

# **L'alignement entre sous-culture médicale et sous-culture managériale de l'hôpital : une étude de l'impact du risque lié à la perception du système de pouvoir sur la perception du leader par les médecins dans les hôpitaux algériens**

**Djida Bounazef<sup>1</sup>, Didier Van Caillie<sup>2</sup>, Smain Chabani<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Centre d'Etude de la Performance des Entreprises CEPE, HEC Liège, Rue Louvrex, 14 – Bat. N.1 – Bureau 103 - Boîte 11 - 4000 Liège - Belgique, 0032477816992, [djida.bounazef@gmail.com](mailto:djida.bounazef@gmail.com)

<sup>2</sup> Centre d'Etude de la Performance des Entreprises CEPE, HEC Liège, Rue Louvrex, 14 – Bat. N.1 – Bureau 102 - Boîte 11 - 4000 Liège - Belgique, 003242327434, [d.vancaillie@ulg.ac.be](mailto:d.vancaillie@ulg.ac.be)

<sup>3</sup> Laboratoire de Management, Performance et Innovation MPI/Permanan, HEC Alger, Pôle universitaire de Koléa, Koléa, Algérie, 00213773131950, [incsmachab@gmail.com](mailto:incsmachab@gmail.com)

## **Résumé :**

Comme le font émerger Kathri e.a. (2006), gérer la performance d'une institution hospitalière implique de parvenir à aligner et à intégrer (Rundall e.a., 2004) les différentes sous-cultures (médicale, professionnelle et managériale) qui s'y confrontent quotidiennement. Dans une perspective de théorie de l'agence (Jensen, Meckling, 1976), au sein d'une structure hospitalière responsable, cette intégration vise en priorité à réduire les conflits d'agence nés de la disparité des vécus, des attentes et des perceptions des multiples acteurs de l'hôpital (Farnsworth Mick, Shay, 2016). La structure causale du modèle d'excellence de l'European Foundation for Quality Management (Eskildsen e.a., 2000) fait du leader et de sa perception le principal inducteur de performance dans l'hôpital. Le modèle EFQM permet l'étude de l'intégration entre la sous-culture médicale et la sous-culture managériale de l'hôpital au travers d'une perception commune du rôle du leader. Le modèle émerge comme une question de recherche critique à travers l'étude du système de pouvoir (Merchant, VanderStede, 2014). Dans ce contexte, la présente contribution a pour finalité d'identifier les risques liés à une perception négative du système de pouvoir sur la perception du leader par le corps médical (les médecins). Notre étude a pour finalité d'identifier les risques nés d'une perception négative du système de pouvoir liés à l'impact de 11 dimensions culturelles sur la perception du leader par le corps médical. Notre étude est réalisée sur base d'un questionnaire administré auprès de 380 médecins exerçants dans des hôpitaux algériens. Le modèle de régression multiple qui émerge des résultats obtenus permet d'analyser l'impact des influences de pouvoir de chaque dimension culturelle sur la perception du leader par les médecins. Les résultats montrent que les dimensions culturelles engendrent différents risques d'influence négative de pouvoir. Le niveau de centralisation du pouvoir, de la valorisation des médecins et de la qualité des interactions engendrent des influences impactant négativement la perception du leader.

**Mots clés :** perception positive, culture organisationnelle, groupes influents, relation leader-médecins, orientations du leadership.

## **Introduction**

Comme le font émerger Kathri e.a. (2006), gérer la performance d'une institution hospitalière implique de parvenir à aligner et à intégrer (Rundall e.a., 2004) les différentes sous-cultures (médicale, professionnelle et managériale) qui s'y confrontent quotidiennement. Dans une perspective de théorie de l'agence (Jensen, Meckling, 1976), au sein d'une structure hospitalière responsable, cette intégration vise en priorité à réduire les conflits d'agence nés de la disparité des vécus, des attentes et des perceptions des multiples acteurs de l'hôpital (Farnsworth Mick, Shay, 2016). La perception du leader représente le principal inducteur de la performance hospitalière. Le modèle d'excellence de l'European Foundation for Quality Management EFQM s'impose à l'échelle européenne comme un modèle de référence dans le monde hospitalier (Eskildsen e.a. 2004). Ce modèle permet d'étudier l'intégration entre la sous-culture médicale et la sous-culture managériale de l'hôpital. Il étudie cette intégration au travers d'une perception commune du rôle du leader et du système de pouvoir (Merchant, VanderStede, 2014). Le système du pouvoir émerge des influences de pouvoir dans l'hôpital émerge comme une question de recherche critique. La relation sociale entre les médecins et le leader dans l'hôpital est régulée en fonction de leurs différentes interactions (Probst, Jiang, Graso, 2016). 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 le leader 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'autre. Cela est relié non seulement à la proximité, à la similarité-complémentarité et de l'image de soi. Cette relation est donc fondée sur un volet rationnel visant à promouvoir la performance de groupe.

Cependant, elle est aussi fondée sur un volet irrationnel. Celui-ci explique la force des affinités et du jugement des autres. La perception du leader par les médecins représente un construit des relations interpersonnelles, organisationnelles et sociales. Elle représente ainsi les interactions individuelles de chaque médecin avec le leader. Cette perception est en lien avec le rôle professionnel du leader. Ses décisions peuvent être une opportunité ou un risque pour l'épanouissement des médecins. La perception du leader représente toutefois aussi une perception groupale (Becker, Smidt, 2016). Celle-ci 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 en fonction des différentes catégories sociales et professionnelles internes. Ils représentent des groupes avec un pouvoir d'influence différent.

