les erreurs sont mal perçues dans mon CHU, elles ne sont pas considérées comme un apprentissage	v58
Direction culture responsabilité	La direction sensibilise les médecins aux valeurs sociales (intégrité, équité, respect, etc.)	v59
	La direction sensibilise les médecins au développement durable (traitement des déchets, rationalisation dans la consommation d'eau, de papiers, responsabilité de tous au maintien de la propreté des espaces communs)	v60
	La direction a organisée des journées de sensibilisation de la responsabilité de chaque médecin dans la génération des valeurs sociales et environnementales	v61
	La direction a formé les responsables et les chefs de service dans le management responsable	v62
Satisfaction sup hiérarchique	Qualité des prises de décisions	v63
	Participation des médecins aux prises de décisions	v64
	Souplesse et flexibilité dans la gestion de votre travail	v65
	Confiance professionnelle que vous accorde votre supérieur hiérarchique	v66
	Assume ses responsabilités	v67
	Honore ses promesses et ses engagements	v68
	Manière de gérer les crises et de résoudre les problèmes internes	v69
	Sa façon de valoriser et de donner de l'importance aux médecins	v70
	Temps de circulation de l'information	v71
Délai de réponse à vos requêtes formulées	v72	
Adhésion aux valeurs	Adhésion aux valeurs du supérieur hiérarchique	v73
	Adhésion aux valeurs de la direction	v74
Sexe	Masculin	v75
	Féminin	v76
Grade	Professeur	v77
	Maitre de conférences	v78
	Maitre-assistant	v79
	Spécialiste	v80
	Résident	v81
	Généraliste	v82
Tranche d'âge	25-34	v83
	35-44	v84
	45-55	v85
	56 et +	v86
Appartenance	Tlemcen	v87
	Sidi Bel Abbes	v88
	Bab el oued (Alger)	v89
	Tizi Ouzou	v90
	Béjaia	v91





Rubrique	Variables du modèle	Détails	Numéro de la variable
Catégorisation	Matrice des couleurs	Rouge	v1
		Bleu	v2
		Jaune	v3
		Vert	v4
	Sexe	Masculin	v5
		Féminin	v6
	Grades	Professeur	v7
		Maitre de conférences	v8
		Maitre-assistant	v9
		Spécialiste	v10
		Résident	v11
		Généraliste	v12
	Age	25-34	v13
		35-44	v14
		45-55	v15
		56 et +	v16
	Appartenance	Tlemcen	v17
		Sba	v18
		Bab el oued	v19
		Tizi ousou	v20
		Béjaia	v21
Influence sociale	Pressions de pouvoir	Intégration et promotion	v22
		Accès à la formation continue	
		Primes salariales	
	Qualité du climat interactionnel entre l'équipe dirigeante et les médecins	Qualité des échanges	v23
		Emergence des conflits interpersonnels	
	Comportements non-conformistes	Appartenance syndicale	v24
		Mouvements grévistes	
	Instabilité au travail	Mobilités	v25
		Absentéisme	
		Démissions	
	Satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail	Sécurité dans l'environnement de travail	v26
		Qualité de l'air, climatisation et du chauffage	
		Niveau de confort de l'espace de travail	
		Propreté du CHU	
		Tri des déchets	
Entretien de l'infrastructure et des espaces communs			
Mesures et actions spécifiques de prévention			

		Disponibilité du matériel médical nécessaire		
		Achat du matériel médical dans les délais demandés		
		Investissement dans du matériel de pointe		
		Accès facile au matériel médical		
		Fonctionnalité du matériel médical à 100%		
		Bon entretien et réparation du matériel de pointe dans des délais raisonnables		
Force de la culture de responsabilité	Culture organisationnelle hospitalière	Forte distance hiérarchique	v27	
		Orientation individualiste	v28	
		Management à orientation masculine	V29	
		Fort contrôle de l'incertitude	v30	
		Orientation à long terme	v31	
		Dominance de la subjectivité	v32	
		Particularisme	v33	
		Culture limitée	v34	
		Statut attribué	v35	
		Polychronie	v36	
		Orientation future - présent	v37	
		Adhésion aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante	Valeurs de la direction	v38
			Valeurs des chefs de service	
		Confiance dans le leadership découlant des valeurs organisationnelles	Qualité des prises de décisions	V39
Participation des médecins aux prises de décisions				
Souplesse et flexibilité du travail				
Confiance professionnelle accordé au supérieur hiérarchique				
Capacité du supérieur hiérarchique à assumer ses responsabilités				
Capacité du supérieur hiérarchique à honorer ses promesses et ses engagements				
Manière de gérer les crises et de résoudre les problèmes internes				
Manière de valoriser les médecins				
Temps de circulation de l'information				
Délai de réponse à vos requêtes formulées				
Engagement de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité	Sensibilisation aux valeurs sociétales	v40		
	Sensibilisation au développement durable			
	Organisation d'actions renforçant des valeurs sociales et environnementales			
	Formation des responsables au management responsable			
Motivation au volontarisme responsable	Importance du perfectionnement et de la recherche médicale	v41		
	Bonnes perspectives d'avancement et de promotion			
	Programmation des formations de perfectionnement			
	Satisfaction des avantages sociaux			
	Equilibre entre le travail et la vie privée			
	Flexibilité et compréhension			
	Egalité d'application des politiques, procédures et mesures disciplinaires			

	La diversité est voulue, acceptée et encouragée	
	Absence de discrimination et de racisme	
	Inexistence d'harcèlement moral ou sexuel	
	Importance accordée au respect entre collègues, médecins/direction	
	Satisfaction des parties prenantes internes et externes	
Désengagement sociétal	Bureaucratie comme source de blocage et de démotivation	v42
	Existence de distractions et sources nuisibles affectant le travail	
	Non respecté des délais pour cause de facteurs environnementaux	
	Faible participation aux réunions considérées comme non génératrice de changements	
	Comportements je m'en-foutistes	
	Recherche de récompenses non monétaires au niveau du CHU	
	Non distinction entre les critiques professionnelles et personnelles	
	Existence de favoritisme est une cause de démotivation	
	Rigidité des mesures contre tout type de fautes professionnelles	
Force des valeurs de responsabilité des médecins	Valeurs d'engagement	v43
	Implication dans des actions sociétales	

Annexe 12 : Présentation des résultats descriptifs du modèle de l'analyse par composantes principales
XXVI

Variable	N° Var	Moyenne	Ec-Type
Pressions de pouvoir	v22	65,26%	0,40
Qualité du climat interactionnel	v23	37,15%	0,16
Comportements non-conformistes	v24	29,40%	0,23
Instabilité au travail	v25	43,36%	0,22
Satisfaction des conditions SST	v26	11,48%	0,11
Forte distance hiérarchique	v27	58,16%	0,49
Orientation individualiste	v28	49,74%	0,50
Management à orientation masculine	v29	54,47%	0,50
Fort contrôle de l'incertitude	v30	48,16%	0,50
Orientation à long terme	v31	68,95%	0,46
Dominance de la subjectivité	v32	81,05%	0,39
Particularisme	v33	76,05%	0,43
Culture limitée	v34	47,63%	0,50
Statut attribué	v35	58,68%	0,49
Polychronie	v36	57,37%	0,50
Orientation future - présent	v37	67,37%	0,47
Adhésion aux valeurs organisationnelles de l'équipe dirigeante	v38	54,47%	0,32
Confiance dans le leadership découlant des valeurs organisationnelles	v39	88,51%	0,14
Engagement de l'équipe dirigeante dans le renforcement de la culture de responsabilité	v40	23,68%	0,19
Motivation au volontarisme responsable	v41	30,61%	0,18
Désengagement sociétal	v42	26,15%	0,17
Force des valeurs de responsabilité des médecins	v43	41,11%	0,15
Rouge	*v1	15,26 %	0,35
Bleu	*v2	17,63 %	0,35
Jaune	*v3	25,00 %	0,43
Vert	*v4	42,11 %	0,50
Masculin	*v5	56,32%	0,50
Féminin	*v6	43,68%	0,50
Professeur	*v7	7,11%	0,26
Maitre de conférences	*v8	11,58%	0,32
Maitre-assistant	*v9	17,63%	0,38
Spécialiste	*v10	16,58%	0,37
Résident	*v11	33,16%	0,47
Généraliste	*v12	13,95%	0,35
25-34	*v13	19,74%	0,40
35-44	*v14	41,84%	0,49
45-55	*v15	28,42%	0,45
56 et +	*v16	10,26%	0,30
Tlemcen	*v17	16,58%	0,37
Sidi Bel Abbès	*v18	32,11%	0,47
Bab el oued - Alger	*v19	18,16%	0,39
Tizi Ouzou	*v20	22,11%	0,42
Béjaia	*v21	11,32%	0,32

Annexe 13 : Corrélations entre les variables du modèle de l'analyse par composantes principales XXVII

