

**IMPLICATION ORGANISATIONNELLE ET PERFORMANCE AU
TRAVAIL CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : L'ÉTUDE
D'UN CAS HOSPITALIER**

**ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND WORK
PERFORMANCE AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS: A
HOSPITAL CASE STUDY**

OUTMANE Said

Enseignant chercheur

Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales

Université Abdelmalek Essaâdi- Tanger

Le Groupe de recherche en économie et territoire (GRET)

soutmane@hotmail.com

Date de soumission: 21/01/2021

Date d'acceptation : 28/01/2021

Pour citer cet article :

OUTMANE S. (2021) « Implication organisationnelle et performance au travail chez les professionnels de santé : l'étude d'un cas hospitalier », Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 4 : Numéro 1 » ,pp.450-480.

Résumé

L'implication des employés est devenue un enjeu majeur pour les établissements de santé et un défi à relever de façon continue pour assurer la croissance et la pérennité de l'organisation surtout dans un environnement de plus en plus instable et incertain. L'objectif de cet article est d'examiner les effets de l'attachement aux valeurs et normes organisationnelles et de l'attachement au lieu de travail sur l'implication des professionnels de santé en recourant à un modèle de l'« implication organisationnelle » développé par Allen et Meyer (1990) et Thévenet et Neveu (2002). 180 employés exerçant au sein d'un Hôpital ont répondu à un questionnaire auto-administré, comprenant des questions sur la perception individuelle du sujet sur son implication à son organisation. Les résultats ont mis en exergue un écart entre les catégories de sujets retenues - médecins, infirmiers, personnel administratif - dans leur perception de l'implication et ont montré l'existence dans l'organisation des sous-groupes, aux pratiques hétérogènes.

Mots Clés : Implication Organisationnelle ; Hôpital ; Implication Affective ; Implication Normative ; Implication Continue.

Abstract

Employee involvement has become a major issue for healthcare institutions and a challenge to be met on an ongoing basis to ensure the growth and sustainability of the organization, especially in an increasingly unstable and uncertain environment. The objective of this article is to examine the effects of attachment to organizational values and norms and attachment to the workplace on the involvement of health professionals using a model of "organizational involvement" developed by Allen and Meyer (1990) and Thévenet and Neveu (2002). The 180 employees working in a Hospital answered a self-administered questionnaire, including questions on the subject's individual perception of his involvement in his organization. The results highlighted a gap between the categories of subjects selected - doctors, nurses, administrative staff - in their perception of involvement and showed the existence in the organization of the sub-groups, with heterogeneous practices.

Keywords : Organizational commitment; Hospital; Affective Involvement; Normative Involvement; Calculated Implication.

Introduction

Depuis plus de 20 ans le secteur de santé au Maroc connaît d'importantes modifications. L'organisation hospitalière se trouve confrontée à des enjeux et défis majeurs. Les établissements de santé publique n'échappent pas aux changements qui ont été engagés par les politiques publiques. Elles sont confrontées à des contraintes de plus en plus strictes (Benchikha & Chouam, 2018). Elles sont entrées dans une logique de simplification, d'harmonisation et de rationalisation. En créant des modèles d'évaluations d'activité, les réformes actuelles incitent ces établissements à modifier leur organisation interne et leurs performances économiques. La qualité des services de santé fait l'objet d'un intérêt constant chez les chercheurs et les établissements de santé (Al-Damen, 2017).

Balancé entre son obligation de soin et une forte contrainte budgétaire, l'hôpital public doit satisfaire des exigences éparses (financières, sanitaires et éthiques) sources de nombreuses paradoxes idéologiques et pratiques (Bruyère, 2008 ; Brémond, et al., 2013 ; Masquelet, 2011). Habituees jusqu'ici à des modèles bureaucratiques d'organisation, les établissements de santé s'inspirent d'outils managériaux pour repenser leurs pratiques de gestion. Dans ce contexte, le modèle de l'entreprise avec les concepts d'efficacité, de rentabilité et de croissance se diffuse dans le secteur de la santé. Certains auteurs critiquent ce « managérialisme » ou cette « gestionnisme » qui pourraient nuire au maintien des missions médico-sociales des établissements (Chauvière, 2007 ; Detchessahar & Grévin, 2009). D'autres auteurs soutiennent au contraire que l'approche managériale peut faire émerger des projets qui permettent de concilier la rentabilité économique et l'atteinte des buts de missions (Valéau, 2003). Dans les faits, les logiques d'action sont plurielles et complexes.

Au Maroc, les établissements de santé souffrent aujourd'hui, du non parallélisme entre une configuration organisationnelle déficitaire et une obligation de modernisation imposée par l'évolution métier. Ceci est d'autant plus important que ces établissements sont souvent sous pression à cause des lourdes dépenses et des demandes illimitées de soins dans un contexte caractérisé essentiellement par des ressources limitées (Benchikha & Chouam, 2018). L'organisation hospitalière publique et privée traverse une phase décisive de son existence. Elle est actuellement au centre des débats sur la santé et sur le système national de santé. Tous les acteurs du secteur – décideurs, professionnels, financeurs et utilisateurs – déplorent le malaise qui pèse sur les structures hospitalières aujourd'hui (Makhloufi, et al., 2012). Le système hospitalier marocain connaît plusieurs dysfonctionnements à différents niveaux : mécontentement des patients, malaise au sein des professions de santé (médecins et

infirmiers), grèves enchainées, corruption, clientélisme, insuffisance de budget, vétusté des équipements et la liste est longue (Drhimeur, 2004). Pour faire face à leurs dysfonctionnements bureaucratiques, renforcer leurs performances et améliorer leurs gouvernances, les administrations publiques devraient envisager des restructurations organisationnelles, adopter de nouvelles techniques de management (Belaraj & Oukassi, 2020). Ainsi, il se pose aujourd'hui avec acuité, la question de savoir comment obtenir des fonctionnaires efficaces et efficients, bref impliqués pour une meilleure performance de l'organisation où ils travaillent. Les changements qui caractérisent le secteur de santé marocain par le processus des transformations organisationnelles constituent un point de départ de notre recherche. Cet environnement mouvant dans lequel se situent les établissements de santé, est contraignant et les force à chercher de nouveaux modes d'adaptations sur tous les plans, technique, gestionnaire, organisationnel et humain.

Cette recherche vise à aider à la compréhension de l'implication des professionnels de santé du Centre Hospitalier Régional Mohammed V de Tanger. Le but est de mettre en évidence et de caractériser les représentations sociales de ces acteurs dans un contexte de changement organisationnel. L'objectif général étant d'identifier la nature de l'attachement de ses employés à leur organisation en recourant à un modèle de l'« implication organisationnelle » développé par Allen et Meyer (1990) et Thévenet et Neveu (2002). Ce modèle établit trois positionnements possibles d'attachement de l'employé à son organisation. La présente recherche répond donc à la question de savoir : *quelle est l'influence de l'attachement aux valeurs et normes organisationnelles et de l'attachement au lieu de travail sur l'implication des personnels des établissements de santé ?* Pour répondre à cette question, nous présenterons le cadre conceptuel et empirique de l'étude. Ainsi, cet article se subdivise en quatre parties. La première aborde le cadrage théorique et la problématique de la recherche. Nous nous attachons à exposer le concept d'implication et sa typologie, en le situant dans le cadre de secteur hospitalier. La seconde aborde l'ingénierie de la recherche : le cas et la méthodologie. Les résultats sont présentés dans la troisième. Et la quatrième, enfin, propose une analyse et une discussion des résultats.

1. Cadre conceptuel et théorique

1.1. L'implication des professionnels de santé : une relation entre les employés et leur Hôpital

La qualité des services de santé fait l'objet d'un intérêt constant chez les chercheurs et les établissements de santé (Al-Damen, 2017). La réflexion sur les pratiques de mobilisation

des personnels des établissements de santé semble essentielle. Les chercheurs qui s'intéressent aux pratiques de gestion étudient le rapport au travail en tenant compte de l'influence de ce rapport sur les comportements des employés et leur bien-être en général. Ils réalisent des recherches aux niveaux individuel (étude des perceptions, des affects, des attitudes et comportements), du groupe (communication, relations interpersonnelles, relations de pouvoirs etc.) et/ou de l'organisation (structuration, culture et socialisation organisationnelle ; conduite du changement) (Roussel, 2005). Considérée comme attitude comportementale, l'implication fournit un contexte propice pour améliorer la qualité des soins de santé. Les attitudes et les comportements professionnels font partie d'un système de représentation de qualités et d'agir qui devrait caractériser une personne ayant une appartenance à une profession reconnue, en l'occurrence ici, les professionnels de santé. Selon la définition classique d'Allport, « *une attitude est un état mental de préparation à l'action qui exerce une influence dynamique sur nos comportements* » (Allport, 1935). Une attitude est une tendance de la personne à poser un jugement ou à faire une action tandis qu'un comportement est une action ou une réaction de la personne à un stimulus donné (Phaneuf, 2012). De ce fait, l'implication organisationnelle d'un sujet (le professionnel de santé) pour un objet (le travail) est la relation qui existe entre cet objet et le système central des valeurs du sujet en termes d'adhésion aux buts, normes et valeurs de l'institution (Péoc'h & Ceaux, 2012). La prise en compte du sujet et de ses spécificités dans les pratiques de soutien semble importante pour les organisations considérant que l'implication de leurs employés est une ressource vitale. L'implication est la résultante des relations interpersonnelles que l'employé tisse avec l'hôpital au cours du temps. L'organisation n'a pas le pouvoir d'impliquer les personnes, elle peut seulement créer des conditions environnementales favorables à l'implication (Thevenet, 2000).