La perception du leader 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 au contraire, de dialogue/compréhension. La perception du leader varie en fonction des normes, valeurs et de la qualité des échanges partagés avec les médecins. L'existence de valeurs partagées et acceptées par les deux parties renforce la transparence et la confiance mutuelle. Elle favorise une communication constructive et respectueuse. La perception du leader par les médecins représente l'output d'une réciprocité directe entre les deux parties. Le renforcement d'une perception positive du leader 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 du leader est liée à la valeur de l'équité. L'existence d'un échange équitable permet de minimiser l'impact d'influences de pouvoir centralisées.

### **1. Impact des influences de pouvoir sur la culture organisationnelle**

L'influence de pouvoir représente l'ensemble des pressions exercées par le leader 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 engendre soit un conformisme soit une déviance. Le conformisme représente une adhésion et une soumission au leader et groupes influents. Le rejet des influences de pouvoir engendre des sanctions subis par les groupes minoritaires. L'influence négative de pouvoir représente ainsi des pressions d'abus de pouvoir exercés sur le groupe (Teko, Bapes, 2010). Les influences de pouvoir entre les médecins et le leader varient en fonction de l'interaction sociale existante. Celle-ci régule la pression exercée par le leader. Elle modifie les valeurs, idéologies et comportements des médecins vis-à-vis du leader. Les influences du pouvoir sont exercées par le leader et par les médecins. Cependant, le leader est fortement impacté par les influences de pouvoir des groupes influents (Aven, 2016). Cela permet une intégration et une désintégration sociale en même moment. Ces influences permettent ainsi de renforcer les échanges entre les médecins et le leader. Elles peuvent aussi représenter une source de désengagement et de démotivation par les médecins. L'existence d'influences de pouvoir déséquilibrées engendre des pressions internes. Ces pressions impactent négativement les relations interactionnelles entre les médecins de toute catégorie sociale. Ces relations définissent ainsi les composantes de la culture organisationnelle dans l'hôpital. Celle-ci représente un ensemble de valeurs, pratiques et 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 passés qui orientent les pratiques managériales appliquées dans l'hôpital (Fischer, 2015).

Les différentes influences entre les médecins et le leader déterminent la force ou la faiblesse de la culture organisationnelle (Hofstede, Hofstede, Minkov, 2010). Elle représente un déterminant dans la qualité des échanges interactionnels dans l'hôpital. La culture organisationnelle représente un construit du leadership appliqué. Elle définit les orientations stratégiques déterminées par le leader. Ces orientations mises en place permettent de valoriser les objectifs communs des parties prenantes. La culture organisationnelle détermine ainsi le niveau de centralisation du pouvoir (Delouée, 2013). Elle détermine l'importance accordée à la prise en compte des intérêts personnels des médecins dans la politique de l'hôpital. La culture organisationnelle 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. Elle régule les différentes interactions sociales entre les médecins, et entre les médecins et le leader. Cette régulation détermine les influences de pouvoir accordée à chaque acteur interne. La culture organisationnelle définit ainsi la profondeur de la relation entre le leader et les médecins. Elle détermine alors l'existence de relations interpersonnelles qui s'accompagnent aux relations organisationnelles. Elle 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 (Fischer, 2014). La culture organisationnelle représente l'image des médecins par le leader. Elle permet soit de valoriser

le grade, soit de valoriser la compétence. Elle permet ainsi de se focaliser sur l'opérationnel ou sur le prévisionnel.

La culture organisationnelle se compose de dimensions culturelles partagées, conduites, renforcées et finalement contrôlés (Hoffman, 2015). Elle régule 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 particulier des médecins confère une liberté d'exécution. Cela réduit l'autorité du leader à travers l'existence des différentes influences de pouvoir qui doivent être pris en compte (Trompenaars, Hampden-Turner, 2008). L'acceptation des normes et valeurs conduites par le leader représente un comportement social résultant des pressions d'influence (Hsu, Lin, 2016). L'adhésion aux dimensions culturelles définies par le leader représente une l'acceptation de la conformité par les médecins. Celle-ci représente l'adaptation des croyances, valeurs et comportements des médecins à l'influence de pouvoir. La conformité des médecins permet de générer un comportement consenti aux critères des groupes influents dont le leader. Cette conformité représente une forme de soumission de la part des médecins (Berjot, Delelis, 2014). Cette soumission peut être soit une soumission libre et consentie, soit une soumission à l'autorité. La première est générée par des influences de pouvoir positif. Les médecins adhèrent donc aux dimensions culturelles 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. Impact des risques d'influences négatives de pouvoir sur la culture organisationnelle**

Il existe une relation de dépendance entre les influences de pouvoir, le leadership hospitalier et 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 (Bekefi, Epstein, 2006). Pour une conduite optimale de l'hôpital, il est nécessaire d'identifier et de maîtriser les risques d'influences négatives de pouvoir sur les dimensions culturelles existantes. 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 (Davidson & al., 2016). Pour cela, Epstein et Rejc ont définis un processus comprenant six étapes. Les risques sont avant tout identifiés puis mesurés. Leur mesure permet de déterminer et de quantifier leur magnitude, probabilité ou impact. Cette mesure permet aussi de déterminer les risques prioritaires ainsi que d'analyser les bénéfices/coûts liés à leur existence (Epstein, Rejc Buhovac, 2006). L'acceptabilité du risque d'influence négative du pouvoir permet de réduire son impact. Cela permet aussi de le partager ou de le transférer. Cette étape représente une réponse face au risque ayant pour finalité d'impliquer aussi bien les leaders que les médecins. La mise en place de dimensions culturelles favorisant une relation positive entre les parties réduit les risques d'influence négative du pouvoir.