Variable	v22	v23	v24	v25	v26	v27
v28	-0,1	0,1	0,1	-0,1	0,2	0,3
v29	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3	0,4
v30	0,1	0,2	0,2	-0,1	0,1	0,4
v31	0,1	-0,1	0,4	0,1	-0,1	0,3
v32	0,4	-0,1	0,3	0,0	-0,3	0,0
v33	0,2	-0,1	0,3	0,0	-0,3	0,1
v34	-0,1	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1
v35	0,2	0,0	0,4	0,0	-0,1	0,4
v36	0,1	0,3	0,4	0,2	-0,3	0,1
v37	0,1	0,1	0,3	-0,1	0,0	0,0
v38	0,2	-0,2	-0,1	-0,1	-0,3	-0,3
v39	0,3	-0,2	0,3	0,2	-0,6*	-0,2
v40	-0,1	0,3	0,2	0,0	0,2	0,3
v41	0,4	-0,2	0,4	0,0	-0,6*	0,0
v42	0,0	0,3	-0,2	-0,1	0,3	0,1
v43	0,3	0,4	0,6*	0,0	-0,3	0,0
*v1	0,2	0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,2
*v2	0,0	0,0	0,1	0,2	-0,2	0,1
*v3	0,1	0,0	0,0	-0,3	0,2	0,2
*v4	-0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	-0,1
*v5	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,1	-0,1
*v6	0,0	0,1	0,0	0,0	-0,1	0,1
v7	0,2	-0,4	-0,2	-0,5	0,4	0,2
*v8	0,1	-0,3	-0,2	0,1	-0,2	0,2
*v9	0,4	-0,1	-0,4	-0,3	-0,2	-0,4
v10	-0,3	0,8	0,3	0,1	0,4	0,3
v11	0,2	-0,1	0,7	0,2	-0,5*	0,0
v12	-0,5	-0,1	-0,5*	0,1	0,4	-0,2
*v13	-0,1	0,1	0,2	0,1	-0,1	0,0
*v14	0,0	0,1	0,2	0,2	-0,1	-0,1
*v15	0,1	-0,2	-0,4	-0,2	0,2	0,0
*v16	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,1	0,1
*v17	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
*v18	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0
*v19	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0
*v20	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
*v21	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0

Annexe 14 : Présentation des valeurs propres du modèle de l'analyse par composantes principales XXVIII

Valeur numéro	Val Propre	% Total	Cumul	Cumul
1	4,31	19,58	4,31	19,58
2	3,95	17,94	8,25	37,52
3	2,12	9,64	10,37	47,16
4	1,58	7,18	11,95	54,34
5	1,18	5,37	13,14	59,71
6	0,92	4,17	14,06	63,89
7	0,84	3,82	14,90	67,71
8	0,75	3,41	15,65	71,12
9	0,73	3,30	16,37	74,42
10	0,66	2,98	17,03	77,40
11	0,63	2,86	17,66	80,26
12	0,59	2,66	18,24	82,92
13	0,52	2,38	18,77	85,30
14	0,49	2,25	19,26	87,55
15	0,48	2,19	19,74	89,74
16	0,42	1,91	20,16	91,65
17	0,40	1,83	20,57	93,48
18	0,35	1,61	20,92	95,09
19	0,34	1,55	21,26	96,64
20	0,28	1,28	21,54	97,92
21	0,26	1,18	21,80	99,10
22	0,20	0,90	22,00	100,00

<i>Professeurs</i>							
<i>Adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante</i>	<i>%</i>	<i>Satisfaction de la qualité du climat interactionnel</i>	<i>%</i>	<i>Satisfaction du niveau d'harmonie dans les CHU</i>	<i>%</i>	<i>Perception positive du renforcement de la culture de responsabilité</i>	<i>%</i>
Principes d'engagement	15	Pressions liées au conformisme aux valeurs morales et organisationnelles de l'équipe dirigeante	25	Taux de stabilité géographique et de service	100	Renforcement des compétences	26
Niveau d'implication de l'équipe dirigeante	25	Qualité de communication et de collaboration avec l'équipe dirigeante	66	Présence au travail	87	Amélioration du taux de réussite médicale	100
Implication dans des actions sociétales	11	Comportements intégrateurs	45	Pourcentage du temps non affecté par les conflits internes	50	Amélioration de la maîtrise du matériel de pointe	0
Confiance dans le leadership	58	Pressions liées aux politiques de recrutement et de promotion	82	Pourcentage du temps de travail non affecté par la grève	45	Amélioration de la répartition homogène des charges de travail	87
Appréciation du délai et de la qualité de diffusion de l'information	55	Accès aux formations continue	25	Taux de stabilité dans la fonction publique	100	Réduction des fautes et accidents de travail à travers une meilleure collaboration	27
Fonctionnalité et disponibilité du matériel médical	62	Fierté d'appartenance à travers la valorisation sociale et professionnelle	25			Amélioration de la performance hospitalière	69
		Satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail	8			Renforcement de la contribution à la recherche médicale	5
		Médecins non affectés par les facteurs sources de démotivation et de désengagement sociétal	62				
		Médecins sensibles aux facteurs sources de motivation au volontarisme volontaire	21				
		Satisfaction des actions non-conformistes	0				
Moyenne	37,72	Moyenne	35,95	Moyenne	76,44	Moyenne	44,76

Maitres de conférences

<i>Adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante</i>	%	<i>Satisfaction de la qualité du climat interactionnel</i>	%	<i>Satisfaction du niveau d'harmonie dans les CHU</i>	%	<i>Perception positive du renforcement de la culture de responsabilité</i>	%
Principes d'engagement	15	Pressions liées au conformisme aux valeurs morales et organisationnelles de l'équipe dirigeante	50	Taux de stabilité géographique et de service	50	Renforcement des compétences	97
Niveau d'implication de l'équipe dirigeante	25	Qualité de communication et de collaboration avec l'équipe dirigeante	67	Présence au travail	87	Amélioration du taux de réussite médicale	81
Implication dans des actions sociétales	11	Comportements intégrateurs	27	Pourcentage du temps non affecté par les conflits internes	14	Amélioration de la maîtrise du matériel de pointe	57
Confiance dans le leadership	100	Pressions liées aux politiques de recrutement et de promotion	100	Pourcentage du temps de travail non affecté par la grève	39	Amélioration de la répartition homogène des charges de travail	77
Appréciation du délai et de la qualité de diffusion de l'information	62	Accès aux formations continue	75	Taux de stabilité dans la fonction publique	0	Réduction des fautes et accidents de travail à travers une meilleure collaboration	27
Fonctionnalité et disponibilité du matériel médical	60	Fierté d'appartenance à travers la valorisation sociale et professionnelle	0			Amélioration de la performance hospitalière	67
		Satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail	0			Renforcement de la contribution à la recherche médicale	6
		Médecins non affectés par les facteurs sources de démotivation et de désengagement sociétal	75				
		Médecins sensibles aux facteurs sources de motivation au volontarisme volontaire	42				
		Satisfaction des actions non-conformistes	0				
Moyenne	45,57	Moyenne	43,63	Moyenne	38,01	Moyenne	58,86