Ainsi, des attitudes et comportements indésirables peuvent être observés chez des médecins et des infirmiers au sein des établissements des soins et compromettre la réputation de l'établissement, voire la qualité des soins qui y sont offerts. Au quotidien, les cadres de santé et les membres des équipes reconnaissent que l'expression du soutien passe par tout ce qui est mis en œuvre individuellement et collectivement pour développer la qualité des relations, par une attitude réceptive et par l'expression d'un feedback positif (Ruiller, 2008). Cependant, si au jour le jour des personnels de santé variés partagent un fort sentiment d'appartenance, ce n'est pas du simple fait de la mission publique du service de santé. Au contraire, chacun s'attache plus ou moins à cette mission selon son degré d'investissement collectif

(Sainsaulieu, 2006). Un établissement de santé doit, donc, intégrer efficacement les pratiques de la GRH qui contribuent le mieux à favoriser cet investissement, pour profiter des avantages d'une implication plus élevée de la part de ses employés.

1.2. L'implication organisationnelle : un concept complexe largement centré sur les valeurs

Le concept d'implication organisationnelle fait l'objet d'une multitude de travaux de la part des chercheurs comme des praticiens. La conceptualisation de l'implication organisationnelle fait ressortir trois approches et/ou trois positionnements possibles d'attachement de l'employé à son entreprise (affective, normative et continue). L'implication, traduction française du terme « commitment », semble avoir été introduit dans les recherches scientifiques par Foote en 1951 pour désigner la symbiose entre les valeurs d'une organisation et celles de ses membres (O'Reilly, et ali., 1991). L'intérêt de la notion est qu'elle permet d'expliquer la motivation à agir d'une personne indépendamment de ses attitudes ou des avantages extrinsèques qu'elle pourrait retirer de ses actes. L'implication est conceptualisée ici comme un construit psychologique qui repose essentiellement sur l'identification de l'individu à une cible spécifique (carrière, organisation, travail). Il est donc défini comme un attachement psychologique de l'individu envers une cible (O'Reilly & Chatman, 1986).

Parmi tous les construits d'engagement étudiés, l'implication organisationnelle est celle qui suscite le plus d'intérêt dans la littérature. Quel que soit le champ théorique adopté, cette forme d'implication se définit par un lien entre l'acteur et son organisation (Pohl & Battistelli, 2016). Les réflexions actuelles sur le management semblent porter moins d'intérêt à la motivation, on lui préfère les notions de mobilisation, d'implication et d'engagement de la personne dans l'entreprise (Thévenet & Vachette, 1992). M. Thévenet (1992, 2000), distingue plusieurs traits qui permettent de mieux comprendre le concept d'implication :

- « L'implication traduit un lien entre la personne et son travail » : elle s'intéresse plus à la relation tissée entre une personne et la situation de travail qu'aux caractéristiques de la personne ou de sa situation dans l'organisation. Elle n'est pas une caractéristique personnelle, mesurable de manière contextuelle.
- « L'implication est de l'engagement » : l'implication n'est pas statique, elle comprend ce mouvement « qui part de la personne, lié à l'exercice de sa liberté ».
- « L'implication est de l'identification » : l'implication traduit un lien entre l'identité de la personne et celle de l'organisation. En s'identifiant à l'organisation, l'individu considère que cela contribue à le définir, à exprimer ce qu'il est (du moins, en partie).

Les travaux de Meyer, et ali. (1993) ont fortement contribué à suggérer que le concept d'implication est de nature multidimensionnel : carrière, travail, organisation, métiers, emploi, etc. (Ruiller, 2008).

Le cadre théorique que ces auteurs développent suppose que l'implication présente trois dimensions : l'implication dite calculée « continuance », l'implication affective et l'implication normative. L'engagement de continuation (calculé) est fondé sur le calcul des coûts perçus que devrait supporter le salarié s'il décidait de quitter définitivement son organisation. Il représente un attachement forcé dont deux sous-dimensions ont été identifiées, à savoir un engagement envers l'entreprise fondée sur la perception d'un « manque d'alternatives d'emploi » à l'extérieur ou sur le sentiment de « sacrifice perçu » associé à un départ éventuel.

L'engagement « affectif » représente une identification et un attachement de nature émotionnelle à l'entreprise. Cette perspective s'appuie sur un processus d'intériorisation. L'individu s'identifie à l'entreprise et s'engage à rester membre de cette dernière afin d'atteindre ses buts. La dimension affective de l'implication renvoie à « l'attachement émotionnel de l'employé, à son identification à l'organisation, et à son engagement dans celle-ci. L'employé continue à travailler dans l'organisation parce qu'il veut faire ainsi » (Allen & Meyer, 1990). La plupart des études sur l'implication affective, la considèrent comme un lien psychologique entre le salarié et l'organisation. Cette dimension de l'implication organisationnelle se base en grande partie sur l'approche attitudinale.

L'engagement « normatif » est plus récent. Introduit par Allen & Meyer (1990), au début des années quatre-vingt-dix, il renvoie à l'idée que le salarié se sent obligé de développer des conduites loyales envers son organisation, en adhérant notamment à ses normes. Il se rapporte donc à la responsabilité que les individus ressentent envers l'organisation et ses objectifs. La dimension normative évalue le sentiment d'obligation pour le salarié de rester dans l'organisation.

2. Méthodologie de la recherche

Le choix de l'étude de cas se justifie par le fait que l'objectif de l'étude était la connaissance d'une population en tant que telle : ses comportements, ses valeurs ou ses opinions. Cette élaboration correspond donc à l'intérêt de comprendre les représentations que les différents acteurs avaient de leur organisation.

2.1. Outils de mesure de l'implication des professionnels de santé à l'hôpital

Dans le cadre de cette recherche, nous focalisons notre attention sur l'implication dans l'organisation. L'implication organisationnelle des professionnels de santé a été mesurée par le questionnaire développé par Allen & Meyer (1990, 1996), l'outil le plus étudié et le plus validé au cours des dernières années (Vandenberghe, et al., 2009). Ainsi, nous retenons les trois définitions de Meyer & Allen (1991) de l'engagement affectif, normatif et continu. Cet instrument d'investigation comporte des volets explorant chaque fois un ensemble de dimensions considérées comme constitutives des perceptions de l'implication organisationnelle. Il est constitué d'un certain nombre d'items relevant de la problématique définie a priori. Notons simplement que celui-ci englobe des questions sur la perception individuelle du sujet sur son implication au travail.

Le questionnaire est composé de 15 affirmations, prétendant analyser le degré d'implication et d'identification à l'organisation. Il se fonde sur des items qui reprennent les différentes dimensions, permettant de cerner le phénomène étudié. L'implication et l'identification pourraient être considérées comme des garants d'une adhésion aux valeurs de l'organisation. A partir d'une échelle de Likert en cinq points de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord), les répondants doivent porter un jugement sur les 15 items proposés. Les dimensions retenues sont donc comme suit :

- La première échelle évalue la dimension affective de l'implication sous sa forme réduite à cinq items dans la version française utilisée par Fabre (1997) (exemple d'item : « je me sens attaché affectivement à cet hôpital », etc.). Ces items convergent sur les idées d'appartenance et d'identification.
- La deuxième mesure la dimension calculée et contient cinq items (exemple d'item : « Il serait très difficile pour moi de quitter l'hôpital en ce moment, même si je le voulais », etc.).
- La troisième évalue la dimension normative et contient cinq items (exemple d'item : « Je ne quitterai pas l'hôpital pour le moment car j'éprouve un sentiment d'obligation envers les gens qui en font partie », etc.).

Le choix de ces items a été ainsi mis en œuvre en cherchant à illustrer la diversité d'éléments associés à ces trois dimensions, composantes du modèle de la représentation de l'implication organisationnelle.

Le positionnement des groupes dans ce champ, issu du poids accordé à ces dimensions, les différencie tout en permettant d'établir une « hiérarchie d'éléments » dans le champ de représentations.

Le dernier type de demandes concerne la section d'identification. Elle relève des renseignements que l'on peut considérer comme classiques. Aux items de l'implication, d'autres variables concernant les caractéristiques individuelles des employés figurent sur le questionnaire : le sexe, l'âge, l'ancienneté, le statut et enfin, la distribution des enquêtés selon l'état matrimonial.