L'existence d'influences négatives de pouvoir induit un rejet de conformité aux valeurs, aux pratiques de leadership et à la culture organisationnelle. Elle cause une déviance par rapports aux normes établis par le leader en vue de réaliser les objectifs qu'il s'est assigné.

L'influence négative de pouvoir exercée par lui et par les groupes de médecins influents engendre 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. Bien au contraire, l'influence négative de pouvoir engendre une motivation à engendrer un comportement inverse par rapports aux attentes des groupes influents et du leader (Owaab, Phillips, Schaere, 2016). Les médecins développent ainsi un besoin de s'affirmer et de se distinguer par rapport aux orientations imposées. L'influence négative de pouvoir engendre aussi une anomalie sociale réduisant l'impact de la culture organisationnelle sur les médecins. Ils adoptent ainsi des valeurs et normes différentes de celle de la culture dominante. Cette déviance comportementale engendre des conflits internes.

L'influence 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 influences négatives de pouvoir se forment à partir d'échanges sociaux entre les médecins et les leaders. Ces échanges définissent la perception non seulement du leadership mais aussi du leader. L'influence négative représente le besoin des groupes majoritairement dominants de 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 le leader. Le risque d'influence négative de pouvoir modifie l'impression et la crédibilité du leader par les médecins. Cela engendre par ailleurs des stéréotypes et préjugés qui peuvent être fondées ou non-fondées.

Les risques d'influence négative du pouvoir impactent sur le climat social, la compétence, le respect des droits et sur la dimension socio-psychologique interne. Ils permettent d'identifier les sources sociales de tensions internes. Cela identifie les situations et zones d'incertitude menant à des conflits internes. L'identification de ces risques permet de déterminer les dimensions culturelles qui impactent sur la force de la relation leader-médecins. Cette identification a pour finalité 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 permet de valoriser le développement des compétences. Les risques d'influence de pouvoir impactent sur les départs et le recrutement des compétences. Leur identification permet de prévenir les aspects freinant l'épanouissement tant social que professionnelle des médecins dans l'hôpital (Miniati, Frosini, Dori, 2016). Cette identification permet ainsi d'assurer une proactivité efficace permettant une évolution permanente de la politique de l'hôpital.

L'influence négative de pouvoir engendre l'existence de groupes de pressions menaçant les droits et obligations des médecins. L'existence des inégalités impacte les activités de contrôle. Cela freine 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 (Wang & al., 2011). Cela engendre aussi le développement des phénomènes de mal-être, stress, harcèlement et comportements opportunistes. La connaissance de ces risques permet de créer une culture organisationnelle forte dans l'hôpital.

Cette culture représente des dimensions culturelles qui définissent des orientations managériales validées par les médecins (Becker, Smidt, 2016). Elle génère des standards internes minimisant les risques d'influence négative de pouvoir (Schein, 1995). Ces standards représentent selon Schein des assomptions profondes et une partie du subconscient collectif (Li, & al., 2013).

### **3. Impact des risques des influences négatives de pouvoir sur la perception du leader par les médecins**

La perception du leader représente un ensemble de sentiments et de sensations vis-à-vis du leader. Elle représente une perception des orientations du leadership. La perception du leader dans l'hôpital dépend de l'interprétation et de la réaction des médecins face à ses comportements adoptés. Ces comportements définissent la personnalité du leader ainsi que ses décisions managériales. La réaction des médecins face au leader dépend de l'environnement qu'il génère. La perception du leader dans l'hôpital est un construit des influences sociales et interactionnelles (Dorfman, & al., 2012). Ces 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 positive du leader dans l'hôpital définit aussi bien le climat social que la performance hospitalière. Cette perception représente une interprétation des expériences et de la crédibilité du leader. Elle change en fonction des variations de la personnalité et des besoins des médecins. Le leader est donc perçu différemment d'un groupe à un autre tout comme d'un médecin à un autre.

La perception reflète l'image de marque du leader. Celle-ci peut être fondée ou non fondée en fonction de l'image véhiculée par le leader (Syafii, Thyib, Nimram, 2015). Elle varie en fonction des affinités générées entre le leader et les médecins. Dans l'hôpital, les médecins peuvent ainsi avoir une perception différente de la définition de la qualité et des plans stratégiques. 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 du leader (Tshay, Nicholas, Rule, 2014). Cependant, cette perception est importante et doit être valorisée. En effet, les médecins définissent l'efficacité du leader (Goodall, 2011). Une mauvaise perception du leader 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. 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 du leader et la perception des composantes de son leadership (Petit, 2012).

La perception peut être objective ou subjective. Il existe une multitude de facteurs justifiant l'interprétation des situations et des décisions du leader. La perception du leader 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. Cela est applicable aussi sur la motivation du leader à intégrer les médecins dans les processus décisionnel. La valorisation des compétences et de l'accès aux opportunités représente aussi un paramètre permettant de juger sa perception. Il est par ailleurs perçu en fonction de sa capacité à satisfaire les besoins des médecins. Cela s'applique aussi à sa capacité à réguler les influences dynamiques interactionnelles internes. La perception positive du leader 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 du leader détermine ainsi sa fiabilité. Ce niveau détermine aussi la confiance ascendante, descendante et mutuelle. Cela est équivalent aussi pour son background social. Celui-ci définit aussi bien son savoir-faire, son savoir-être et son savoir de transmettre.