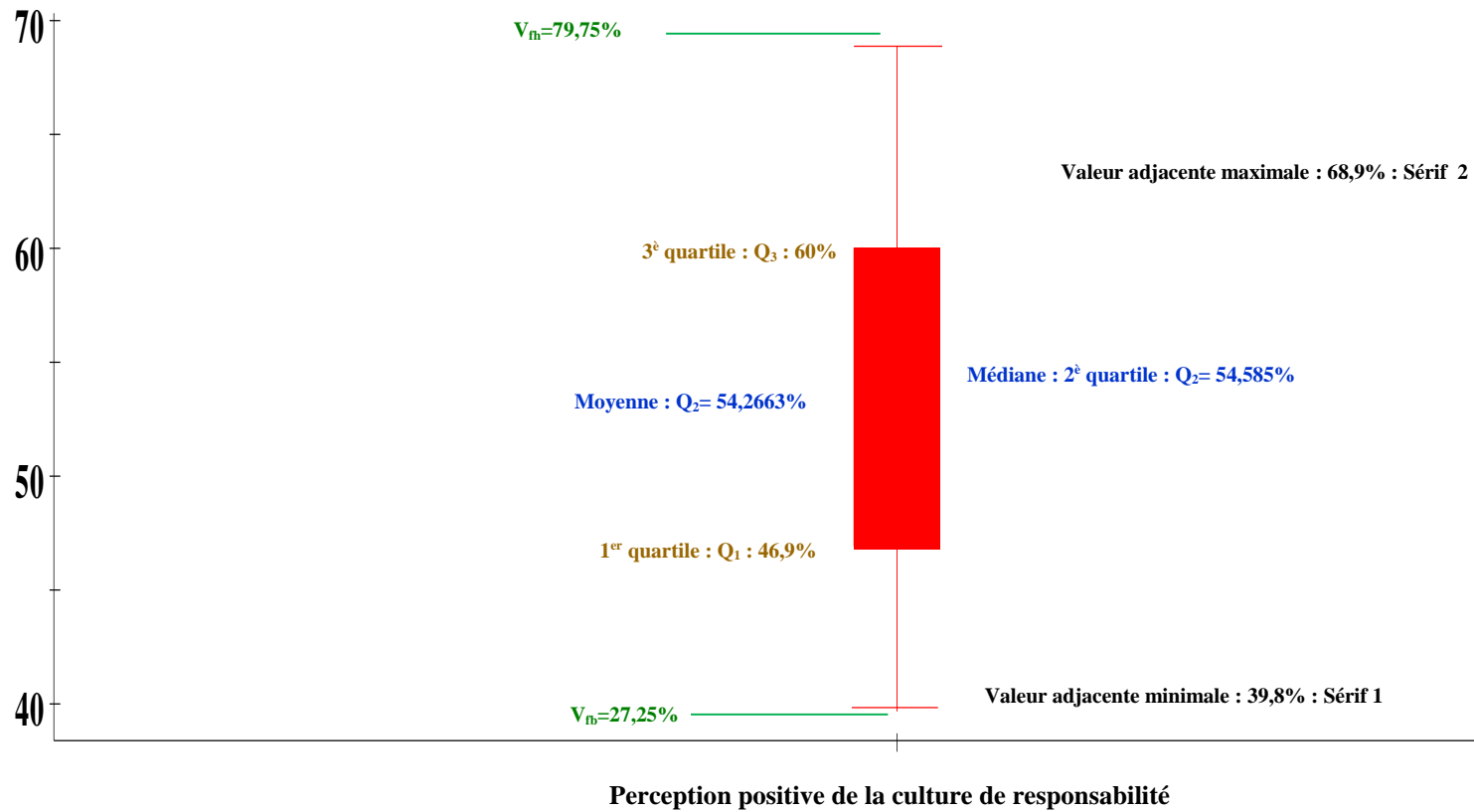
Maitres Assistants

<i>Adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante</i>	%	<i>Satisfaction de la qualité du climat interactionnel</i>	%	<i>Satisfaction du niveau d'harmonie dans les CHU</i>	%	<i>Perception positive du renforcement de la culture de responsabilité</i>	%
Principes d'engagement	11	Pressions liées au conformisme aux valeurs morales et organisationnelles de l'équipe dirigeante	100	Taux de stabilité géographique et de service	50	Renforcement des compétences	26
Niveau d'implication de l'équipe dirigeante	0	Qualité de communication et de collaboration avec l'équipe dirigeante	86	Présence au travail	87	Amélioration du taux de réussite médicale	71
Implication dans des actions sociétales	31	Comportements intégrateurs	13	Pourcentage du temps non affecté par les conflits internes	25	Amélioration de la maîtrise du matériel de pointe	50
Confiance dans le leadership	8	Pressions liées aux politiques de recrutement et de promotion	100	Pourcentage du temps de travail non affecté par la grève	30	Amélioration de la répartition homogène des charges de travail	76
Appréciation du délai et de la qualité de diffusion de l'information	82	Accès aux formations continue	10	Taux de stabilité dans la fonction publique	100	Réduction des fautes et accidents de travail à travers une meilleure collaboration	27
Fonctionnalité et disponibilité du matériel médical	98	Fierté d'appartenance à travers la valorisation sociale et professionnelle	50			Amélioration de la performance hospitalière	70
		Satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail	5			Renforcement de la contribution à la recherche médicale	5
		Médecins non affectés par les facteurs sources de démotivation et de désengagement sociétal	85				
		Médecins sensibles aux facteurs sources de motivation au volontarisme volontaire	23				
		Satisfaction des actions non-conformistes	100				
Moyenne	38,26	Moyenne	57,14	Moyenne	58,48	Moyenne	46,48

<i>Spécialistes</i>							
<i>Adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante</i>	<i>%</i>	<i>Satisfaction de la qualité du climat interactionnel</i>	<i>%</i>	<i>Satisfaction du niveau d'harmonie dans les CHU</i>	<i>%</i>	<i>Perception positive du renforcement de la culture de responsabilité</i>	<i>%</i>
Principes d'engagement	24	Pressions liées au conformisme aux valeurs morales et organisationnelles de l'équipe dirigeante	31	Taux de stabilité géographique et de service	67	Renforcement des compétences	67
Niveau d'implication de l'équipe dirigeante	18	Qualité de communication et de collaboration avec l'équipe dirigeante	60	Présence au travail	87	Amélioration du taux de réussite médicale	82
Implication dans des actions sociétales	17	Comportements intégrateurs	32	Pourcentage du temps non affecté par les conflits internes	27	Amélioration de la maîtrise du matériel de pointe	33
Confiance dans le leadership	59	Pressions liées aux politiques de recrutement et de promotion	38	Pourcentage du temps de travail non affecté par la grève	16	Amélioration de la répartition homogène des charges de travail	72
Appréciation du délai et de la qualité de diffusion de l'information	47	Accès aux formations continue	11	Taux de stabilité dans la fonction publique	0	Réduction des fautes et accidents de travail à travers une meilleure collaboration	27
Fonctionnalité et disponibilité du matériel médical	62	Fierté d'appartenance à travers la valorisation sociale et professionnelle	31			Amélioration de la performance hospitalière	76
		Satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail	12			Renforcement de la contribution à la recherche médicale	6
		Médecins non affectés par les facteurs sources de démotivation et de désengagement sociétal	71				
		Médecins sensibles aux facteurs sources de motivation au volontarisme volontaire	7				
		Satisfaction des actions non-conformistes	8				
Moyenne	37,86	Moyenne	30,18	Moyenne	39,39	Moyenne	51,85

<i>Résidents</i>							
<i>Adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante</i>	<i>%</i>	<i>Satisfaction de la qualité du climat interactionnel</i>	<i>%</i>	<i>Satisfaction du niveau d'harmonie dans les CHU</i>	<i>%</i>	<i>Perception positive du renforcement de la culture de responsabilité</i>	<i>%</i>
Principes d'engagement	36	Pressions liées au conformisme aux valeurs morales et organisationnelles de l'équipe dirigeante	60	Taux de stabilité géographique et de service	75	Renforcement des compétences	63
Niveau d'implication de l'équipe dirigeante	12	Qualité de communication et de collaboration avec l'équipe dirigeante	68	Présence au travail	87	Amélioration du taux de réussite médicale	80
Implication dans des actions sociétales	41	Comportements intégrateurs	23	Pourcentage du temps non affecté par les conflits internes	0	Amélioration de la maîtrise du matériel de pointe	100
Confiance dans le leadership	91	Pressions liées aux politiques de recrutement et de promotion	73	Pourcentage du temps de travail non affecté par la grève	48	Amélioration de la répartition homogène des charges de travail	67
Appréciation du délai et de la qualité de diffusion de l'information	95	Accès aux formations continue	46	Taux de stabilité dans la fonction publique	25	Réduction des fautes et accidents de travail à travers une meilleure collaboration	27
Fonctionnalité et disponibilité du matériel médical	35	Fierté d'appartenance à travers la valorisation sociale et professionnelle	42			Amélioration de la performance hospitalière	90
		Satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail	5			Renforcement de la contribution à la recherche médicale	7
		Médecins non affectés par les facteurs sources de démotivation et de désengagement sociétal	92				
		Médecins sensibles aux facteurs sources de motivation au volontarisme volontaire	25				
		Satisfaction des actions non-conformistes	17				
<i>Moyenne</i>	<i>51,75</i>	<i>Moyenne</i>	<i>45,05</i>	<i>Moyenne</i>	<i>47,13</i>	<i>Moyenne</i>	<i>62,03</i>

<i>Généralistes</i>							
<i>Adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante</i>	<i>%</i>	<i>Satisfaction de la qualité du climat interactionnel</i>	<i>%</i>	<i>Satisfaction du niveau d'harmonie dans les CHU</i>	<i>%</i>	<i>Perception positive du renforcement de la culture de responsabilité</i>	<i>%</i>
Principes d'engagement	18	Pressions liées au conformisme aux valeurs morales et organisationnelles de l'équipe dirigeante	50	Taux de stabilité géographique et de service	50	Renforcement des compétences	75
Niveau d'implication de l'équipe dirigeante	17	Qualité de communication et de collaboration avec l'équipe dirigeante	57	Présence au travail	87	Amélioration du taux de réussite médicale	90
Implication dans des actions sociétales	15	Comportements intégrateurs	12	Pourcentage du temps non affecté par les conflits internes	0	Amélioration de la maîtrise du matériel de pointe	100
Confiance dans le leadership	51	Pressions liées aux politiques de recrutement et de promotion	0	Pourcentage du temps de travail non affecté par la grève	14	Amélioration de la répartition homogène des charges de travail	92
Appréciation du délai et de la qualité de diffusion de l'information	30	Accès aux formations continue	33	Taux de stabilité dans la fonction publique	0	Réduction des fautes et accidents de travail à travers une meilleure collaboration	27
Fonctionnalité et disponibilité du matériel médical	50	Fierté d'appartenance à travers la valorisation sociale et professionnelle	0			Amélioration de la performance hospitalière	40
		Satisfaction des conditions de santé et de sécurité au travail	8			Renforcement de la contribution à la recherche médicale	7
		Médecins non affectés par les facteurs sources de démotivation et de désengagement sociétal	83				
		Médecins sensibles aux facteurs sources de motivation au volontarisme volontaire	3				
		Satisfaction des actions non-conformistes	0				
<i>Moyenne</i>	<i>30,07</i>	<i>Moyenne</i>	<i>24,64</i>	<i>Moyenne</i>	<i>30,34</i>	<i>Moyenne</i>	<i>61,61</i>