2.2. La diffusion du questionnaire

La procédure suivie en vue de constituer notre échantillon de participants, visé par l'enquête structurée, s'est déroulée comme suit : tout d'abord, nous avons pris contact avec plusieurs employés de l'hôpital. Puis, nous avons informé l'ensemble des individus de l'objet de l'étude et de l'importance de leur participation. L'ensemble des membres de l'organisation était visé par l'étude. Ensuite, contacté individuellement sur son lieu de travail, chacun des répondants a été sollicité dans le cadre de cette enquête pour s'assurer de son accord. Suite à cet accord, les questionnaires ont été administrés de main en main à chaque répondant. Encore une deuxième fois, lors de la distribution, les buts de l'étude ont été exposés et l'anonymat et la confidentialité ont été assurés. Les participants ont glissé les questionnaires remplis dans une enveloppe neutre que nous avons récoltée sur place.

Les personnes interviewées ont été sollicité pour répondre à un questionnaire auto-administré, comprenant des questions sur la perception individuelle du sujet sur son implication au travail. Le choix des participants a été également établi dans un souci de maximiser la diversité des personnes rencontrées. Nous souhaitons, en effet, rencontrer des travailleurs de statut professionnel, d'âge et d'ancienneté variée et dont on pouvait, également, penser que l'expérience des changements serait diversifiée. Dans certains cas, nous n'avons toutefois pas eu accès à tous les agents de l'organisation, mais seulement à certain département en particulier. Le questionnaire a été pré-testé, afin d'éviter toute possibilité d'incompréhension ou de confusion des items du questionnaire par les sujets. En effet, les items ont été soumis aux étudiants d'une université marocaine. Le questionnaire a été distribué à ces derniers dans le cadre des cours et travaux dispensés. L'objectif aussi est de s'assurer de la faisabilité opérationnelle de notre instrument de mesure. L'enquête s'est déroulée de début d'octobre 2019 à mi-janvier 2020.

2.3. Échantillon et collecte des données

Cette recherche a été effectuée dans un établissement de santé de la région Nord du Maroc : le Centre Hospitalier Régional Mohammed V de Tanger. Cet établissement a pris depuis une quinzaine d'années une série de mesures à caractère organisationnel, managérial et financier

visant à rendre l'établissement plus compétitif. Ainsi, l'hôpital étudié s'est engagé depuis 2005 dans un processus de mise à niveau managérial dans le but de répondre aux défis imposés par la dynamique de développement régional impulsée, d'une part par la mise en œuvre de la réforme hospitalière et de celle de la dépense publique et d'autre part par le projet structurant Tanger Med. Nous avons choisi le secteur hospitalier comme terrain de recherche en raison du nombre de contraintes physiques, mentales et psychiques (Sainsaulieu, 2003 ; Macrez & Bonnet, 2004).

Les données ont été recueillies par questionnaire, dans un dispositif transversal, au sein dudit établissement. La population visée par cette étude est constituée d'employés et de cadres, œuvrant au sein de ce dernier. Elle est subdivisée en différentes catégories de personnel : médecins, infirmiers et le personnel administratif. L'effectif de l'hôpital s'élève à 350 agents au 31 décembre 2019. Au total, 250 questionnaires ont été distribués, parmi lesquels 180 ont été recueillis, pour un taux de réponse global de 72 %. Toutefois, seulement 170 furent exploitables soit un taux de réponse de 68 %. Compte tenu de la nature des informations demandées, de la population visée et du mode d'administration choisi, ce résultat nous paraît tout à fait satisfaisant. La composition de l'ensemble des personnes interviewées a été analysée sur base de leurs caractéristiques personnelles : le sexe, l'âge, l'ancienneté, le statut et enfin, la distribution des enquêtés selon l'état matrimonial :

- La population est composée de 86 femmes (50.58 %) et 84 hommes (49.41%).
- La répartition par âge montre que (58%) des répondants ont dépassé 41 ans. L'âge des répondants est ainsi distribué : 18 % étaient âgés entre 20 et 31 ans ; 23 % entre 31 et 40 ans ; 32.% entre 41 et 50 ans et enfin les personnes âgées de plus de 51 ans présentent 27% de l'effectif.
- Concernant l'ancienneté dans l'organisation : 34,3 % de la population a moins de 10 ans d'ancienneté; 23 % entre 10 et 20 ans ; 24.2 % ont entre 20 et 30 ans et enfin 18.5 % ont entre 30 et 40 ans.
- La répartition par rapport au statut d'emploi se présente comme suit : 65.29 % des individus interrogés étaient classés dans la catégorie « infirmier », tandis que 16,47% étaient dans la catégorie de « médecin ». Quant à la catégorie « administrateur », elle représente 11,76 %.

2.4. Méthodologie d'analyse statistique

2.4.1. Analyse des rangs moyens

Afin d'analyser les données de cette étude, diverses méthodes sont mobilisées. Dans l'objectif de proposer une première appréhension des réponses des sujets aux différents volets du

questionnaire, nous avons appliqué, quand cela est possible, la méthode des rangs moyens. Celle-ci consiste à calculer un score moyen des réponses données par l'ensemble des sujets pour chaque item proposé. Ce score est calculé sur base des pondérations accordées par les sujets aux différents items. Ainsi, par exemple, dans le cas de notre échelle à cinq pas d'évaluation allant de - (pas du tout d'accord avec l'affirmation proposée) à (tout à fait d'accord), une croix dans la cinquième case implique un score de 5 pour l'item considéré.

Une fois ces pondérations attribuées à l'ensemble des réponses données par l'ensemble des sujets, il est possible de calculer une moyenne, ou plus précisément un « poids moyen » (moyenne des pondérations obtenues) pour chaque item. Ainsi, ces items peuvent être classés en rang en fonction de leur « poids moyen ». Cette méthode permet d'observer quels items présentent des différences en fonction de la population. Afin de rendre compte, globalement, des appréciations de cette population, nous proposerons une représentation de ces « poids moyens » sous la forme de tableaux. On rappelle ici le problème déjà évoqué de la validité des items. Dès lors, il peut être hasardeux de conclure à partir de telles analyses. C'est pourquoi, nous nous attacherons beaucoup d'importance aux analyses multivariées.

2.4.2. Analyses multivariées

En rapport avec le choix méthodologique du questionnaire élaboré, nous avons opté pour l'usage des techniques d'analyse des données, réalisées en deux étapes développées essentiellement dans deux orientations : la première vise à mettre en évidence des types de réponses d'un ensemble de sujets à une collection d'items. Celle-ci est qualifiée *d'analyse typologique*. La seconde permet de structurer les données recueillies en travaillant les relations existant entre les sujets (ou groupes de sujets) et les items ou les questions posées. Celle-ci relève de *l'analyse binaire classique*.

- **L'analyse typologique**

L'analyse typologique est une méthode basée sur la somme des carrés des distances entre éléments (sujets-items), permettant de mettre en évidence des « clusters » ou groupes : les sujets aux profils les plus semblables à l'intérieur d'un même cluster et ceux aux profils les plus dissemblables dans un autre cluster. Elle répond à l'interrogation qui est de savoir s'il existe parmi tous les profils obtenus, des groupes de sujets caractérisés par des profils types et en nombre restreint; les répondants appartenant à l'un de ces groupes ne se différencient entre eux que par des fluctuations tenues minimales (Karnas, 1998). Cette analyse a l'avantage de ne pas se centrer sur des critères a priori, mais sur les réponses des sujets. Elle permet de fragmenter l'ensemble des sujets de façon à maximiser l'homogénéité des réponses au sein

des groupes et l'hétérogénéité entre les groupes ; à chaque étape, il est possible de décider de la pertinence d'un regroupement plus grossier ou non, grossier voulant dire que l'on regroupe peu à peu des sous-groupes de sujets dont la ressemblance est de plus en plus douteuse. L'analyse typologique répond donc bien à sa vocation d'expression de la variance des réponses individuelles (Karnas et Salengros, 1994).

On cherche donc à construire des groupes tels que les écarts entre les répondants d'un même groupe soient aussi faibles que possible et les écarts entre groupes soient aussi grands que possible. On établit donc des regroupements sur base de ressemblance entre sujets. Cette ressemblance est fondée par le calcul d'une distance entre sujets, à savoir la somme des carrées à l'intérieur du groupe obtenu par l'union de deux sujets ou répondants considérés. On peut dès lors appeler cette distance « l'erreur », car c'est l'erreur que l'on fait en regroupant deux sujets. Toutes les distances sont calculées par l'ordinateur grâce au programme appelé « programme de la typologie ». Ce programme va d'abord considérer chaque sujet comme étant un groupe, ensuite, à chaque étape, il va regrouper les groupes de sujets pour lesquels la distance est la plus petite. Finalement, on se retrouve avec les deux groupes de sujets les plus différents au sens de la distance quadratique.