Les dimensions culturelles appliquées dans l'hôpital sont liées à la perception positive du leader. Shein aborde dans ses recherches sur le lien existant entre le leadership et la culture organisationnelle (Arokiasamy, Kaneasan Bin Abdullah, Ismail, 2015). De ce fait, les dimensions culturelles internes représentent un construit des valeurs et règles de conduites orientées par le leader. Ces dimensions représentent des avantages comme des risques à l'hôpital (Guo, 2015). Les dimensions culturelles engendrent ainsi les influences de pouvoir qui impactent sur la perception du leader. Elles définissent la perception du style humain du leader. Cela à travers l'existence des valeurs de la prise en compte des besoins et du bien-être des médecins (Yucel, Karatas, Aydin, 2013). Ces dimensions permettent de déterminer sa capacité à déléguer le pouvoir et à motiver à la participation des médecins. Les dimensions culturelles permettent aussi de définir sa capacité à être autonome et responsable face aux complications internes. Cela est aussi en lien avec sa capacité à collaborer d'une manière transparente. Sa collaboration détermine ainsi sa cohésion et sa capacité à prendre en compte les besoins des médecins. Les dimensions culturelles définissent aussi son style défensif et charismatique (Otara, 2011). Cela se résume en sa capacité à valoriser les intérêts communs malgré l'existence de groupes influents. Son charisme permet de motiver les médecins et de construire de fortes valeurs organisationnelles. La capacité du leader à réduire les risques des influences négatives de pouvoir favorise l'émergence d'une perception positive du leader.

#### **4. Problématique de la recherche**

Le but de ce papier est de déterminer l'impact des influences négatives de pouvoir engendrées par les dimensions culturelles appliquées. La finalité est d'apprécier l'impact de ces influences de pouvoir sur la manière de percevoir le leader par les médecins. L'objectif est de déterminer les influences négatives engendrées par les dimensions culturelles. Cela afin d'étudier si l'ensemble des influences liées aux dimensions culturelles impactent sur la perception du leader. Les hypothèses suivantes sont proposées dans le cadre de la recherche :

- H1 : Les influences de pouvoir engendrées par la culture organisationnelle influent sur la perception positive du leader par les médecins
- H2 : Les influences de pouvoir engendrées par chaque dimension culturelle influent sur la perception positive du leader par les médecins
- H2a : Le niveau de décentralisation de la prise de décision engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader
- H2b : L'importance accordée aux intérêts des médecins engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader
- H2c : L'orientation managériale engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader
- H2d : Le niveau contrôle de l'incertitude engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader
- H2e : La centralisation de l'autorité engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader
- H2f : La force des relations informelles engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader
- H2g : La flexibilité managériale engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader

- H2h : L'importance accordée au travail d'équipe engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader
- H2i : Le critère de valorisation des médecins engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader
- H2j : La participation des médecins aux activités transversales engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader
- H2k : La vision temporelle engendre des influences de pouvoir impactant sur la perception du leader

## 5. Présentation de la méthode

Pour tester ces hypothèses, 20 variables sont choisies dans la recherche empirique. Les 11 premières variables représentent les dimensions culturelles perçues par les médecins. Les 9 variables restantes mesurent la perception du leader. L'étude est réalisée sur 380 médecins travaillant dans différents hôpitaux algériens. Ces médecins représentent 56% d'hommes et 44% de femmes. Ils sont répartis en 7% de professeurs, 12% de maîtres de conférences, 18% de maîtres assistants, 17% de spécialistes, 32% de résidents, et de 14% de généralistes. 20% des médecins ont un âge compris entre 25 et 36 ans, 42% entre 35-44 ans, 28% entre 45-55 ans et 10% entre 56 ans et plus. Les répondants ont remplis des questionnaires papiers sur une base volontaire et anonyme. Ils ont cochés sur les points qui se rapprochent de leurs perceptions. Les 11 dimensions culturelles sélectionnées pour la recherche résultent des dimensions principales perçues sur les 22 proposées. Ces dimensions se réfèrent aux travaux de Hofstede et de Trompenaars. Le but était de sélectionner une l'orientation la plus réaliste pour chaque dimension. Il a été demandé par exemple de choisir entre une forte et une faible distance hiérarchique. Le même principe a été appliqué pour les 10 autres variables.

Les 9 variables mesurant la perception du leader représentent une adaptation des travaux de Lewin et de Dorfman. L'analyse des résultats est réalisée avec une analyse multivariée à l'aide du logiciel Statistica. Le but étant de réaliser une régression linéaire multiple. Cette régression analyse l'effet de chaque dimension culturelle sur la perception du leader. L'étude approfondie des 11 dimensions sur les 9 variables n'est pas prise en compte dans ce papier. Le but des 9 variables est de déterminer la perception du leader par les médecins grâce à plusieurs indicateurs. Ce modèle permet d'analyser la taille et la puissance des effets de significativité multivariée. Le modèle se base sur le test hypothèse avec la loi de Fisher. Le seuil de probabilité retenu pour l'étude est de  $p = 0,05$ . Le modèle permet ainsi de vérifier l'ensemble des hypothèses proposées dans le papier. Cette vérification est réalisée à travers la détermination d'une relation significative entre les dimensions culturelles et la perception du leader. Cette relation permet ainsi d'analyser les risques des influences du pouvoir qui y sont liés. Par ailleurs, les dimensions culturelles représentent des variables indépendantes dans ce modèle. Les variables de la perception du leader représentent les variables dépendantes.