Min: 39,78, Max: 68,9, Median: 54,585, Mean: 54,2663

	Adhésion aux valeurs et pratiques managériales de l'équipe dirigeante x1	Satisfaction de la qualité du climat interactionnel x2	Satisfaction du niveau d'harmonie dans les CHU x3
1	-0,285	-0,17	0,755
2	-0,144	-0,186	0,705
3	-0,187	-0,189	0,729
4	-0,494	0,102	0,459
5	0,0823	-0,466	1
6	1	0,131	-0,65
7	0,132	0,368	-0,374
8	0,435	-0,18	-0,439
9	-0,0788	0,41	-0,5
10	0,22	0,162	-0,461
11	-0,285	1	0,116
12	-0,0425	0,675	0,263
13	-0,217	0,695	0,2
14	-0,131	0,874	0,136
15	-0,165	0,814	0,0964
16	0,442	-0,205	-0,185
17	-0,404	-0,467	-0,561
18	-0,285	-0,571	-0,525
19	-0,392	-0,46	-0,482
20	-0,34	-0,558	-0,453
21	0,507	0,566	-0,521
22	0,908	-0,153	0,0423
23	0,82	0,456	-0,418
24	0,788	0,0844	-0,13
25	0,84	0,271	0,0436
26	-0,429	-1	-0,126
27	-1	-0,623	-0,824
28	-0,674	-0,218	-0,736
29	-0,626	-0,0792	-0,949
30	-0,747	-0,304	-1

Annexe 18 : Ecart entre les valeurs observées et les valeurs prédites de Y du modèle des plans d'expériences

XXXVII

N°	Observed	Predicted	Obs - Pred
1	46,8	44,4443	2,35566
2	45,39	45,9611	-0,571106
3	44,96	45,5557	-0,595695
4	39,78	41,4665	-1,68651
5	46,89	48,419	-1,52896
6	61,45	63,0636	-1,61361
7	57,81	57,2881	0,521915
8	58,66	53,8296	4,83036
9	56,42	56,3271	0,0928535
10	59,97	57,0782	2,89182
11	44,56	43,493	1,06696
12	54,23	47,8207	6,40928
13	48,87	44,6982	4,17177
14	43,74	47,5564	-3,81638
15	41	47,3225	-6,32253
16	48,92	52,5958	-3,67582
17	52,64	55,8395	-3,19949
18	52,47	55,1297	-2,65975
19	51,4	55,2133	-3,81328
20	53,82	55,1762	-1,3562
21	65,8	66,8511	-1,05109
22	54,94	54,2484	0,691612
23	68,9	68,4297	0,470253
24	61,08	58,4545	2,6255
25	59,44	61,8513	-2,41134
26	63,1	58,7008	4,3992
27	64,53	65,0562	-0,526176
28	59,41	56,9639	2,44614
29	58,51	58,3957	0,114277
30	62,5	60,7595	1,74052

Analyse de la variance par le test de Fisher

Le test de Student ou "Test t" permet de comparer les moyennes de 2 groupes de valeurs observées et prédites de Y afin de connaître si elles sont significativement semblables ou différentes du point de vue statistique. Il est donc utilisé pour tester l'importance de la signification des coefficients qui composent le modèle mathématique.

- Calcul de la variance S, dont le carré s'exprime

Y %	Observed	Predicted	Obs - Pred	e	e ²
1	46,8	44,4443	2,35566	2,35566	5,549134036
2	45,39	45,9611	-0,571106	-0,571106	0,326162063
3	44,96	45,5557	-0,595695	-0,595695	0,354852533
4	39,78	41,4665	-1,68651	-1,68651	2,84431598
5	46,89	48,419	-1,52896	-1,52896	2,337718682
6	61,45	63,0636	-1,61361	-1,61361	2,603737232
7	57,81	57,2881	0,521915	0,521915	0,272395267
8	58,66	53,8296	4,83036	4,83036	23,33237773
9	56,42	56,3271	0,0928535	0,0928535	0,008621772
10	59,97	57,0782	2,89182	2,89182	8,362622912
11	44,56	43,493	1,06696	1,06696	1,138403642
12	54,23	47,8207	6,40928	6,40928	41,07887012
13	48,87	44,6982	4,17177	4,17177	17,40366493
14	43,74	47,5564	-3,81638	-3,81638	14,5647563
15	41	47,3225	-6,32253	-6,32253	39,9743856
16	48,92	52,5958	-3,67582	-3,67582	13,51165267
17	52,64	55,8395	-3,19949	-3,19949	10,23673626
18	52,47	55,1297	-2,65975	-2,65975	7,074270063
19	51,4	55,2133	-3,81328	-3,81328	14,54110436
20	53,82	55,1762	-1,3562	-1,3562	1,83927844
21	65,8	66,8511	-1,05109	-1,05109	1,104790188
22	54,94	54,2484	0,691612	0,691612	0,478327159
23	68,9	68,4297	0,470253	0,470253	0,221137884
24	61,08	58,4545	2,6255	2,6255	6,89325025
25	59,44	61,8513	-2,41134	-2,41134	5,814560596
26	63,1	58,7008	4,3992	4,3992	19,35296064
27	64,53	65,0562	-0,526176	-0,526176	0,276861183
28	59,41	56,9639	2,44614	2,44614	5,9836009
29	58,51	58,3957	0,114277	0,114277	0,013059233
30	62,5	60,7595	1,74052	1,74052	3,02940987
				somme	250,5230185

$$S^2 = \frac{1}{n-p} \sum_{i=1}^{30} e_i^2$$

e : Différence ou écart entre la valeur observée et prédite par le modèle pour chaque expérience ; autrement dans notre cas nous avons 30 valeurs de i :

$$\sum_{i=1}^{30} e_i^2 = 250,5230185$$

La variance élevée au carré du modèle étant alors :

$$S^2 = \frac{1}{30-10} 250,5230185 = 12,52615093$$

- **Calcul de la variance S_i appliquée aux effets dont le carré s'exprime**

La variance au carré S_i^2 appliquée aux effets :

$$S_i^2 = \frac{S^2}{n} = \frac{12,52615093}{30} = 0,417538364$$

On aura alors :

$$S_i = \sqrt{0,417538364} = 0,646172086$$

- **Recherche du nombre de Student critique t_{crit} de la table en fonction de v_1 et α :**

$$v_1 = n - p = 30 - 10 = 20$$

$\alpha = 0,05$ (Risque de 5% pour que les prédictions ne se réalisent pas)
(C'est la valeur la plus utilisée par les statisticiens)

De la table de Student, pour les valeurs de v_1 et α , on a t_{crit} :

$$t_{crit} = 2,086$$

Le produit de t_{crit} et de S_i étant :

$$t_{crit} \cdot S_i = 2,086 \cdot 0,646172086 = 1,34791497$$

Il suffit de comparer ce dernier nombre avec les coefficients du polynôme, si le coefficient lui est supérieur, alors l'effet du paramètre qui lui est associé est significatif, autrement il est non significatif dans la globalité du polynôme.

Facteurs du Polynôme	Valeurs absolues	Comparaison Facteurs -	Significativité des facteurs
a ₀	50,9215	Supérieur à 1,34791497	Effet significatif
a ₁	6,86486	Supérieur à 1,34791497	Effet significatif
a ₂	0,720767	Inférieur à 1,34791497	Effet non significatif
a ₃	7,60639	Supérieur à 1,34791497	Effet significatif
a ₄	0,212637	Inférieur à 1,34791497	Effet non significatif
a ₅	2,01198	Supérieur à 1,34791497	Effet significatif
a ₆	0,649319	Inférieur à 1,34791497	Effet non significatif
a ₇	21,4951	Supérieur à 1,34791497	Effet significatif
a ₈	5,93761	Supérieur à 1,34791497	Effet significatif
a ₉	8,84701	Supérieur à 1,34791497	Effet significatif

Analyse de la variance par le test de Fisher

Le test de Fisher ou "test F" est un test d'hypothèse statistique qui permet de tester 2 variances en faisant leur rapport qui ne doit pas dépasser une certaine valeur théorique que l'on extrait de la table de Fisher-Snedecor. Les étapes de cette analyse sont les suivantes :

- **Variation due à la liaison linéaire :**

La somme des carrés des écarts dus à la liaison "SCEL" se calcule de la façon suivante :

$$SCEL = \sum_{i=1}^{30} (Y_i^{pred} - Y_{moy}^{obs})^2$$

$$Y_{moy}^{obs} = 54,26633333$$

$$SCEL = 1524,979674$$

Le carré moyen associé à SCEL étant "CML", il se calcule de la façon suivante :

$$CML = \frac{SCEL}{DDL} = \frac{SCEL}{p-1} = \frac{1524,979674}{10-1} = 169,442186$$

DDL : Degré de liberté

Le nombre de Fisher observé se calcule de la sorte :

$$F_{obs} = \frac{CML}{S^2} = \frac{169,442186}{12,52615093} = 13,52707523$$

Le nombre de Fisher critique F_{crit} est tiré de la table de Fisher-Snedecor en fonction v_1 et v_2 :

$$v_1 = p-1 = 10-1 = 9$$

$$v_2 = n-p = 30-10 = 20$$

De ces 2 valeurs, la valeur de F_{crit} sur la table = 2,39

Ce résultat montre que F_{obs} est supérieur à F_{crit} . Le carré moyen dû à la régression est significativement plus grand que le carré moyen dû aux résidus. La régression est globalement significative, le modèle est acceptable avec un degré de confiance de 95%.