- **L'analyse binaire classique (ABC)**

L'analyse binaire classique fait partie de la famille des analyses factorielles. Il est une variante de l'analyse des correspondances. Il permet de travailler sur les relations réciproques qui existent entre les composantes de deux univers, soit l'univers des items ou des questions et l'univers des répondants. Il s'agit d'une analyse interactive permettant de représenter cette correspondance le plus complètement possible. L'ABC créée par Favergé (1972), puis illustrée par Karnas & Salengros (1982) sera privilégiée dans notre cas. Ainsi, elle permet de faire ressortir de l'ensemble des variables d'un volet du questionnaire quelques grandes dimensions caractéristiques des réponses des sujets. Cette analyse se base sur le « concept de décomposition factorielle exprimant que la réponse d'un sujet à une question concrétise l'intervention d'une série de variables plus fondamentales, indépendants, les facteurs. Ces facteurs apparaissent comme les dimensions essentielles de l'univers étudié (Karnas, 1982). Dans l'ABC, les facteurs deviennent des « dimensions » de l'univers des variables. Ils constituent en quelque sorte des médiateurs entre sujets et variables, des « axes » établissant la jonction entre les uns et les autres (Karnas, 1982). Cette analyse répond donc à une double préoccupation : d'une part, elle consiste à établir une représentation spatiale des rapports entre sujets ou groupe de sujets et items, basée sur le calcul de la distance quadratique classique

entre éléments. D'autre part, elle permet de déterminer des structures latentes à un tableau de correspondance (sujets/items) et rechercher des dimensions explicatives.

Nous partons donc du tableau de correspondances des moyens des scores des groupes de sujet retenus, suite à l'analyse typologique, et des items ou questions de notre questionnaire. Ensuite, le programme informatique se propose de rechercher une représentation spatiale qui fournisse une approximation satisfaisante des distances entre les groupes de sujets et le groupe de questions, dans un espace comportant le plus petit nombre de dimensions.

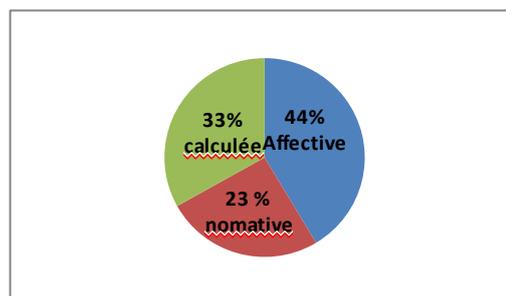
La méthode va extraire les axes principaux dans leur ordre d'importance : un premier axe va permettre de rendre compte du plus de variance possible à l'aide d'un seul axe, et donc d'obtenir la meilleure approximation possible des distances avec un seul axe ; un deuxième axe, celui qui permet d'améliorer le plus la variance expliquée et la représentation obtenue avec le premier (Karnas, 1998). A chaque axe est associée donc une valeur (valeur propre ou racine latente) qui est représentative de l'importance de cet axe. La somme de toutes ces valeurs correspondant à une « représentation parfaite » correspond à 100 % de variance expliquée. En pratique, on observe une première dimension fortement corrélée avec le niveau moyen de réponse ; on va donc éliminer cette première dimension considérée comme « parasite ».

3. Présentation des résultats les plus significatifs

3.1. Analyse des résultats de l'instrument d'investigation par les rangs moyens

3.3.1. Répartition de l'échantillon selon le degré d'Implication Organisationnelle

Figure N° 1: Répartition de l'échantillon selon le degré d'IO



Source : enquête de terrain, décembre 2019

D'après les données chiffrées du graphique 1 ci-après, on constate que les enquêtés sont réparties selon trois formes d'implication. Les résultats de l'enquête quantitative ont révélé que 44% du personnel éprouve une implication affective envers l'hôpital, 33% une implication calculée et enfin l'implication normative avec 23% des enquêtés. Ainsi, nous

remarquons que l'implication organisationnelle affective est la plus représentative. Ce type d'implication se réfère à l'attachement émotionnel, à l'identification et à l'engagement envers l'organisation. Les individus restent dans l'établissement de santé par un désir profond et par volonté.

3.3.2. Mesure de l'implication organisationnelle :

- **Analyse de la fiabilité interne de l'échelle de mesure de l'IO**

Dans un premier lieu, nous avons calculé les coefficients de alpha de Cronbach, afin d'évaluer la consistance interne du questionnaire et mesurer la fiabilité interne de chaque dimension de l'implication organisationnelle : affective, normative et continue. Rappelons que ce coefficient est souvent présenté dans la littérature comme un estimateur de la « fiabilité » ou de la « consistance » d'une échelle. Il repose sur le fait que tous les items d'une échelle sont censés mesurer exactement le même phénomène. Cet indice traduit un degré consistance interne d'autant plus élevé que sa valeur est proche de 1. Dans la pratique, on considère généralement que la consistance interne de l'instrument est satisfaisante lorsque la valeur du coefficient est au moins égale à 0.60. Les résultats sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau N° 1 : Coefficient alpha de Cronbach de chaque dimension de l'IO

Dimensions de l'IO	alpha de Cronbach	Nombre d'items
Dimension Affective	0,867	5
Dimension Continue	0,869	5
Dimension Normative	0,760	5

Source : résultats de notre enquête

Les coefficients alpha de Cronbach sont tous supérieurs à 0.60, les différentes échelles du questionnaire ont donc une bonne consistance interne. Ainsi, chacune des dimensions a démontré une intercorrélations d'items suffisante, tout comme l'instrument dans son ensemble, pour que l'on puisse les considérer comme formant un ensemble cohérent.

- **Mesure de la tendance centrale et de l'écart type:**

La mesure de la tendance la plus fréquemment utilisées est la Moyenne. Celle-ci sert à mesurer la moyenne des données pour la comparer à une échelle d'intervalle permettant de connaître le degré d'application de chaque dimension. Les items que nous avons utilisés pour la mesure de l'implication organisationnelle sont étalés sur une échelle de Likert à cinq points

: Pas d'accord du tout (1), Pas d'accord (2), Ni d'accord ni pas d'accord (3), Légèrement d'accord (4) D'accord (5).

L'échelle d'intervalle est la suivante : Si $1 < \text{Moyenne} \leq 1.8$: niveau d'application très faible ; Si $1.8 < \text{Moyenne} \leq 2.6$: niveau d'application faible ; Si $2.6 < \text{Moyenne} \leq 3.4$: niveau d'application moyen ; Si $3.4 < \text{Moyenne} \leq 4.2$: niveau d'application élevé ; Si $4.2 < \text{Moyenne} \leq 5$: niveau d'application très élevé.

En calculant la moyenne de chaque dimension, nous obtenons les résultats présentés dans le tableau 2 ci-dessous

Tableau N° 2 : Moyenne et écart type de chaque dimension de l'implication organisationnelle

Valeurs du test Dimensions IO	Moyenne	Écart type	Coefficient de variation (%)
Affective	3,27	1,22	37
Continue	3,15	0,9	29
Normative	2,76	0,84	30

Source : résultats de notre enquête

La moyenne de l'implication affective est élevée, avec un écart-type de 1,22. La tendance est à l'implication organisationnelle affective, vient ensuite l'implication continue avec une moyenne élevé mais inférieure à la dimension affective. Enfin, la tendance de l'implication normative est moyenne avec une moyenne de 2,76 et un écart type de 0,84. En analysant les moyennes des items de chaque dimension de l'implication organisationnelle, nous obtenons les résultats suivants :

- **Implication affective :**

Les moyennes et les écarts types de chacun des cinq dimensions sont présentés au tableau 3 ci-dessous.

Tableau N° 3 : Moyenne par réponse pour chacun des 5 items du volet « implication affective » pour la population

items de mesure de la dimension affective	Moyenne	Écart-Type	Coeff. de variation (%)
i1 Je me considère comme un	3,89	1,89	48

	membre de la famille de cet hôpital			
i2	Je ressens vraiment les problèmes de l'hôpital comme s'ils étaient les miens	4,08	2,12	52
i3	J'apprécierai de rester dans cet hôpital durant toute ma vie professionnelle	2,37	1,23	52
i4	J'ai un fort sentiment d'appartenance à cet hôpital	3,26	0,81	25
i5	Cet hôpital a beaucoup de signification pour moi	3,06	0,78	26

Source : résultats de notre enquête

D'après les données chiffrées du tableau 3 ci-après, les résultats de l'implication des professionnels de santé témoignent d'une implication forte des employés au sein de leur hôpital. Le concept de l'implication organisationnelle affective est bien appréhendé par ces derniers. Ainsi, les items, en moyenne, les plus favorablement cotés ont trait à la dimension de l'« implication affective ». Les scores sont compris entre 3 et 4,08. Affectivement, ces employés sont très impliqués. Il est à signaler qu'aucune dimension n'a enregistré un score moyen faible. L'item (i2) relatif à l'attachement à l'organisation selon lequel les répondants ressentent les problèmes de l'hôpital comme s'ils étaient leurs problèmes, a un niveau d'application très élevé, puisqu'il présente une moyenne de 4,08.