## 6. Présentation des résultats

Le tableau 1 représente les résultats descriptifs des 20 variables de l'étude. Les 11 variables des dimensions culturelles représentent la perception des principales orientations culturelles par les médecins. Ces dimensions sont perçues entre 48% à 81% des médecins répondants au questionnaire. Elles permettent d'identifier les pratiques managériales appliquées par le leader. La culture organisationnelle hospitalière est perçue comme une forte distance hiérarchique. Elle favorise l'individualisme à travers l'application d'un management à orientation masculine. Elle se caractérise par un fort contrôle de l'incertitude malgré



l'existence d'une vision à long terme. Même s'il existe une culture limitée, le subjectivisme régule les rapports entre les parties prenantes. Une importance est accordée au particularisme, à la polychronie et au statut attribué. Les plans stratégiques s'orientent sur l'opérationnel et sur le processus d'amélioration continue. Le tab.1 présente aussi la perception positive du leader par les médecins. Les 9 variables ont une perception positive comprise entre 21% et 43%. La majorité des répondants ont une perception négative du leader. Cela s'applique principalement à leur insatisfaction du niveau de délégation du pouvoir et de la prise de décision. La même insatisfaction concerne le temps de la circulation de l'information. Le tab. 2 représente la taille et la puissance des effets du test de significativité multivariée. Il permet d'apprécier la décomposition efficace des hypothèses à travers une paramétrisation d'un sigma-restreint. Les résultats montrent que le modèle est significatif. 63,63% des dimensions culturelles existantes dans les CHU influent sur la qualité de la perception du leader par les médecins.

**Tableau 1.** Présentation des statistiques descriptives des variables

Variables	Abr.	M%	$\sigma$
Les inégalités et les privilèges sont voulus	FoD	58%	0,49
Chacun pour soi et priorité aux intérêts personnels	I	50%	0,50
Affrontement, affirmation de soi et concurrence	MM	55%	0,50
Anxiété et opposition à tout changement	FoC	48%	0,50
Les anciens ont plus d'autorité sur les jeunes	OLT	69%	0,46
Je considère mes collègues comme ma deuxième famille	S	81%	0,39
Chaque situation a sa propre solution adaptée	P	76%	0,43
Chaque personne est récompensée uniquement pour son propre travail et non pour celui de l'équipe	CL	48%	0,50
La renommée d'un médecin est équivalent au grade	Sat	59%	0,49
Pour être efficace il faut gérer plusieurs tâches à la fois	Po	57%	0,50
La réussite du CHU se doit à ce qu'il réalise et réalisera	OPF	67%	0,47
Qualité des prises de décisions	QPD	36%	0,48
Participation des médecins aux prises de décisions	PPD	21%	0,41
Souplesse et flexibilité dans la gestion de votre travail	SFT	32%	0,47
Confiance mutuelle entre vous et votre supérieur hiérarchique	CM	39%	0,49
Assume ses responsabilités	CAR	31%	0,46
Honore ses promesses et ses engagements stratégiques	CHP	39%	0,49
Manière de gérer les crises et de résoudre les problèmes internes	RCP	43%	0,50
Sa façon de valoriser et de donner de l'importance aux médecins	VM	36%	0,48
Temps de circulation de l'information	TCI	21%	0,41

*Abr. : Abréviation ; M% : Moyenne en % ;  $\sigma$  : Ecart-Type.*

L'existence d'une forte relation sociale entre les médecins et le leader renforce la perception du leadership. Les relations informelles favorisent le travail d'équipe, la confiance réciproque et l'influence positive. La perception positive du leader est aussi favorisée avec l'application du particularisme. Les flexibilités procédurales facilitant le traitement des cas singuliers permettent une meilleure adhésion aux orientations managériales. Cette perception positive est favorisée avec la valorisation des intérêts personnels des médecins. Cette prise en compte permet de les impliquer dans les intérêts communs propres à l'hôpital. L'application d'un management masculin renforce une bonne image du leadership et du leader. L'existence de la concurrence et de l'affirmation des compétences individuelles permet de renforcer leur motivation. Cependant, la perception positive du leader est proportionnelle à la capacité du

leader à maintenir une stabilité interne. Cela permet de réduire les sources de nuisance et d'insatisfaction.

La centralisation du pouvoir au top management et aux médecins les plus gradés sécurise les médecins. Cette sécurité est liée à l'application de procédures prédéfinies et à un transfert de savoir-faire et de savoir-être. Même si cette orientation freine le sens de l'initiative, les risques d'incertitude et de fautes médicales restent maîtrisés. La dernière dimension ayant une relation d'impact avec la perception du leader est la polychronie. La possibilité des médecins de développer leurs compétences transversales permet une meilleure motivation. Cela permet une meilleure répartition des tâches et une diversification des activités en vue d'une performance optimale. Ces 7 dimensions culturelles ont une puissance comprise entre 0,87 et 1. Elles influent fortement sur le niveau de perception du leader. Leur variation engendre une perception négative du leadership et du leader. Cela est en relation avec la génération de conflits internes opposants les médecins aux orientations managériales appliquées.