Y %	Observed	Predicted	Obs - Pred	Yi pred - Ymoy	(Yi pred - Ymoy)^2
1	46,8	44,4443	2,35566	-9,8220333	96,47233815
2	45,39	45,9611	-0,571106	-8,3052333	68,97690017
3	44,96	45,5557	-0,595695	-8,7106333	75,87513249
4	39,78	41,4665	-1,68651	-12,7998333	163,8357325
5	46,89	48,419	-1,52896	-5,8473333	34,19130672
6	61,45	63,0636	-1,61361	8,7972667	77,39190139
7	57,81	57,2881	0,521915	3,0217667	9,131073989
8	58,66	53,8296	4,83036	-0,4367333	0,190735975
9	56,42	56,3271	0,0928535	2,0607667	4,246759392
10	59,97	57,0782	2,89182	2,8118667	7,906594339
11	44,56	43,493	1,06696	-10,7733333	116,0647104
12	54,23	47,8207	6,40928	-6,4456333	41,54618864
13	48,87	44,6982	4,17177	-9,5681333	91,54917485
14	43,74	47,5564	-3,81638	-6,7099333	45,02320489
15	41	47,3225	-6,32253	-6,9438333	48,2168209
16	48,92	52,5958	-3,67582	-1,6705333	2,790681506
17	52,64	55,8395	-3,19949	1,5731667	2,474853466
18	52,47	55,1297	-2,65975	0,8633667	0,745402059
19	51,4	55,2133	-3,81328	0,9469667	0,896745931
20	53,82	55,1762	-1,3562	0,9098667	0,827857412
21	65,8	66,8511	-1,05109	12,5847667	158,3763529
22	54,94	54,2484	0,691612	-0,0179333	0,000321603
23	68,9	68,4297	0,470253	14,1633667	200,6009563
24	61,08	58,4545	2,6255	4,1881667	17,54074031
25	59,44	61,8513	-2,41134	7,5849667	57,53171984
26	63,1	58,7008	4,3992	4,4344667	19,66449491
27	64,53	65,0562	-0,526176	10,7898667	116,4212234
28	59,41	56,9639	2,44614	2,6975667	7,276866101
29	58,51	58,3957	0,114277	4,1293667	17,05166934
30	62,5	60,7595	1,74052	6,4931667	42,16121379

Tables des Matières

Dédicaces

Remerciements

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations

Sommaire

Introduction générale..... 1

1. Présentation du cadre conceptuel de la recherche

Introduction du chapitre..... 10

1.1. Canevas de la recherche..... 11

1.1.1. Intérêts et motivations intellectuelles de la recherche..... 11

1.1.1.1. Intérêts de recherche..... 11

1.1.1.2. Motivations intellectuelles de recherche..... 13

1.1.1.2.1. Importance intellectuelle de la recherche..... 13

1.1.1.2.2. Pertinence de la recherche..... 17

1.1.1.2.3. Finalité de la recherche..... 19

1.1.2. Dimensions de la recherche 20

1.1.2.1. Spécifications latérales..... 20

1.1.2.2. Spécifications en profondeur..... 21

1.1.2.3. Spécifications verticales..... 21

1.1.2.3.1. Formulation haute..... 22

1.1.2.3.2. Formulation basse..... 22

1.1.2.4. Idées maitresses de l'étude opératoire de la recherche..... 22

1.1.2.4.1. Présentation d'un centre hospitalier universitaire..... 24

1.1.2.4.2. Présentation des médecins étudiés dans la recherche 25

1.1.2.4.2.1. Médecins généralistes..... 25

1.1.2.4.2.2. Médecins résidents 26

1.1.2.4.2.3. Médecins spécialistes..... 26

1.1.2.4.2.4. Médecins hospitalo-universitaires..... 27

1.1.2.4.2.4.1. Médecins maitres assistants..... 27

1.1.2.4.2.4.2. Médecins maitres de conférences..... 28

1.1.2.4.2.4.3. Médecins professeurs..... 28

1.1.2.4.3. Délimitation et objectifs de la recherche opératoire..... 29

1.1.3. Cadre conceptuel de recherche..... 29

1.1.3.1. Cadre épistémologique de la recherche..... 30

1.1.3.2. Approches dominantes de la recherche..... 31

1.1.3.3. Présentation de la méthode de recherche et de la démarche de recherche..... 32

1.2. Etat de l'art de l'influence sociale de l'équipe dirigeante..... 35

1.2.1. Fondements de l'influence sociale..... 35

1.2.1.1. Impact de l'identité sociale sur l'influence sociale de l'équipe dirigeante..... 38

1.2.1.2. Présentation des styles d'influences sociales 39

1.2.1.2.1. Influence diffuse 40

1.2.1.2.2. Normalisation 41

1.2.1.2.3. Conformisme..... 42

1.2.1.2.4. Soumission 44

1.2.1.2.5. Résistances à travers la déviance..... 44

1.2.1.2.6. Influences des groupes minoritaires..... 45

1.2.2. L'influence sociale comme variable expliquant le rapport du soi aux autres..... 46

1.2.2.1. Lien entre la qualité de la relation interpersonnelle et le poids de l'influence sociale.. 48

Table de matières

1.2.2.2. Lien entre la qualité de la représentation sociale et le poids de l'influence sociale...	49
1.2.3. Impact de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur le management	50
1.2.3.1. Le poids des émotions sur l'influence sociale de l'équipe dirigeante.....	50
1.2.3.2. Facteurs psychologiques de l'influence sociale.....	52
1.2.3.3. Poids de la perception sur l'influence sociale de l'équipe dirigeante.....	54
1.2.3.4. Conflits interpersonnels et influence sociale de l'équipe dirigeante.....	57
1.2.3.4.1. Influence sociale découlant des conflits de données.....	59
1.2.3.4.2. Influence sociale découlant des conflits relationnels.....	59
1.2.3.4.3. Influence sociale découlant des conflits de valeurs.....	60
1.2.3.4.4. Influence sociale découlant des conflits d'intérêts.....	60
1.2.3.4.5. Influence sociale découlant des conflits structurels.....	60
1.3. Etat de l'art de la culture de responsabilité	61
1.3.1. Evolution de la notion de la culture organisationnelle.....	61
1.3.1.1. Principaux écrits entre 1970 et 1989.....	61
1.3.1.2. Principaux écrits entre 1990 et 1999.....	63
1.3.1.3. Principaux écrits entre 2000 à ce jour.....	66
1.3.2. Intégration des principes de la responsabilité sociétale dans la culture organisationnelle.....	69
1.3.2.1. Prise en compte des valeurs de responsabilité dans la culture organisationnelle.....	70
1.3.2.2. Apports de la responsabilité partagée sur le renforcement de la culture organisationnelle.....	73
1.3.2.2.1. Interconnexion entre responsabilité partagée, culture organisationnelle et management.....	74
1.3.2.2.2. Effets positifs de la mise en place d'actions sociétales.....	76
1.3.2.3. Intégration d'une culture de responsabilité dans l'organisation.....	78
1.3.2.3.1. Développement des facteurs renforçant l'implication des employés	78
1.3.2.3.2. Impact de la culture de responsabilité dans le renforcement des aptitudes des employés.....	79
1.3.2.3.3. Rôle de l'équipe dirigeante dans l'intégration de la culture de responsabilité.....	80
1.3.3. Facteurs renforçant la culture de responsabilité des employés.....	80
1.3.3.1. Motivation des employés à la culture de responsabilité.....	81
1.3.3.1.1. Importance des relations interpersonnelles basées sur la confiance entre l'équipe dirigeante et les employés.....	82
1.3.3.1.2. Confiance dans le leadership comme facteur de régulation de la motivation des employés.....	83
1.3.3.2. Réduction de l'hostilité de l'environnement de travail.....	84
1.3.3.2.1. Fiabilité du management.....	84
1.3.3.2.2. Orientations décisionnelles.....	85
1.3.3.2.3. Qualité du bien-être au travail.....	85
1.3.3.3. Prise en compte de l'identité sociale des employés	86
1.3.3.3.1. Prise en compte des spécificités des groupes catégoriels dans la motivation à la responsabilisation.....	86
1.3.3.3.2. Prise en compte des spécificités des groupes catégoriels dans la démotivation à la responsabilisation.....	87
1.3.3.3.3. Prise en compte des spécificités des groupes catégoriels dans l'engagement à long terme.....	87
Conclusion du chapitre.....	88