• **Implication calculée :**

Tableau N° 4 : Moyenne par réponse pour chacun des 5 items du volet « implication calculée » pour la population

items de mesure de la dimension calculée	La moyenne	Écart type	Coef de variation (%)
i6 Il serait très difficile pour moi de quitter l'hôpital en ce moment, même si je le voulais	3,29	0,99	30

i7	Rester dans cet hôpital est autant affaire de nécessité que de désir	3,29	0,99	30
i8	Une des conséquences négatives de mon départ serait le manque de solutions de rechange possible	3,56	1,33	37
i9	Je ne pense pas avoir assez de possibilités pour envisager de quitter l'hôpital	2,99	0,76	25
i10	Prendre la décision de quitter l'hôpital maintenant perturberait beaucoup de choses dans ma vie	2,76	0,81	29

Source : résultats de notre enquête

Suite aux données recueillies sur le terrain et d'après le tableau 4 ci-dessus, nous constatons que pour les employés de l'hôpital, les scores de l'implication calculée sont moins importants que celle affective. Ce qui veut dire que les professionnels de santé sont peu impliqués au sein de leur établissement eu égard aux avantages qu'ils pensent pouvoir retirer en y restant. Les items correspondant à l'implication de type « calculé » ou « instrumental » ont une moyenne pondérée, mais ils sont moins appréciés que ceux de l'implication affective. Ainsi, l'item (i8): « Une des conséquences négatives de mon départ serait le manque de solutions de rechange possible » a une forte application, puisque il présente une moyenne de 3,56. Les sujets estiment donc que le marché du travail ne leur est pas favorable, raison pour laquelle, ils resteront membres de cet établissement.

- **Implication normative :**

Tableau N° 5 : Moyenne par réponse pour chacun des 5 items du volet « implication normative » pour la population

	items de mesure de la dimension normative	La moyenne	Écart type	Coefficient de variation (%)
i11	Je dois beaucoup à l'hôpital	2,86	0,67	23
i12	Je me sentirais coupable si je quittais l'hôpital maintenant	2,41	1,09	45

i13	l'hôpital mérite ma loyauté	3,08	0,65	21
i14	Je ne quitterai pas l'hôpital pour le moment car j'éprouve un sentiment d'obligation envers les gens qui en font partie	2,88	0,51	18
i15	Je ressens l'obligation de rester travailler dans cet hôpital	2,88	0,86	30

Source : résultats de notre enquête

A partir d'une lecture statistique du tableau 5 ci-dessus, les résultats de l'implication des professionnels de santé témoignent d'une faible implication normative des employés au sein de leurs établissements. Les scores de l'implication normative sont compris entre 2,41 et 2,88 ; scores qui sont au-dessous de la moyenne de l'échelle. D'un point de vue normatif, ces employés sont très peu impliqués. Néanmoins, l'item (i13) « l'hôpital mérite ma loyauté » fait l'exception, puisqu'il présente une moyenne de 3.08. Les individus ressentent une obligation de rester dans leur institution par devoir et loyauté.

Afin de rendre compte, globalement, des appréciations de notre population, nous avons proposé une représentation de ces « poids moyens » sous la forme de tableaux. L'intérêt d'une telle méthode réside dans une possibilité de saisir rapidement quelles sont les propositions les mieux et les moins bien appréciées par les répondants. Cependant, il peut être hasardeux de conclure à partir de telles analyses. C'est pourquoi, nous nous attacherons beaucoup d'importance aux analyses multivariées.

3.2. L'analyse d'items et la vérification de la structure factorielle du questionnaire

3.2.1 Analyse des résultats des items du questionnaire « perceptions de l'IO »

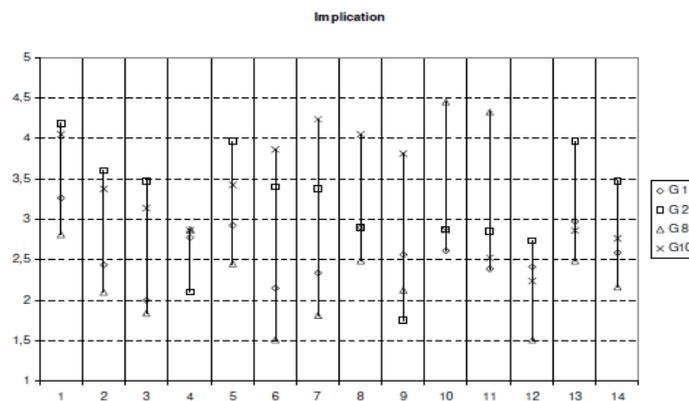
3.2.1.1. La détermination du nombre de groupes typologiques

Rappelons ici, que l'application des analyses multivariées a pour objectif de manifester les types de représentations que se font les sujets de la dimension étudiée. Ainsi, une analyse typologique a été réalisée afin de comprendre comment, et sur base de quelles propositions, les sujets peuvent se différencier entre eux. Il s'agit de mettre en évidence des types de représentations et de rechercher des profils de réponses qui seraient caractéristiques de chaque type. L'analyse typologique effectuée sur la base des réponses à l'échelle de Likert suggère un regroupement des sujets en quatre groupes avec leurs effectifs respectifs : G1=33; G2=98 ;

G8=25 et G10=14. Ces groupes représentent respectivement 19.41% ; 57.64 %; 14.70 % et 8.23 % de la population totale. Le nombre de groupes précède un accroissement important de l'erreur.

Nous avons jugé intéressant, en outre, d'envisager la description des groupes typologiques sous un autre point de vue. Nous nous sommes, dès lors, penchés sur l'examen des différences de représentations entre ces groupes à chaque item. Globalement, nous pourrions retirer les items concentrés en un thème, pour lesquels il existe un consensus et vis- versa, nous pourrions dégager les énoncés dont les avis se diffèrent. Les résultats sont présentés sur la figure 2 ci-dessous.

Figure N° 2 : L'analyse typologique appliquée aux réponses des sujets



Les items les moins discriminants : L'examen des moyennes calculées pour chaque groupe par chaque item permet d'observer les propositions pour lesquelles, il existe un certain accord entre les groupes typologiques. Il s'agit de l'item 4 « J'ai un fort sentiment d'appartenance à cet hôpital ».

Les items les plus discriminants : Treize items reçoivent un jugement divergent entre les groupes et les écarts montrent une certaine différence entre les groupes typologiques par l'analyse des moyennes. Nous constatons une forte opposition dans les représentations de l'implication organisationnelle entre les sujets du groupe 2 et ceux de groupe 8.

Les sujets de groupe 2 tendent à répondre de manière moins tranchée aux items. Ainsi, ils sont fortement d'accord avec les items suivants i01, i02, i03 et i05 dont les moyennes dépassent les 3,5. Ces items relevant de " l'implication affective". Puis viennent en ordre d'importance les propositions dont les moyennes sont comprises entre 3 et 3,5. Il s'agit des items i07 et i08 qui correspondent à "l'implication calculée". Néanmoins, les items pour lesquels les sujets de ce

groupe sont en désaccord (dont les moyennes sont inférieures à 3) sont i10, i11 et i12. Ces items relèvent de "l'implication normative".

Le groupe 8 présente des tendances divergentes de celle du groupe 2. En effet, si l'on ne tient pas compte des items pour lesquels, il existe un degré de consensus pour les quatre groupes, le groupe 8 présente un profil de moyennes plutôt faibles (inférieurs à 2,5) à la majorité des items, à l'exception de deux items i10 et i11. Ces items pour lesquels les sujets de ce groupe sont en désaccord relèvent de "l'implication calculée" et de "l'implication normative". En cela, il s'oppose assez manifestement au groupe 2 qui montrait une tendance des réponses positives. En fait, pour chaque item de moyenne élevée pour le groupe 2, il obtient une moyenne basse pour le groupe 8. Cependant, les items i10 et i11 font exception, puisque les membres de ce groupe sont particulièrement d'accord avec ces items qui présentent les moyennes de réponses les plus élevées, en comparaison avec les trois autres groupes. Ces items correspondent au thème de l'implication calculée et normative.

Quant au groupe 1, il présente un profil semblable à celui du groupe 8, dans la mesure où celui-ci semble en désaccord avec la majorité des propositions, à l'exception de l'item i01 et l'item i13. Ces propositions évoluent dans les limites de moyennes qui vont de 2 à 3. Elles correspondent aux dimensions de "l'implication affective" (items i02, i03 et i05), à la dimension "l'implication calculée" (items i06, i07, i08 et i09) et à la dimension "l'implication normative" (items i10, i11, i12 et i14).

Le groupe 10 répond de manière beaucoup moins tranchée que les trois autres groupes. Il n'a pas d'avis très clair concernant les raisons de l'implication. Cependant, il est fortement d'accord avec les items relevant de l'implication calculée (i06, i07, i08 et i09) dont les moyennes gravitent autour de 4.

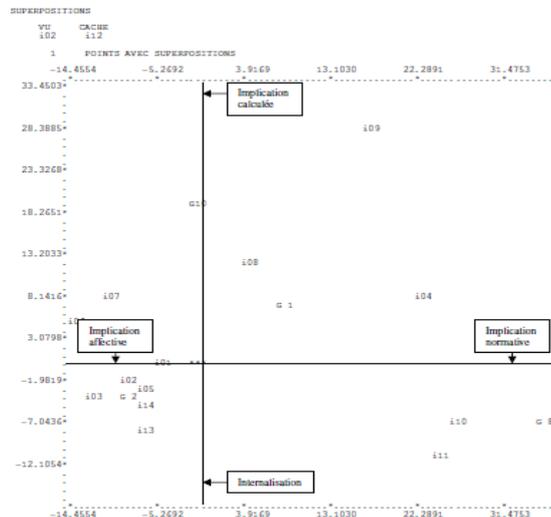
Puis, viennent en ordre d'importance les propositions dont les moyennes sont comprises entre 3 et 3,5, qui sont i02, i03 et i05. Ils relèvent de "l'implication affective". Nonobstant, il est à noter que ce groupe obtient des moyennes plutôt faibles aux items associés à la dimension "l'implication normative".