**Tableau 2.** Taille et puissance des effets du test de significativité multivariée

Effet	Test	Valeur	Fisher	Effet	Erreur dl	p	Eta-deux partiel	Non-centralité	Puissance observée (alpha=0,05)
Ord.Orig.	Wilk	0,01	3510,24	9	359	0,00*	0,99	31592,13	1,00
FoD	Wilk	0,97	1,32	9	359	0,23	0,03	11,87	0,64
I	Wilk	0,94	2,50	9	359	0,01*	0,06	22,53	0,93*
MM	Wilk	0,95	2,10	9	359	0,03*	0,05	18,93	0,87*
FoC	Wilk	0,92	3,24	9	359	0,00*	0,08	29,17	0,98*
OLT	Wilk	0,93	2,86	9	359	0,00*	0,07	25,75	0,96*
S	Wilk	0,85	6,88	9	359	0,00*	0,15	61,92	1,00*
P	Wilk	0,94	2,71	9	359	0,00*	0,06	24,35	0,95*
CL	Wilk	0,97	1,0 6	9	359	0,39	0,03	9,57	0,53
Sat	Wilk	0,98	0,92	9	359	0,51	0,02	8,28	0,46
Po	Wilk	0,82	8,97	9	359	0,00*	0,18	80,69	1,00*
OPF	Wilk	0,96	1,71	9	359	0,09	0,04	15,36	0,78

( $p < 0,05$  : existence d'une relation d'impact)

Le leadership appliqué définit le niveau des risques d'influence de pouvoir à travers le choix des dimensions culturelles appliquées. L'application des dimensions culturelles réduisant l'épanouissement des médecins réduit la perception positive du leader. Les résultats du tab.2 montrent que les autres variables ont elles aussi un impact sur la perception positive. Cependant, cet impact reste faible ou indirect pour être défini comme facteur déterminant.

### 6.1. Impact des risques de l'influence du pouvoir engendrés par l'individualisme

L'orientation individualiste permet de motiver les médecins à la concurrence et à l'amélioration de la performance individuelle. Toutefois, une forte orientation individualiste représente un risque pour les CHU. 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 engendre une sous-culture. La non-adhésion aux valeurs organisationnelles du leader représente l'un des risques ayant un impact négatif sur les CHU. Le deuxième risque représente le renforcement

des comportements opportunistes. Cela détériore la confiance entre les médecins-leader et engendre un climat de méfiance. Comme conséquence, la décentralisation du pouvoir est sélective en fonction de l'homogénéité des intérêts.

L'individualisme permet de percevoir l'atteinte des plans stratégiques des CHU comme un moyen d'atteinte des intérêts personnels. Cette réalisation permet ainsi un épanouissement professionnel des médecins leur permettant de développer leurs compétences. Cependant, comme vu précédemment, l'individualisme fragilise l'harmonie et le consensus dans le groupe. 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 le leader-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 le leader. Le management des crises internes est de ce fait régulé par les différentes influences de pouvoir.

## **6.2. Impact des risques de l'influence du pouvoir engendrés par le management masculin**

L'application d'un management masculin oriente les prises de décisions vers la valorisation des intérêts stratégiques des CHU. 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 impactent négativement les relations interpersonnelles. Cela engendre des influences négatives de pouvoir de certains groupes influents. L'application du management masculin génère le risque de l'affirmation de soi. Il impacte 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 du leader vers une fiabilité organisationnel. 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 impacte sur les influences de pouvoir qui se régulent en fonction des grades des médecins.

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 engendre l'insatisfaction des besoins communs. Cela impacte tout autant sur la qualité du travail d'équipe. Cet impact s'explique par le risque d'incompréhension des médecins de réelles intentions du leader. Cela impacte à son tour sur la perception des conditions de travail et de l'état d'esprit du groupe. La valeur partagée par le leader 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 le leader. Il existe donc un risque d'un sentiment de non-reconnaissance quant à l'égalité, la solidarité et l'appartenance. Une perception négative du leader 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 influents. L'insatisfaction du temps de la circulation de l'information favorise l'affrontement interne. La perception positive du leader en est donc fortement affectée.

### **6.3. Impact des risques de l'influence du pouvoir engendrés par le fort contrôle de l'incertitude**

Le fort contrôle de l'incertitude permet d'appliquer des procédures préalablement définies. Cela permet de mettre en place des habitudes de travail connus et maîtrisés 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 burn-out. Cette pression interne représente un des facteurs favorisant la démotivation et le désengagement des médecins. 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. 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 du leader à résoudre les conflits internes. 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 engendre le risque du manque d'implication. La confiance en soi des médecins représente ainsi la condition de la perception du leader.

### **6.4. Impact des risques de l'influence du pouvoir engendrés par la vision à long terme**

Même si le leader valorise l'ancienneté et l'investissement à long terme des médecins, cela freine les jeunes compétences. Le risque de la démotivation des jeunes médecins et des moins gradés est dû 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 l'engendrement des influences de pouvoirs internes 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 désengagement (Wang & al., 2011). Ces risques sont la conséquence d'une décentralisation du pouvoir décisionnel que vers les médecins seniors. La participation à la prise de décision des médecins est donc équivalent 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-leader. Cela engendre ainsi un déséquilibre dans l'autorité des médecins. Ce déséquilibre affecte les régulations sociales dynamiques. Il engendre 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. Tel que l'accès à ces formations dépend aussi du nombre d'années d'expérience cumulées dans les CHU. Le risque du manque d'auto-actualisation est directement relié à cette variable. Cela est dû aux freins organisationnels freinant 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.

### **6.5. Impact des risques de l'influence du pouvoir engendrés par le subjectivisme**

La non-distinction d'une barrière entre la vie professionnelle et personnelle renforce la confiance accordée dans la prise de décision. Toutefois, l'importance accordée à la force des

relations informelles représente un risque. Cela engendre des comportements opportunistes et laxistes. La répartition du pouvoir et des tâches est déséquilibrée en fonction de l'appartenance aux groupes restreints. L'accès aux opportunités dépend principalement des affinités informelles existantes entre les médecins et le leader. 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 engendre une attitude émotionnelle face à soi, aux autres et à la perception de l'environnement.