2. Modélisation propre à l'objet de la problématique de recherche

Table de matières

Introduction du chapitre.....	91
2.1. Impact de l'influence par les valeurs sur la culture de responsabilité dans l'hôpital.....	92
2.1.1. Effet de l'implication de l'équipe dirigeante dans la sensibilisation à la culture de responsabilité	92
2.1.1.1. Rôle de la culture de responsabilité dans l'hôpital.....	93
2.1.1.2. Rôle de l'équipe dirigeante dans la sensibilisation aux valeurs et comportements responsables dans l'hôpital.....	94
2.1.1.3. Effet de la force de la culture organisationnelle sur le développement des valeurs responsables des médecins.....	97
2.1.1.4. Réactivité des médecins aux actions de renforcement de la culture de responsabilité.	98
2.1.2. Conformisme des valeurs des médecins aux valeurs de la culture de responsabilité de l'équipe dirigeante.....	100
2.1.2.1. Perception du système de pouvoir dans l'hôpital.....	101
2.1.2.2. Impact de l'influence de pouvoir sur la culture de responsabilité dans l'hôpital.....	102
2.1.2.3. Impact du conformisme explicite sur la perception de l'équipe dirigeante par les médecins.....	104
2.1.3. Poids des pressions de pouvoir engendré par les dimensions culturelles hospitalières sur la force des valeurs de responsabilité	106
2.1.3.1. Poids des pressions de pouvoir engendré par l'individualisme.....	108
2.1.3.2. Poids des pressions de pouvoir engendré par le management masculin.....	110
2.1.3.3. Poids des pressions de pouvoir engendré par le contrôle de l'incertitude.....	111
2.1.3.4. Poids des pressions de pouvoir engendré par la vision à long terme.....	112
2.1.3.5. Poids des pressions de pouvoir engendré par le subjectivisme.....	112
2.1.3.6. Poids des pressions de pouvoir engendré par le particularisme.....	113
2.1.3.7. Poids des pressions de pouvoir engendré par la polychronie.....	114
2.2. Rôle du post-new public management dans la régulation des influences affectant la responsabilisation des médecins	116
2.2.1. Le post-new public management entre responsabilisation et désengagement sociétal dans l'hôpital.....	116
2.2.1.1. La responsabilisation partagée comme condition de régulation de l'influence sociale dans l'hôpital.....	118
2.2.1.2. Rôle de l'équipe dirigeante dans la responsabilisation des acteurs internes dans l'hôpital	119
2.2.1.3. Rôle de la responsabilisation partagée sur la réduction du désengagement sociétal..	119
2.2.2. Relation d'interdépendance entre la confiance mutuelle et la responsabilisation dans l'hôpital.	120
2.2.2.1. Relation entre la confiance dans le leadership et la responsabilisation	121
2.2.2.2. Relation entre la transversalité du leadership et le niveau de responsabilisation.....	122
2.2.2.3. La confiance mutuelle et le choc générationnel dans l'hôpital.....	122
2.2.2.3.1. Prise en compte du choc générationnel dans la responsabilisation des médecins ...	123
2.2.2.3.2. Impact des dimensions culturelles sur la réduction du choc générationnel.....	125
2.2.3. Rôle des pratiques du post-new public management dans la régulation des jeux de pouvoir entre l'équipe dirigeante et les médecins.....	128
2.2.3.1. Impact du management par la confiance sur la responsabilisation des médecins.....	131
2.2.3.2. Impact de la confiance dans le leadership sur le désengagement sociétal.....	132
2.2.3.3. Perception de la confiance mutuelle.....	132
2.2.3.4. Qualité du bien-être au travail.....	133
2.2.3.5. Niveau d'applicabilité des principes du post-NPM dans l'hôpital.....	133
2.3. Modélisation du cadre opératoire.....	135
2.3.1. Théories centrales de la recherche.....	136
2.3.1.1. Théorie de l'identité sociale et de la catégorisation sociale de Tajfel et de Turner....	136
2.3.1.2. Théorie de la dynamique des groupes de Kurt Lewin.....	138
2.3.1.2.1. Impact des pratiques du leadership sur l'influence sociale.....	139
2.3.1.2.2. Motivation et influence sociale	140

Table de matières

2.3.1.2.3. Constitution des groupes et poids de l'influence sociale	141
2.3.1.3. Dimensions de la culture organisationnelle.....	144
2.3.1.3.1. Niveaux et dimensions de la culture de Schein.....	144
2.3.1.3.1.1. Modèle des niveaux de la culture de Schein	144
2.3.1.3.1.1.1. Niveau profond des croyances de base	144
2.3.1.3.1.1.2. Niveau intermédiaire des croyances et valeurs partagées.....	145
2.3.1.3.1.1.3. Niveau visible des artéfacts.....	147
2.3.1.3.1.2. Dimensions de la culture organisationnelle selon Schein.....	148
2.3.1.3.2. Modèle de l'oignon et dimensions de la culture nationale de Hofstede.....	148
2.3.1.3.2.1. Modèle de l'Oignon de Hofstede.....	148
2.3.1.3.2.2. Dimensions de la culture nationale de Hofstede.....	150
2.3.1.3.2.2.1. Faible distance hiérarchique/ forte distance hiérarchique.....	150
2.3.1.3.2.2.2. Individualisme/ Collectivisme	151
2.3.1.3.2.2.3. Degré de masculinité/ Degré de féminité.....	152
2.3.1.3.2.2.4. Faible contrôle de l'incertitude/ Fort contrôle de l'incertitude.....	152
2.3.1.3.2.2.5. Orientation à court terme/ Orientation à long terme	153
2.3.2. Finalité des questions de recherche.....	154
2.3.2.1. Question principale de recherche.....	154
2.3.2.2. Questions secondaires de recherche.....	156
2.3.2.2.1. Première question secondaire	156
2.3.2.2.2. Deuxième question secondaire.....	156
2.3.2.2.3. Troisième question secondaire	157
2.3.2.2.4. Quatrième question secondaire	158
2.3.2.2.5. Cinquième question secondaire	158
2.3.2.2.6. Sixième question secondaire.....	159
2.3.2.2.7. Septième question secondaire	160
2.3.3. Modélisation du cadre opératoire à partir des hypothèses de recherche.....	161
2.3.3.1. Première hypothèse.....	161
2.3.3.2. Deuxième hypothèse.....	163
2.3.3.3. Troisième hypothèse.....	165
2.3.3.4. Quatrième hypothèse.....	167
2.3.3.5. Cinquième hypothèse.....	169
2.3.3.6. Présentation du cadre opératoire de la recherche.....	171
Conclusion du chapitre.....	174

3. Méthodologie de recherche

Introduction du chapitre.....	177
3.1. Présentation du contexte hospitalier algérien.....	178
3.1.1. Présentation des dimensions culturelles dominantes en Algérie.....	178
3.1.1.1. Selon les travaux de Hofstede, Bond et de Minkov.....	178
3.1.1.1.1. Distance hiérarchique.....	178
3.1.1.1.2. Individualisme.....	179
3.1.1.1.3. Différenciation sexuelle.....	180
3.1.1.1.4. Tolérance de l'incertitude.....	181
3.1.1.1.5. Orientation à long terme	182
3.1.1.1.6. Niveau d'indulgence et de retenue.....	183
3.1.1.2. Selon les travaux de Mercure & al.	183
3.1.2. Facteurs impactant la création de valeur des médecins dans les CHU algériens.....	186
3.1.2.1. Evolution des missions de l'équipe dirigeante.....	186
3.1.2.1.1. D'un acteur administratif vers un acteur d'intégration stratégique.....	187
3.1.2.1.2. Rôle de l'équipe dirigeante dans la régulation des interactions internes.....	188
3.1.2.1.2.1. Evolution des statuts des médecins	188
3.1.2.1.2.2. Politique de motivation.....	190