3.2.1.2. L'analyse binaire classique (ABC)

L'ABC pratiquée sur les réponses moyennes des groupes typologiques permet de comprendre de manière différenciée les différents types de représentations. Nous avons effectué une analyse binaire classique sur les items de "l'implication organisationnelle" pour analyser comment ceux-ci définissent les axes et comment les quatre groupes se positionnent par

rapport à ces derniers. La représentation graphique peut être visualisée comme suit sur la figure 3 ci-dessous.

Figure N°3 : ABC volet de concept « implication organisationnelle »



Le pourcentage de la variance expliquée par les deux facteurs que nous avons retenus est de 93,24 %. Le premier axe explique 66.53 % de la variance totale. L'axe vertical en explique à lui 26,71 %.

Essayons maintenant d'interpréter les significations des deux premiers facteurs sur les axes respectifs, en mettant en relief les sous-dimensions structurant la représentation de l'objet.

Le premier facteur est présenté par l'axe horizontal. Le pôle gauche de l'axe horizontal est déterminé par les items i03, i05 et i02. Ces derniers correspondent à l'attachement psychologique des membres de l'organisation et à l'importance de leur identification et leur engagement au sein de celle-ci. Cette partie du premier facteur est caractérisée par la mise en évidence de la dimension "affective" de l'implication organisationnelle. Le pôle droit de ce premier facteur est mis en évidence par les propositions i10 et i11. Ces derniers traduisent le fait que les individus s'identifient à l'organisation et s'engagent à rester membres de celle-ci, afin de poursuivre des buts et des valeurs qu'ils ont acceptées et intériorisées. Ce qui correspond à la dimension "normative" de l'implication.

Le second facteur est présenté par l'axe vertical. Le pôle supérieur de l'axe vertical se caractérise par les items i09, i08 et i07. On peut dire qu'ils représentent, pour l'employé, une sorte d'investissement dans l'organisation, auquel il attribue une valeur et qui serait perdu pour lui, s'il quittait l'organisation. Ce coût perçu de départ est d'autant plus élevé que l'individu ne

perçoit pas de travail pour remplacer ou compenser ses investissements passés. Ce pôle se définit alors par des propositions se référant à la dimension "calculée" de l'implication. Par ailleurs, le pôle inférieur de l'axe vertical est déterminé par les items i13, i14 relatifs à l'adhésion des personnes interrogées aux valeurs prônées par l'organisation et à leur attachement à cette dernière, étant donnée la proximité entre leur valeur et celle de l'entreprise. Ces items mettent donc en relief la dimension "internalisation" de l'implication.

Procédons maintenant à l'identification et à la définition des groupes autour des axes. Pour l'analyse de ce volet de questionnaire, nous avons retenu quatre groupes typologiques G1, G2, G8 et G10. Ceux-ci peuvent à présent recevoir une définition liée à leur position par rapport aux facteurs qui viennent d'être proposés. Avant tout essai de définition, une première observation intéressante que nous pouvons faire est que les quatre groupes se positionnent chacun dans un des quatre quadrants définis par les facteurs.

Tout d'abord, le groupe G1 est situé dans le quadrant inscrit dans la partie supérieur droit et occupe une position relativement plus tranchée. Il se trouve ainsi placé au pôle "implication calculée" de l'axe verticale et au pôle "implication normative" de l'axe horizontal. L'engagement organisationnel des membres de ce groupe ne peut se réduire à la seule expression d'un échange fondé sur le calcul, il peut se rapporter aussi à la responsabilité que ces individus ressentent envers leur organisation et ses objectifs. Nous avons appelé ce groupe les "**normalisateurs**".

Le groupe G2 est placé dans la partie inférieure gauche et occupe une position médiane par rapport aux axes. Il est expliqué par le pôle gauche du premier facteur "implication affective" et par le pôle inférieur du second facteur "internalisation". Les individus de ce groupe semblent favoriser l'implication organisationnelle affective. Ce groupe rend compte de la dimension affective et permet d'objectiver l'échange de type axiologique. L'engagement des sujets correspond à un attachement émotionnel à leur organisation. Nous avons nommé ce groupe par les "**affectueux**".

Le groupe G8, quant à lui, se trouve inscrit dans le quadrant inférieur droit entre le pôle inférieur du second facteur et le pôle droit du premier facteur. Cependant, il se trouve à proximité du premier, ce qui signifie que les membres de ce groupe se sentent obligés de développer des conduites loyales envers leur organisation, en adhérant notamment à ses normes. Nous les avons appelé les "**loyaux**".

Enfin, si l'on se tourne vers le groupe G10, on constate qu'il est situé sur l'axe vertical, dans sa partie supérieur. Ce groupe rend compte de la dimension continue et renvoie à l'échange de

type économique. Il se caractérise par son implication de continuité qui traduit la conscience des sujets des coûts associés à leur départ de l'organisation. Ce groupe est désigné par les "calculateurs".

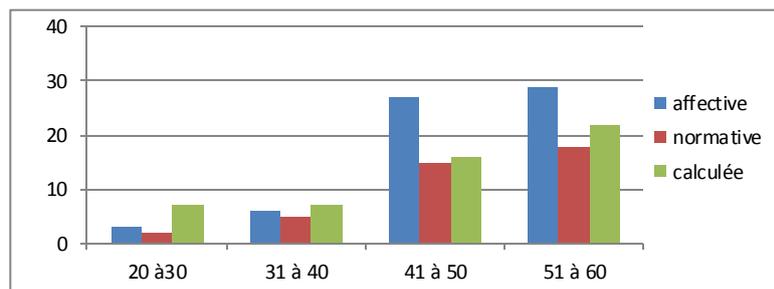
3.3. L'analyse des variables indépendants et des dimensions de l'IO

Les variables âge, ancienneté professionnelle, sexe et le statut ont été utilisées comme variables de contrôle en raison de leurs effets potentiels sur les perceptions de l'implication organisationnelle. L'objectif étant de tracer le profil des employés de l'hôpital selon ces caractéristiques et de vérifier l'hypothèse d'une éventuelle influence des caractéristiques socio-professionnelles sur les représentations des sujets.

Dans les tableaux suivants (n° 4, n° 5, n° 6 et n° 7), nous montrons la corrélation entre ces variables et les trois dimensions de l'implication organisationnelle.

- **La répartition des membres de l'échantillon d'étude selon l'âge.**

Figure N° 4 : Corrélation entre l'âge et les trois dimensions de l'IO

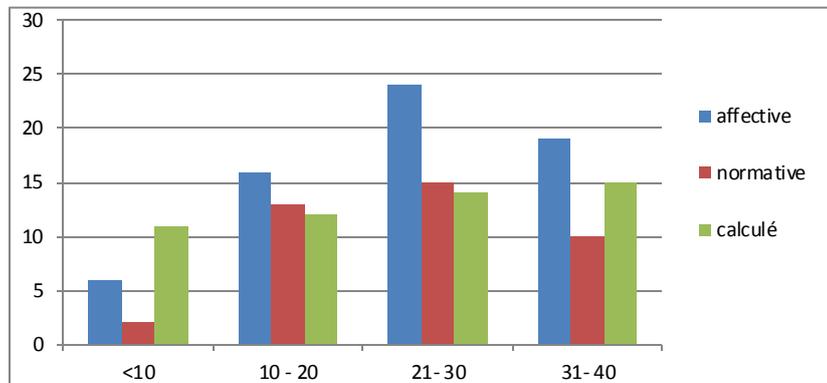


Source : notre enquête personnelle

Les données chiffrées du tableau 4 ci-dessus représente la répartition des interviewés en quatre catégories d'âge : moins de 20 ans jusqu'à 60 ans. En effet, nous observons que plus les personnes sont âgées, plus elles sont affectivement attachées à leur établissement. Le personnel âgé s'implique surtout affectivement. Ces personnes semblent d'accord et même fières de finir leurs carrières dans leur organisation. Ils se sentent membres à part entière de leur institution. Aussi, ils pensent adhérer aux valeurs prônées par leur entreprise. Par contre, il s'avère que les jeunes ne s'impliquent pas trop de manière affective. Leur implication normative est elle aussi positive mais moins significative, leur sens moral de fidélité et leur attachement à l'hôpital ne sont pas toujours fortement ancrés. Egalement, les jeunes ne sont pas d'accord au fait qu'ils restent dans leur organisation parce qu'ils ne voient pas très bien où ils pourraient aller ailleurs. Il s'agit ici d'une forme d'engagement plus instrumentale.