Les émotions influent fortement positivement et négativement sur la perception du leader. Les conflits personnels impactent sur la qualité des échanges. Cela impacte tout autant sur le niveau d'implication et d'intérêt accordé aux différents projets entrepris. Le subjectivisme renforce le risque de l'apparition de comportements irrationnels. La relation leader-médecins dépend ainsi des affinités interactionnelles rationnelles et irrationnelles. L'importance de la perception positive du leader quant à la réalisation des plans stratégiques est primordiale. En effet, cela régule le comportement facilitant ou confrontant des médecins. Le leader est ainsi tenu d'avoir l'aval des médecins influents sous peine d'avoir des conflits de valeurs dans les CHU. Cela renforce aussi des comportements je m'en-foutiste des médecins moins gradés qui se désengagent du devenir des CHU.

#### **6.6. Impact des risques de l'influence du pouvoir engendrés 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 du leader 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 impartiale. L'application de nouvelles règles engendre 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 engendrer des asymétries informationnelles internes au sein même d'une même équipe.

#### **6.7. Impact des risques de l'influence du pouvoir engendrés par la polychronie**

La capacité du leader à déléguer plusieurs tâches diversifiées aux médecins permet de renforcer confiance mutuelle. Cependant, la polychronie réduit considérablement le temps dédiés aux activités médicales. Elle réduit les risques de routine en permettant d'optimiser la transversalité des médecins. Par contre, cela engendre le risque de stress et de surcharge. La multiplication des tâches et de la sur-implication des médecins dans des activités diverses hors médicales réduit leur efficacité. La surcharge entraîne le risque de diminution la performance individuelle et groupale. Des conflits d'intérêts peuvent être générés entre le leader et les médecins. En effet, une partie des médecins développent 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 perçue comme un manque de fiabilité du leader. La polychronie représente aussi un paramètre freinant 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.

Un leader polychronique se dédie à plusieurs tâches et risque d'être perçu comme étant moins accessible. Sa volonté à faire participer les médecins à plusieurs tâches augmente le

risque d'incompréhension. 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 leader. La réduction de la rapidité du feedback engendre un contrôle moins régulier. Le manque de feedback favorise ainsi l'apparition de zones d'incertitudes. Ces incertitudes se transforment en situations conflictuelles ayant été perçues comme secondaires.

## 7. Discussion des résultats

Les résultats de cette recherche montrent que les influences de pouvoir impactent différemment sur la perception du leader. Les orientations de la culture organisationnelle permettent de définir les comportements interactionnels entre le leader et les médecins. Ces différentes dimensions culturelles impactent donc positivement comme négativement sur cette relation réciproque. La dimension de la forte distance hiérarchique n'impacte pas sur la perception du leader. L'existence des inégalités et des privilèges représente une notion acceptée. Cela leur permet de bénéficier de certains avantages liés à leurs différentes relations sociales internes. Même s'il existe une forte orientation individualiste, la perception du leader reste inchangée face à la relation de la récompense. L'attribution des différentes récompenses propres au travail de chaque médecin ne présente pas de risque de la variation de la perception du leader. L'orientation vers les réalisations opérationnelles et futures n'a aussi aucun impact sur cette perception. Les médecins sont donc conscients des différents paramètres qui régulent aussi bien l'environnement interne que la réussite/renommée des CHU.

Les trois dimensions précédemment citées (forte distance hiérarchique, la culture limitée et l'orientation présent/futur) n'impactent ni le modèle ni ses différentes variables. Ces 3 dimensions ont donc un impact non significatif sur la perception positive du leader. Les dimensions du management masculin, du subjectivisme et de la polychronie ont une relation significative avec les variables de la perception du leader. Ces dimensions apportent des aspects positifs tels que la compétition et la diversification des tâches. 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 du leader se définit alors en fonction de sa capacité à générer une croissance optimale. Cela s'accompagne d'une valorisation tant sociale qu'organisationnelle des services et des médecins.

Les valeurs des  $p$  inférieures à 0,5 démontrent des fortes relations existantes entre les variables. De ce fait, l'hypothèse H1 permet d'être validée. Les influences de pouvoir engendrées par la culture organisationnelle influent sur la perception positive du leader par les médecins. Cela en vue des pratiques choisies afin de réguler l'ensemble des interactions internes. Ces résultats permettent de rejeter l'hypothèse nulle en vue de l'existence d'une relation d'influence significative. Les influences négatives de pouvoir liées aux dimensions culturelles représentent alors un risque. Ces risques affectent la perception positive du leader par les médecins. Toutefois, Les influences de pouvoir engendrées par chaque dimension culturelle n'influent pas forcément sur la perception positive du leader. Ce résultat permet d'accepter de rejeter l'hypothèse H2. En effet, les dimensions culturelles impactent d'une manière différente les aspects du leadership appliqué. Ces aspects représentent la capacité du leader à gérer l'ensemble des médecins malgré l'existence des pressions internes et des

influences de pouvoir. La manière de percevoir le leader représente alors un point central dans la confiance que les médecins lui accordent.

Les résultats permettent par ailleurs de rejeter les hypothèses nulles de H2b, H2c, H2d, H2e, H2f, H2g et H2j. Ces différentes dimensions engendrent ainsi des influences négatives impactant sur la perception du leader. 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 ;
- La participation des médecins aux activités transversales.