Table de matières

3.1.2.1.2.3. Politique de recrutement	190
3.1.2.1.2.4. Politique de promotion	190
3.1.2.2. Compréhension de l'environnement hospitalier à travers la réalisation du bilan social des CHU	191
3.1.3. Performance sociétale des CHU algériens.....	196
3.1.3.1. Performance sociale.....	197
3.1.3.1.1. Management des carrières.....	197
3.1.3.1.2. Conditions de travail.....	199
3.1.3.1.3. Climat interactionnel	200
3.1.3.2. Performance Organisationnelle.....	201
3.1.3.2.1. Activité d'hospitalisation	202
3.1.3.2.2. Activité des urgences et de maternité.....	203
3.1.3.2.3. Activités de consultation, de radiologie et d'exploration fonctionnelle.....	205
3.1.3.2.4. Activités de laboratoire et de bloc opératoire.....	206
3.1.3.2.5. Activités de stomatologie et d'hémodialyse	207
3.1.3.3. Performance environnementale	208
3.1.3.3.1. Consommation de l'énergie	208
3.1.3.3.2. Traitement des déchets	208
3.2. Délimitations de la recherche opératoire.....	211
3.2.1. Ajustement entre le cadre conceptuel et la pertinence des données opératoires.....	211
3.2.1.1. Intérêts du département RH du ministère de la santé.....	213
3.2.1.2. Intérêts des équipes dirigeantes des CHU	214
3.2.1.3. Collaboration des médecins.....	214
3.2.2. Freins et obstacles rencontrés.....	215
3.2.3. Administration du questionnaire.....	216
3.2.3.1. pré-enquête et temps d'administration des questionnaires.....	216
3.2.3.2. Modes d'administration des questionnaires.....	217
3.2.3.3. Choix des répondants.....	217
3.2.3.4. Méthode d'échantillonnage non probabiliste par convenance.....	218
3.2.3.5. Population cible et population étudiée.....	218
3.2.3.6. Qualité des données récoltées.....	219
3.3. Présentation du questionnaire.....	219
3.3.1. Formulation des modalités de réponse du questionnaire	219
3.3.1.1. Questions ouvertes et fermées.....	220
3.3.1.2. Echelle de mesure.....	220
3.3.1.2.1. Echelle nominale.....	220
3.3.1.2.2. Echelle ordinale.....	220
3.3.1.2.3. Echelle des proportions.....	220
3.3.2. Organisation du questionnaire.....	220
3.3.2.1. Influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins.....	221
3.3.2.2. Force de la culture de responsabilité des médecins.....	221
3.3.2.3. Fiche Signalétique.....	222
3.3.3. Analyse des données	224
3.3.3.1. Matrices managériales.....	224
3.3.3.2. Méthodes statistiques d'analyse des données.....	225
3.3.3.2.1. Classification ascendante hiérarchique.....	225
3.3.3.2.2. Analyse par composantes principales.....	225
3.3.3.2.3. Plans d'expériences.....	226
3.3.3.3. Codification des données	226
Conclusion du chapitre.....	227

4. Analyse de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins

Introduction du chapitre.....	229
4.1. Phénomènes interactionnels régissant la relation équipe dirigeante-médecins dans les CHU algériens	230
4.1.1. Pressions de pouvoir exercées par l'équipe dirigeante sur les médecins.....	230
4.1.1.1. Intégration et promotion des médecins.....	230
4.1.1.2. Accès à la formation continue.....	232
4.1.1.3. Primes salariales.....	234
4.1.2. Climat interactionnel entre l'équipe dirigeante et les médecins.....	235
4.1.2.1. Qualité des échanges intergroupe.....	235
4.1.2.2. Qualité de coopération intergroupe.....	236
4.1.2.3. Emergence des conflits internes	238
4.1.3. Comportements non-conformistes des médecins.....	241
4.1.3.1. Appartenance syndicale.....	241
4.1.3.2. Mouvements grévistes.....	242
4.2. Impact de l'influence négative de l'équipe dirigeante sur la stabilité au travail des médecins.....	244
4.2.1. Mobilités interservices et géographique.....	244
4.2.2. Phénomène de l'absentéisme.....	246
4.2.2.1. Raisons de l'absentéisme volontaire des médecins.....	246
4.2.2.2. Impact de l'insatisfaction des conditions de travail sur l'absentéisme.....	249
4.2.3. Démission et départ.....	250
4.2.3.1. Raisons des départs volontaires des médecins.....	250
4.2.3.2. Perception des médecins des éléments réduisant l'intention des départs volontaires..	252
4.3. Analyse de l'influence sociale de l'équipe dirigeante sur les médecins dans les CHU algériens par la classification ascendante hiérarchique	257
4.3.1. Classification en fonction du sexe et du grade.....	257
4.3.1.1. Présentation des résultats de la classification ascendante hiérarchique des distances d'agrégation.....	258
4.3.1.2. Classification des variables en fonction du sexe des médecins.....	259
4.3.1.3. Classification des variables en fonction du grade des médecins.....	262
4.3.1.3.1. Médecins hospitalo-universitaires.....	262
4.3.1.3.1.1. Professeurs.....	262
4.3.1.3.1.2. Maîtres de conférences.....	264
4.3.1.3.1.3. Maîtres assistants.....	265
4.3.1.3.2. Autres grades des médecins.....	267
4.3.1.3.2.1. Spécialistes.....	267
4.3.1.3.2.2. Résidents.....	268
4.3.1.3.2.3. Généralistes.....	269
4.3.2. Classification en fonction de la génération et de la personnalité.....	270
4.3.2.1. Classification des variables en fonction des différences générationnelles.....	271
4.3.2.1.1. Médecins juniors.....	271
4.3.2.1.1.1. Médecins de la génération Y.....	271
4.3.2.1.1.2. Médecins des 37 à 44 ans.....	272
4.3.2.1.2. Médecins séniors.....	274
4.3.2.1.2.1. Médecins des 45-55 ans.....	274
4.3.2.1.2.2. Médecins des 56 ans et plus.....	275
4.3.2.2. Classification des variables en fonction des personnalités des médecins.....	277
4.3.2.2.1. Personnalité rouge.....	277
4.3.2.2.2. Personnalité bleue.....	280
4.3.2.2.3. Personnalité jaune.....	281
4.3.2.2.4. Personnalité verte.....	284
4.3.3. Classification des variables en fonction des spécificités propres aux CHU	285

Table de matières

4.3.3.1. CHU de Tlemcen.....	286
4.3.3.2. CHU de Sidi Bel Abbès.....	288
4.3.3.3. CHU de Bab El Oued - Alger.....	290
4.3.3.4. CHU de Tizi Ouzou.....	292
4.3.3.5. CHU de Béjaïa.....	293
Conclusion du chapitre.....	295

5. Analyse de la force de la culture de responsabilité les médecins

Introduction du chapitre.....	298
5.1. Perception des orientations de la culture de responsabilité par les médecins des CHU algériens.....	299
5.1.1. Perception et adhésion aux valeurs culturelles organisationnelles	299
5.1.1.1. Perception des valeurs culturelles organisationnelles	299
5.1.1.1.1. Responsabilisation et forte distance hiérarchique.....	300
5.1.1.1.2. Responsabilisation et orientation individualiste.....	301
5.1.1.1.3. Responsabilisation et management à orientation masculine.....	302
5.1.1.1.4. Responsabilisation et fort contrôle de l'incertitude.....	303
5.1.1.1.5. Responsabilisation et orientation à long terme.....	304
5.1.1.1.6. Responsabilisation et dominance de la subjectivité.....	305
5.1.1.1.7. Responsabilisation et particularisme.....	306
5.1.1.1.8. Responsabilisation et culture limitée.....	307
5.1.1.1.9. Responsabilisation et statut attribué.....	307
5.1.1.1.10. Responsabilisation et polychronie.....	308
5.1.1.1.11. Responsabilisation et orientation future-présent.....	309
5.1.1.1.12. Culture nationale et force de la culture de responsabilité.....	310
5.1.1.2. Adhésion aux valeurs culturelles organisationnelles et contre-culture.....	311
5.1.2. Perception et satisfaction des pratiques organisationnelles des responsables hiérarchiques découlant des valeurs organisationnelles.....	312
5.1.2.1. Perception des valeurs organisationnelles des responsables hiérarchiques.....	312
5.1.2.2. Satisfaction des pratiques managériales des responsables hiérarchiques.....	315
5.1.3. Perception de l'implication de la direction dans le renforcement d'une culture de responsabilité des médecins.....	317
5.2. Sensibilité des médecins à la culture de responsabilité	318
5.2.1. Identification de la personnalité des médecins.....	319
5.2.1.1. Par la matrice de SONCAS.....	319
5.2.1.2. Par la matrice des couleurs.....	322
5.2.2. Identification des sources de motivation et de démotivation des médecins.....	325
5.2.2.1. Facteurs sources de motivation à la responsabilisation.....	325
5.2.2.2. Facteurs sources de démotivation à la responsabilisation.....	327
5.2.3. Force des valeurs ode responsabilité des médecins.....	330
5.2.3.1. Principes d'engagements des médecins dans leurs responsabilités	331
5.2.3.2. Niveau d'implication des médecins dans leur responsabilité sociétale.....	333
5.2.3.3. Actions sociétales entreprises par les médecins.....	334
5.2.3.4. Habitudes, traditions et coutumes internes.....	336
5.2.3.4. Perception positive de la culture de responsabilité.....	337
5.3. Analyse de la force de la culture de responsabilité des médecins par la classification ascendante hiérarchique	341
5.3.1. Classification en fonction du sexe et du grade.....	341
5.3.1.1. Présentation des résultats de la classification ascendante hiérarchique des distances d'agrégation.....	341
5.3.1.2. Classification des variables en fonction du sexe des médecins.....	343