- **La répartition des membres de l'échantillon d'étude selon l'ancienneté professionnelle.**

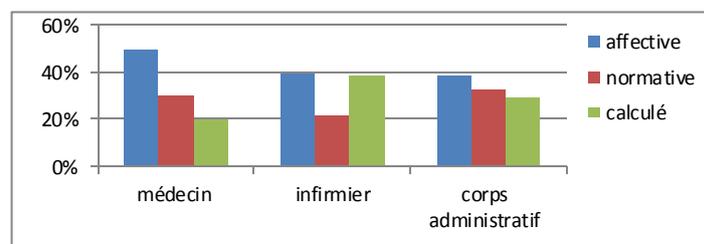
Figure N°5 Corrélation entre l'ancienneté et les trois dimensions de l'IO



Dans cette recherche, nous nous sommes, également, intéressé à l'étude de l'évolution du niveau d'implication en fonction de l'ancienneté professionnelle. Comme l'indique le tableau 5 ci-dessus, l'analyse des réponses relatives aux trois dimensions de l'implication ont permis de constater que l'attachement affectif augmente avec l'ancienneté. Ce constat pourrait être expliqué par l'importance de leur expérience dans l'organisation. Si les liens entre ancienneté et niveaux d'implication sont évoqués, c'est pour rendre compte de la façon dont les professionnels de santé pensent et vivent leur travail dans le temps et dans quelle mesure ils s'y impliquent. Sur le plan managérial, une meilleure connaissance de l'évolution des niveaux d'implication et de socialisation selon l'ancienneté est également importante car elle offre une clé de compréhension de la relation entre l'individu et l'organisation.

- **La répartition des membres de l'échantillon d'étude selon la fonction occupée ou le profil.**

Figure N° 6 : Corrélation entre le profil et les trois dimensions de l'IO



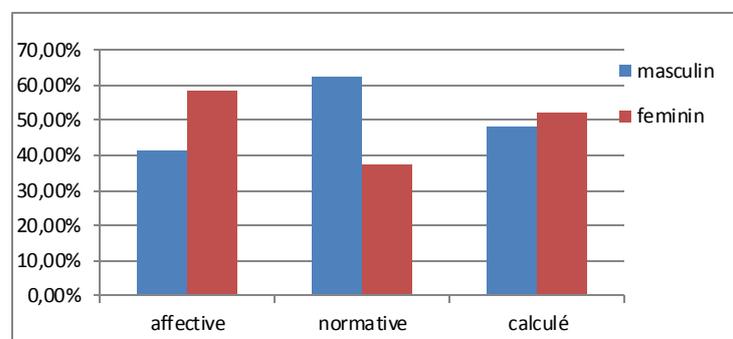
Source : notre enquête personnelle

Notre échantillon d'étude porte sur trois catégories socioprofessionnelles : les médecins, les infirmiers et les administrateurs. D'après le tableau 6 ci-dessus, on remarque que le groupe de

médecins caractérisé par un type de représentation "implication affective" représente le pourcentage le plus élevé de l'ensemble de la population étudiée, qui est de l'ordre de 50 %. Cette catégorie de sujets caractérise-t-elle l'implication comme un attachement de type affective aux buts et aux valeurs de l'organisation. Tandis que les infirmiers, dont les types de représentations liés à la dimension "affective" et celle "calculée", sont beaucoup moins importants avec des pourcentages de 40 % et 39 %. Quant au groupe « corps administratif », il est distingué par une représentation "implication affective" mêlée d'une "implication normative" et représente le pourcentage le plus faible qui varie entre 32 % et 38 %.

- **La répartition des membres de l'échantillon d'étude selon le genre.**

Figure N° 7 : Corrélation entre le genre et les trois dimensions de l'IO



Cette étude a tenté d'appréhender, d'une façon descriptive, la différence d'implication entre les femmes et les hommes. Suite aux données recueillies et d'après le tableau 7 ci-dessus, nous observons que les hommes ont un attachement normatif qui dépasse les 62,50 %. Ici, la conception de l'implication renvoie à l'idée que ces personnes se sentent obligés de développer des conduites loyales envers leur organisation, en adhérant notamment à ses normes. Par contre, les femmes ont un attachement affectif et calculé assez important qui est respectivement de l'ordre de 58,46 % et 48%).

4. Discussion et considération conclusives

Notre étude avait un double objectif. D'une part, nous aspirions à tracer le portrait du personnel hospitalier, examiner l'orientation de son attachement à son organisation et analyser son degré d'implication et d'identification à l'entreprise. A notre connaissance, cette catégorie professionnelle est rarement étudiée dans le cas marocain. Nous nous y sommes intéressées, compte tenu de son rôle déterminant dans la qualité des soins de santé. D'autre part, nous voulions mesurer les dimensions de l'implication organisationnelle des professionnels de santé, car nous estimons qu'un individu impliqué à son organisation - dans le cas de notre

étude à son hôpital- présente un meilleur comportement organisationnel en termes de performance, de citoyenneté organisationnelle et de présentéisme.

Très peu d'études se sont intéressées à la distinction entre les différentes dimensions de l'implication dans le secteur de santé et plus précisément le milieu de santé au Maroc. A l'issue de cette recherche empirique, nous voudrions revenir sur quelques résultats significatifs. Nos résultats ont mis en exergue un écart entre les catégories de sujets retenues - médecins, infirmiers, personnel administratif - dans leur perception de l'implication et ont montré l'existence dans l'organisation des sous-groupes, aux pratiques hétérogènes. Étant donné que c'est la diversité des individus dans l'organisation qui nous a intéressée, nous avons jugé préférable que le regroupement entre ces individus se fasse en fonction de leur communauté de représentation. A ce niveau, les avis des sujets interrogés sont assez partagés, mais loin d'être unanimes. En effet, les résultats de l'enquête quantitative ont révélé que 44 % du personnel éprouve une implication affective envers l'hôpital, 33 % une implication calculée et enfin l'implication normative avec 23 % des enquêtés. Cela veut dire que le personnel hospitalier s'implique surtout affectivement à son hôpital. Les résultats de l'implication calculée sont aussi positifs mais moins significatifs que ceux de l'implication affective. Enfin, il s'avère que le personnel hospitalier ne s'implique pas trop de manière normative. La forme d'engagement normative est elle aussi positive mais moins significative, c'est-à-dire que le sens moral de fidélité des employés et leur attachement à l'hôpital ne sont pas toujours fortement ancrés.

Egalement, la visée essentiellement descriptive et comparative de cette étude empirique, nous a amené à utiliser, des méthodes d'analyse des données, reposant principalement sur des analyses de correspondances dont l'analyse typologique et l'analyse binaire classique. Ainsi, cette étude a permis, par le volet des items de Likert du questionnaire, de mettre en évidence le champ représentationnel global des perceptions de l'implication organisationnelle. Trois modes et/ou types de représentations ont été caractérisés que nous avons appelés "implication affective", "implication normative" et "implication calculée".

L'analyse typologique a permis de dégager quatre groupes de sujets qui se différencient pour chaque ensemble des variables des volets du questionnaire et dont les effectifs respectifs sont : G1=33; G2=98 ; G8=25 et G10=14. Ces groupes représentent respectivement 19.41% ; 57.64 %; 14.70 % et 8.23 % de la population totale.

Les sujets de groupe G1 sont nommés les « normalisateurs ». Leur engagement est caractérisé par le sentiment d'obligation de rester avec l'organisation. Cet engagement a trait plus aux

valeurs et à la moralité des employés composant ce groupe, c'est-à-dire que ces derniers se sentiraient obligés de demeurer avec leur institution car c'est la bonne chose à faire.

Les sujets de groupe G2 sont appelés les "affectueux". Ils favorisent l'implication affective. Les employés demeurent avec l'organisation parce qu'ils la désirent et par conséquent, ils veulent participer volontairement à son développement. Nous pouvons affirmer que cette catégorie de personnes s'implique dans son institution affectivement, qu'elle y est sentimentalement attachée et que cela conditionne son désir de rester dans l'organisation.

Quant au groupe 8, il est désigné par les "loyaux". Les membres de ce groupe se sentent obligés de développer des conduites loyales envers leur organisation, en adhérant notamment à ses normes. Ce sentiment d'obligation résulte de l'intériorisation de certaines contraintes et conduit les personnes à rester membre de leur organisation d'appartenance.

Enfin, le groupe 10 est nommé les "calculateurs". Ils ont une perception de l'implication qui rend compte de la dimension continue et renvoie à l'échange de type économique. Leur engagement est décrit par la volonté de rester membres de l'organisation par besoin. Ainsi, ils se sentent impliqués dans l'organisation en raison des coûts qu'ils perçoivent comme associés à leur départ. Ainsi, à partir d'un choix raisonné, ils jugent plus opportun de rester fidèles à celle-ci que de la quitter, opération désavantageuse, compte tenu des investissements matériels et immatériels engagés.