Ces influences engendrent une perception positive ou négative du leader. Cependant, les hypothèses nulles de H2a, H2h et H2i sont acceptées. Cela montre qu'il n'existe pas une relation significative entre ces dimensions culturelles et la perception du leader. De ce fait, les risques d'influence de pouvoir engendrés par ces dimensions ne peuvent représenter significativement des facteurs de risques. La mauvaise perception du leader par les médecins engendre des prédispositions aux risques. Cela affecte les valeurs personnelles et organisationnelles des médecins. Cette transformation engendrée par la mauvaise perception du leader modifie les comportements adoptés par les médecins. La perception positive du leader dépend donc avant tout des orientations culturelles appliquées dans les CHU. Cependant, afin de minimiser les risques d'influence négative du pouvoir, il est nécessaire d'intégrer une culture du risque dans les CHU. La perception positive du leader peut être alors engendrée par le renforcement de la culture organisationnelle. La perception positive est donc proportionnelle au développement des valeurs organisationnelles orientées vers l'identification des risques. Ce développement permet de limiter l'impact des influence du pouvoir afin d'optimiser un climat relationnel favorable.

## **Conclusion**

Ce papier a permis d'apporter une contribution propre au contexte hospitalier algérien. L'alignement de la sous-culture médicale et de la sous-culture managériale implique une régulation des influences de pouvoir. Le but étant d'identifier les risques d'émergence d'influences négatives de pouvoir impactant négativement sur la perception du système du pouvoir. Cela engendre une perception négative du leadership et du leader. 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 leader-médecin que médecin-médecins. Le système de pouvoir devient alors flou avec la multiplication des acteurs influents. 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 impacte sur la manière de percevoir le leader. La régulation du système de pouvoir permet ainsi d'optimiser une perception positive du leader. Cela réduit les risques d'influences négatives à travers le renforcement des interactions entre les deux parties.

## Références

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Delouvé, S., Manuel visuel de psychologie sociale, Ed. Dunod, 2<sup>ème</sup> éd. revue et actualisée, Paris, 2013.
- Dorfman, P., & al., GLOBE: A twenty year journey into the intriguing world of culture and leadership, *Journal of World Business*, Vol. 47, 2012, pages 504-518.
- Epstein, M-J., Rejc Buhovac, A., The reporting of organizational risks for internal and external decision-making, Ed. CMA-Canada, Ottawa, 2006.
- Eskildsen, J. K., Kristensen, K., & Juhl, H. J. (2000). The causal structure of the EFQM excellence model. In *First International Research Conference on Organisational Excellence in the Third Millennium, Estes Park, CO*, (pages p. 75-83).
- Farnsworth Mick, S., Shay, P. (2016), Accountable care organizations and transaction cost economics, *Medical Care Research and Review*, 2016, DOI: 10.1177/1077558716640411
- Fischer, G-N., Taquinio, C., Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé, Ed. Dunod, 2<sup>ème</sup> éd. revue et actualisée, Paris, 2014.
- Fischer, G-N., Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Ed. Dunod, 5<sup>ème</sup> éd. revue et actualisée, Paris, 2015.
- Goodall, A-H., Physician-leaders and hospital performance : Is there an association ?, *Social Science & Medicine*, Vol. 73, N. 4, August 2011, pages 535-539.
- 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.
- 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*, Academic Press, Amsterdam, 2015, pages 289-305.
- Hofstede, G., Hofstede G.J., Minkov, M., *Cultures and organisations: software of the mind. McGraw-Hill*, New York, 2010.
- Hsu, C-L., Lin, J-C-C., Effect of perceived value and social influences on mobile app stickiness and in-app purchase intention, *Technological Forecasting and Social Change*, In Press, Available online since 26 April 2016.



- Jensen, M., Meckling, W., (1976), Theory of the firm : managerial behavior, agency costs and ownership structure, *Journal of Financial Economics*, Vol. 3, N. (4), 1976, pages 305-360.
- Kathri, N, Wells, J., Mc Kune, J., Brewer, M. (2006), 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
- Li, K, & al., How does culture influence corporate risk-taking?, *Journal of Corporate Finance*, Vol. 23, December 2013, pages 1-22.
- 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*, Academic Press, London, 2016, pages 117-130.
- Otara, A., Perception: A guide for managers and leaders, *Journal of Management and Strategy*, Vol. 2, N. 3, September 2011, pages 21-24.
- Petit, V., Les theories implicates du leadership (TIC), *Revue international de psychologie et de gestion des comportements organisationnelles*, Vol. 18, N. 46, 2012, pages. 247-266.
- Probst, T-M., Jiang, L., Graso, M., Leader-member exchange : moderating the health ans safety outcomes of job insecurity, *Journal of Safety Research*, Vol. 56, February 2016, pages 47-56.
- 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.
- Rundall, T., Shortell, S., Alexander, J., A theory of physican-hospital integration : Contending institutional and market logics in the Health Care field, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 45, 2004, pages :102-117.
- Schein, E., *Organisational culture and leadership*, Ed. Jossey-Bass, San Francisco, 1995.
- 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), *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 211, 2015, pages 1142 – 1147.
- Teko, H-T., Bapes, Y., Influence sociale et leadership dans la direction des personnes », *SociologieS*, en ligne, mis en ligne le 29 septembre 2010, consulté le 15 mai 2016. URL : <http://sociologies.revues.org/3204>
- Trompenaars, F., Hampden-Turner, C., *L'entreprise multiculturelle*, Ed. Maxima L. Mesnil, 3<sup>ème</sup> éd. Revue et augmentée, Paris, 2008.
- 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 301-911.
- 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.
- 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.