Table de matières

5.3.1.3. Classification des variables en fonction du grade des médecins.....	345
5.3.1.3.1. Médecins hospitalo-universitaires.....	345
5.3.1.3.1.1. Professeurs.....	345
5.3.1.3.1.2. Maitres de conférences.....	347
5.3.1.3.1.3. Maitres assistants.....	348
5.3.1.3.2. Autres grades des médecins.....	349
5.3.1.3.2.1. Spécialistes.....	349
5.3.1.3.2.2. Résidents.....	350
5.3.1.3.2.3. Généralistes.....	352
5.3.2. Classification en fonction de la génération et de la personnalité.....	353
5.3.2.1. Classification des variables en fonction des différences générationnelles.....	353
5.3.2.1.1. Médecins juniors.....	353
5.3.2.1.1.1. Médecins de la génération Y.....	354
5.3.2.1.1.2. Médecins des 37 à 44 ans.....	358
5.3.2.1.2. Médecins séniors.....	359
5.3.2.1.2.1. Médecins des 45-55 ans.....	359
5.3.2.1.2.2. Médecins des 56 ans et plus.....	360
5.3.2.2. Classification des variables en fonction des personnalités des médecins.....	361
5.3.2.2.1. Personnalité rouge.....	361
5.3.2.2.2. Personnalité bleue.....	363
5.3.2.2.3. Personnalité jaune.....	364
5.3.2.2.4. Personnalité verte.....	365
5.3.3. Classification des variables en fonction des spécificités propres aux CHU	366
5.3.3.1. CHU de Tlemcen.....	367
5.3.3.2. CHU de Sidi Bel Abbès.....	368
5.3.3.3. CHU de Bab El Oued - Alger.....	369
5.3.3.4. CHU de Tizi Ouzou.....	370
5.3.3.5. CHU de Béjaïa.....	372
Conclusion du chapitre.....	374
 6. Analyse de la relation entre l'influence sociale de l'équipe dirigeante et la culture de responsabilité des médecins	
Introduction du chapitre.....	377
6.1. Analyse de la relation entre l'influence sociale et la force de la culture de responsabilité par l'analyse des composantes principales.....	378
6.1.1. Présentation des résultats descriptifs de l'ACP.....	378
6.1.1.1. Statistiques descriptives.....	378
6.1.1.2. Matrice de corrélations.....	381
6.1.1.2.1. Perception des pressions de pouvoir par les généralistes.....	381
6.1.1.2.2. Sensibilité des spécialistes à la qualité du climat interactionnel.....	382
6.1.1.2.3. Relation entre les comportements non-conformistes et la force des valeurs de responsabilité des médecins.....	382
6.1.1.2.4. Relation entre les comportements non-conformistes et les corps des résidents et des généralistes.....	384
6.1.1.2.5. Sensibilité des professeurs à la stabilité au travail.....	384
6.1.1.2.6. Relation entre la satisfaction des conditions de santé/sécurité et la confiance dans le leadership.....	385
6.1.1.2.7. Relation entre la satisfaction des conditions de santé/sécurité et la motivation au volontarisme responsable.....	387
6.1.1.2.8. Sensibilité des résidents à la satisfaction des conditions de santé/sécurité.....	388
6.1.1.3. Choix du nombre de composantes factorielles retenues.....	389
6.1.2. Interprétation des plans factoriels des variables	390
6.1.2.1. Corrélations facteurs et variables.....	391
6.1.2.2. Analyse des facteurs.....	391

Table de matières

6.1.2.2.1. Relation entre le poids de la hiérarchie informelle et la force de la culture de responsabilité des médecins	391
6.1.2.2.2. Impact de la transversalité sur la perception de la culture de responsabilité dans les CHU algériens.....	396
6.1.2.2.3. Impact de l'individualisme sur l'engagement à long terme dans les CHU algériens..	400
6.1.2.2.4. Relation entre les pressions de pouvoir et l'harmonie au travail.....	402
6.1.2.2.5. Désengagement sociétal des médecins dans les CHU algériens.....	403
6.1.3. Interprétation des plans factoriels des individus	405
6.1.3.1. Premier et deuxième facteur.....	405
6.1.3.2. Troisième et quatrième facteurs.....	407
6.1.3.3. Cinquième facteur.....	410
6.2. Analyse de la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité par la méthode des plans d'expériences.....	414
6.2.1. Présentation du modèle des plans d'expérience	415
6.2.1.1. Présentation des résultats descriptifs du modèle des plans d'expériences.....	415
6.2.1.2. Qualité du modèle des plans d'expériences.....	417
6.2.2. Détermination des facteurs renforçant la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité.....	419
6.2.3. Influence des variables endogènes sur la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité des médecins	421
6.2.3.1. Influence de la variation de chaque facteur sur la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité.....	421
6.2.3.2. Influence de la variation de l'harmonie au travail sur la perception du renforcement de la culture de responsabilité.....	427
6.2.3.2.1. Analyse verticale.....	429
6.2.3.2.2. Analyse horizontale.....	430
6.3. Discussion des résultats.....	432
6.3.1. Recension des principaux résultats de la recherche.....	432
6.3.1.1. Prise en compte de la perception des médecins	432
6.3.1.2. Perception de la culture de responsabilité par les médecins.....	433
6.3.1.3. De la culture hospitalière à la culture de responsabilité des médecins	434
6.3.1.4. Poids de la hiérarchie informelle sur la force des valeurs de responsabilité des médecins.....	436
6.3.1.5. La normalisation versus le conformisme	437
6.3.1.6. Poids des groupes influents.....	438
6.3.1.7. Impact des conflits interpersonnels sur la force de la culture de responsabilité des médecins.....	439
6.3.1.8. Perception des changements internes renforçant la culture de responsabilité par les médecins.....	440
6.3.2. Réponse à la problématique de recherche.....	441
6.3.2.1. Validation des hypothèses	442
6.3.2.1.1. Première hypothèse	442
6.3.2.1.1.1. Catégorisation en fonction du genre (sexe)	442
6.3.2.1.1.2. Catégorisation en fonction du grade.....	444
6.3.2.1.1.3. Catégorisation en fonction de l'âge	446
6.3.2.1.1.4. Catégorisation de la personnalité.....	449
6.3.2.1.1.5. Catégorisation des spécificités culturelles des CHU.....	451
6.3.2.1.2. Deuxième hypothèse.....	453
6.3.2.1.2.1. Construction de nouvelles valeurs dans les CHU.....	453
6.3.2.1.2.2. Réduction de la comparaison sociale.....	457
6.3.2.1.3. Troisième hypothèse.....	461
6.3.2.1.3.1. Pressions sociales internes dans les CHU.....	461
6.3.2.1.3.2. Peur de l'exclusion dans les CHU.....	462
6.3.2.1.4. Quatrième hypothèse.....	462
6.3.2.1.4.1. Adhésion aux valeurs de l'équipe dirigeante.....	463

Table de matières

6.3.2.1.4.2. Confiance dans le leadership.....	465
6.3.2.1.4.3. Confiance réciproque entre l'équipe dirigeante et les médecins.....	466
6.3.2.1.4.4. Engagement de l'équipe dirigeante dans des actions sociétales.....	467
6.3.2.1.5. Cinquième hypothèse.....	469
6.3.2.1.5.1. Régulation entre la hiérarchie formelle et informelle.....	469
6.3.2.1.5.2. Harmonie au travail.....	470
6.3.2.1.5.3. Réduction des comportements non-conformistes.....	471
6.3.2.2. Réponse aux questions de recherche.....	475
6.3.3. Recommandations et limites	479
6.3.3.1. Recommandations	479
6.3.3.1.1. Régulation du poids des influences sociales dans les CHU algériens.....	479
6.3.3.1.2. Renforcement de la culture de responsabilité des médecins dans les CHU algériens.....	482
6.3.3.2. Limites de la recherche.....	484
Conclusion du chapitre.....	486
Conclusion générale.....	489
Bibliographie.....	496
Annexes	
Annexe 1 : Dimensions culturelles organisationnelles des organisations algériennes.....	I
Annexe 2 : Politique de promotion par poste et par carrière des médecins dans les CHU algériens.....	III
Annexe 3 : Appréciation de l'environnement de travail des médecins dans les CHU algériens pour l'année 2010.....	IV
Annexe 4 : Questionnaire de la recherche.....	V
Annexe 5 : Présentation des 90 variables de la classification ascendante hiérarchique du modèle 1	XV
Annexe 6 : Dissimilarité et intensité de la relation entre les variables du modèle 1.....	XVII
Annexe 7: Dendrogramme des distances d'agrégation de la classification ascendante hiérarchique du modèle 1.....	XVIII
Annexe 8 : Présentation des 91 variables de la classification ascendante hiérarchique du modèle.....	XIX
Annexe 9 : Dissimilarité et intensité de la relation entre les variables du modèle 2.....	XXI
Annexe 10 : Dendrogramme des distances d'agrégation de la classification ascendante hiérarchique du modèle 2.....	XXII
Annexe 11 : Présentation des variables du modèle de l'analyse par composantes principales.....	XXIII
Annexe 12 : Présentation des résultats descriptifs du modèle de l'analyse par composantes principales.....	XXVI
Annexe 13 : Corrélations entre les variables du modèle de l'analyse par composantes principales.....	XXVII
Annexe 14 : Présentation des valeurs propres du modèle de l'analyse par composantes principales.....	XXVIII
Annexe 15 : Présentation des statistiques descriptives des variables pour chaque grade des médecins.....	XXIX
Annexe 16 : Boîte à moustache des résultats de la perception positive du renforcement de la culture de responsabilité.....	XXXV
Annexe 17 : Valeurs codées des facteurs x1, x2 et x3.....	XXXVI
Annexe 18 : Ecart entre les valeurs observées et les valeurs prédites de Y du modèle des plans d'expériences.....	XXXVII
Annexe 19 : Analyse de la régression et de la variance par les tests de Student et de Fisher	XXXVIII