Ensuite, la présente recherche a permis d'appréhender l'impact des certaines variables socio-démographiques sur les représentations des sujets. En effet, cette étude nous a permis de tracer le profil des employés de l'hôpital selon la caractéristique de l'âge, de l'ancienneté, du sexe, de statut et de la situation matrimoniale. En effet, nous avons constaté que les personnes interrogées étaient majoritairement âgées : 58 % de notre échantillon ont dépassé 41 ans. De surcroît, les variables âge et ancienneté semblent influencer la dimension de l'implication organisationnelle ressentie. Elles sont corrélées positivement avec la dimension affective: plus les employés avancent dans l'âge, plus ils sont affectivement attachés à leur établissement. Ce qui pourrait être expliqué par l'importance de leur expérience dans l'organisation.

Egalement, nous pouvons affirmer, après analyse des résultats, que la variable profession présente des relations significatives avec les dimensions affective et calculée de l'implication. Les médecins sont plus impliqués affectivement que les infirmiers qui sont plus en accord avec la dimension calculée.

Conclusion

En inscrivant cette recherche dans une perspective psychosociologique du comportement organisationnel, axée plus particulièrement sur le modèle de « l'implication organisationnelle » développée par Allen et Meyer (1990) et Thévenet et Neveu (2002), nous nous sommes intéressés à l'étude et la compréhension de l'implication des professionnels de santé dans l'exemple marocain. L'objectif étant d'identifier et à analyser les mobiles qui permettent aux employés de pouvoir s'impliquer dans leur travail et d'explorer les différentes dimensions de la performance par les acteurs internes de l'hôpital public.

Les établissements de santé sont soumis à de nombreuses contraintes qui leur imposent de mieux maîtriser leur performance. L'engagement du personnel hospitalier est vu, ainsi, comme une des voies prometteuses pour améliorer cette performance et confronter les problèmes du système de santé. Le facteur humain est donc susceptible de générer de la valeur à l'organisation principalement à travers un meilleur sens de la responsabilité. De ce point de vue, nos résultats démontrent le pouvoir explicatif des perceptions de l'engagement organisationnel. Ils soulignent la sensibilité des personnels de santé à la façon dont ils sont traités dans l'organisation et montrent que les établissements de santé n'ont pas intérêt à considérer les employés comme une main-d'œuvre sans importance, peu encline à s'engager dans l'organisation. Ainsi, l'intérêt de cette étude auprès du personnel hospitalier est double : D'une part, au niveau scientifique, ces travaux permettront d'obtenir des données et d'enrichir un domaine de recherche très peu exploité à ce jour. Ceci est d'autant plus important que la problématique de l'amélioration de la performance organisationnelle occupe une place majeure dans les différentes préoccupations ayant trait à la gestion et à l'ingénierie des systèmes hospitaliers. D'autre part, cette recherche possède un intérêt pratique certain et sensible. Elle permet aux responsables et aux décideurs d'instaurer une organisation hospitalière efficace tout en favorisant la responsabilisation des gestionnaires. Elle a mis en évidence que les professionnels de santé ont tendance à s'impliquer affectivement envers leur organisation. Ce résultat est d'autant plus intéressant que notre étude a été réalisée dans le secteur de la santé marquée par une pénurie de personnel et pour lequel la problématique de leur rétention est primordiale.

Différentes limites découlent de toute recherche. Certaines limites d'ordre méthodologique et pratique viennent, cependant, nuancer les résultats de cette étude. En premier lieu, notre enquête a été menée de façon synchronique, et non diachronique. En soi, ce type de dispositif ne permet pas de mettre en évidence l'évolution des représentations collectives et la

dynamique des processus cognitifs dans l'organisation. Les investigations longitudinales, visant un phénomène dans le temps afin d'y détecter ses évolutions, pourraient dans ce sens, se révéler de plus grand intérêt.

Un autre reproche que l'on peut adresser à cette étude porte sur le fait que les résultats sont obtenus sur une part particulièrement restreinte de l'effectif de l'établissement étudiée. De même, les limites de cette démarche, surtout si l'on considère que cette recherche porte sur une population de médecins, infirmiers et personnel administratif, se doivent d'être soulignées. Ainsi, les systèmes de représentations qu'épousent ces acteurs ne sont pas nécessairement ceux que privilégient ces catégories de population. Cependant, et malgré toutes ces insuffisances reconnues, le champ d'investigation que nous avons exploré est prometteur de pistes futures de recherches multiples et intéressantes.

Il serait enfin et au final intéressant de poursuivre notre travail de "profilier" en élargissant notre démarche globale au niveau régional, voire national, et ce afin d'en asseoir plus confortablement la représentativité et la teneur scientifique. Dans ce contexte de crise ou de changement radical du système de santé, il est à l'heure actuellement impossible de se prononcer sur cela, quelles seront les conséquences des mécanismes politico-financières, actuellement mis en œuvre au sein du secteur de la santé, sur les dynamiques organisationnelles ? Est là la possibilité de repenser et de remettre à l'épreuve notre recherche. Laissons là la situation. Il faut savoir mettre une ponctuation à une recherche...

BIBLIOGRAPHIE

Abric J.-C. (2003), « L'analyse structurale des représentations ». Dans : Moscovici, S. (Ed.). *Méthodologie des sciences sociales*, Presses Universitaires de France, Paris.

Allen N.J. & Meyer J.P. (1990), « The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organisation », *Journal of Occupational Psychology*, vol 63, n° 2, p. 1-18.

Al-Damen R. (2017), « La qualité des services de santé et son impact sur la satisfaction des patients - Cas de l'hôpital Al-Bashir », *International Journal of Business and Management* vol.12, n° 9, p. 136.

Agarwala T. (2003), « Innovative human resource practices and organizational commitment: an empirical investigation », *International Journal of Human Resource Management*, vol. 14, n° 2, p. 175-197.

- Benchikha F.Z. & Chouam B., (2018), « le contrôle de gestion hospitalier : cas d'hôpital Algérien », Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit, vol.2, n°2, juin.
- Bentaleb Ch. (2005), « Apprentissage inter-organisationnel des pratiques de motivation : cas de l'entreprise privée marocaine », Management & Avenir, vol.1, n° 3, p. 76-95.
- Brémond M., Mick S., Robert D., Pascal C., (2013), « Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ? », Les Tribunes de la santé, vol. 1, n° 38, p. 77-94.
- Bruyère C. (2008), « Les réseaux de santé français: vers un arbitrage des contrares », Management international, vol. 13, n°1, p. 75-84.
- Detchessahar M. & Grevin A., (2009), « Un organisme de santé... malade de « gestionnisme » », Annales des Mines - Gérer et comprendre, vol. 4, n° 98, p. 27-37.
- Durrieu F. & Roussel P. (2002), « L'implication organisationnelle dans les réseaux de franchises : un concept pertinent pour des entreprises en réseau ? », Revue de Gestion des Ressources Humaines, Eska, n°44, Avril -Mai-Juin, p. 2-19.
- Grosjean M., Lacoste M. (1999), Communication et intelligence collective : le travail l'hôpital, Presses Universitaires de France, Paris.
- Herrbach, O. (2005), « États affectifs et formes d'engagement. Analyse et conséquences pour le concept d'engagement organisationnel », Psychologie du Travail et des Organisations, vol.11, n°3, p.135-150.
- Igalens J., Roussel P. (1998), Méthode de recherche en gestion des ressources humaines, ed. Economica.
- Macrez et Bonnet, 2004 « Comprendre l'épuisement professionnel des soignants », Revue de l'infirmière, n° 100, p. 19-22.
- Makhloufi I., Saadi J., Hiki L. et El hassani A. (2012)., « Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid », Santé Publique, vol. 24, n°6.
- Masquelet, A. (2011), « L'hôpital public victime des injonctions paradoxales », La Revue du praticien, vol. 61, n°10, p. 1340-1342.
- Karnas, G. (1998). Méthodes en psychologie du travail. Bruxelles: Laboratoire de Psychologie Industrielle et Commerciale, Université Libre de Bruxelles.
- Neveu J-P. & Thévenet M. (Coord., 2002), L'implication au travail, Paris, Vuibert.

Paille P. (2004), « Engagement organisationnel, intention de retrait et comportements citoyens: l'influence de la satisfaction au travail », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°52, p.31-46.

O'Reilly, CA., Chatman, J., & Caldwell, DF. (1991). « Les gens et la culture organisationnelle: une approche de comparaison de profils pour évaluer l'adéquation personne-organisation », *Journal de l'Académie de gestion*, vol. 34, n°3, p. 487-516.

Péoc'h N., Ceaux Ch., (2012), « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 1 n°108, p. 53-66.

Roussel P. (2009), Introduction à l'ouvrage « Comportement organisationnel », volume 3, « Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel », in Rojot J., Roussel P. & Vandenberghe C. (sous la direction de), Bruxelles, De Boeck, p. 5-13.

Ruiller C. (2008), *Le soutien social au travail : Conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier*. Sciences de l'Homme et Société. Université Rennes 1.

Sainsaulieu I. (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, vol. 48 - n° 1, Janvier-Mars.

Thévenet M. (1992), « Les professionnels peuvent-ils s'impliquer? », *Annales du Management*, Tome II : Contributions, Le Duff R. & Allouche J. (Coord.), Economica, p. 487- 496, Paris.