

La force de la sous-culture de responsabilité comme condition d'amélioration continue dans l'hôpital

Dr. Djida Bounazef-Vanmarsenille¹, Pr. Didier Van Caillie², Dr. Hichem Sofiane Salaouatchi³,
Hélène Bleus¹

¹: SCI, HEC Liège, Université de Liège, Liège, Belgique.

²: CEPE, HEC Liège, Université de Liège, Liège, Belgique.

³: GREDEG-CNRS UMR 7321, Université Côte d'Azur, Nice, France.

Auteur principal : Dr. Djida Bounazef-Vanmarsenille, Smart City Institute, HEC Liège, 14 Rue Louvrex, N1, Boite 57, Liège, 4000, Belgique.

Résumé :

Ce papier positionne la sous-culture de responsabilité comme facteur d'amélioration continue à travers le renforcement des valeurs et pratiques. Il analyse les valeurs, les comportements, les facteurs de motivation/démotivation à l'engagement et la perception du leadership de 380 médecins dans des hôpitaux algériens. Les résultats montrent des corrélations significatives entre le niveau d'implication de l'équipe dirigeante, le poids des contre-cultures, la perception des sous-cultures, l'appartenance aux groupes catégoriels et la normalisation des comportements et valeurs partagées des médecins. Ces interactions représentent un facteur déterminant dans les processus d'amélioration continue.

Mots-clés : Valeurs, comportements, facteurs de motivation/démotivation, leadership, groupes catégoriels.

La forza della sotto-cultura di responsabilità come condizione di miglioramento continuo negli ospedali.

Riassunto:

Questo articolo analizza la sotto-cultura di responsabilità come fattore di miglioramento continuo tra il rafforzamento dei valori e pratiche. Vengono presi in esame i valori, i comportamenti, i fattori di motivazione/demotivazione all'impegno e alla percezione della leadership di 380 medici di diversi ospedali algerini. I risultati mostrano una correlazione significativa tra il livello d'implicazione del team di gestione, il peso delle contro-culture, la percezione delle sotto-culture, l'appartenenza ai gruppi categoriali e la normalizzazione dei comportamenti e dei valori condivisi dai medici. Queste interazioni rappresentano un fattore determinante all'interno del processo di miglioramento continuo.

Parole Chiave: valore, comportamento, fattore di motivazione/demotivazione, leadership, gruppi settoriali.

Introduction

Dans un souci d'amélioration continue et de perfectionnement, le management hospitalier se réfère aux pratiques découlant du post-new public management (Simonet, 2015). Dans cette finalité, le management hospitalier développe les démarches d'améliorations continues à travers le renforcement de la culture hospitalière (Anderson, Liff, 2012). Son renforcement est nécessaire afin de favoriser une bonne performance hospitalière à orientation durable (Syafii, Thoyib, Nimram, 2015). La force de la culture hospitalière est définie à travers le développement des valeurs et comportements intégrateurs. L'ensemble des acteurs internes ont un rôle important dans la participation active de l'intégration des valeurs morales, sociales et responsables (Cleveland & al, 2014). Toutefois, le management hospitalier fait face à l'hostilité du consensus à travers la multiplicité des profils, des influences et des risques organisationnels qui en découlent (Mash & al, 2013). Cette multiplicité engendre le développement de plusieurs sous-cultures hospitalières propres à chaque catégorisation (Karpova, Ardashkin, Kabanova, 2015). Chaque sous-culture représente un ensemble de représentations, de croyances, de valeurs et de normes qui sont partagées par les différents groupes hospitaliers (Minvielle & al, 2003). L'orientation de chaque sous-culture détermine la réussite des actions d'amélioration continue à travers son impact sur la structure, la stratégie et les politiques internes (Sinkowitz-Cochran & al, 2012).

La force de la sous-culture de responsabilité représente le développement des valeurs et comportements intégrateurs générés par des groupes et acteurs dans l'hôpital. Elle influence le comportement groupal à travers une orientation vers un changement progressif des valeurs et des comportements (Auer, Wlts, 2005). La sous-culture de responsabilité favorise les intérêts collectifs à travers une adaptation des pratiques organisationnelles et sociales dans un système proactif (Williams, Perillo, Brown, 2015). Elle favorise l'initiative d'une stratégie responsable en vue de promouvoir l'intégration des valeurs responsables dans les stratégies et politiques de l'hôpital (Takahashi, Ellen, Brown, 2013). Elle développe de ce fait l'engagement de tous dans l'amélioration continue des processus organisationnels et dans l'engagement participatif (Tesavrita, Survadi, 2012). Cette recherche positionne l'intégration de la sous-culture de responsabilité comme facteur d'amélioration continue à travers le renforcement des valeurs et pratiques. Elle analyse les valeurs, les comportements, les facteurs de motivation/démotivation à l'engagement et la perception du leadership (Tomazenic, Seljak, Aristovnik, 2016). La recherche se base sur la théorie de l'identité sociale et de la catégorisation sociale de Tajfel et de Turner. Cette théorie analyse les idéologies, les valeurs et les composantes des sous-cultures partagées propres aux groupes catégoriels (Swamib & al, 2011). Elle explique l'orientation des comportements et des sources d'engagement et de désengagement dans des actions d'amélioration continue (Banerjee, 2015). La recherche se réfère aussi aux niveaux de la culture de Schein (Schein, 2004). Ces travaux expliquent les valeurs innées, construites et partagées des médecins (Mohelska, Sololova, 2015).

Dans la finalité de mesurer si la force de la sous-culture de responsabilité est un facteur hospitalier d'amélioration continue, une étude empirique est réalisée. Le contexte analysé concerne la force de la sous-culture de responsabilité de 380 médecins dans des hôpitaux algériens. La finalité est de déterminer la force de leurs valeurs et comportements afin de développer leur engagement à moyen et long terme dans une optique d'amélioration continue (Xenikou, 2014). Ce papier est structuré en quatre différentes parties. La première reprend des concepts théoriques permettant de se familiariser avec la force de la sous-culture de responsabilité propre aux catégorisations sociales au milieu hospitalier. La deuxième partie

explique la méthodologie et la collecte des données. La troisième partie illustre les résultats et la quatrième, les discussions qui en découlent.

1. Revue de littérature

La littérature de la culture organisationnelle dénote un lien direct avec la catégorisation sociale, le leadership, la motivation, la responsabilisation, le management et le climat social (Zhang, Zhou, 2014 ; Wood, 2010 ; Tova, Ilya, 2014). Cela démontre que la force de la sous-culture de responsabilité nécessite l'existence simultanée de plusieurs conditions favorisant le développement des valeurs, normes, croyances et pratiques managériales (Wang, Hsieh, 2013 ; Mazanec & al., 2015 ; Hogan, Coote, 2014). La sous-culture de responsabilité dans l'hôpital incorpore des tableaux de bord favorisant des pratiques sociétales (Leroy-rémont & al, 2014 ; Bragard, Hansez, Couke, 2014). Elle crée un équilibre entre l'amélioration de la performance globale hospitalière et la prise en compte des responsabilités individuelles et communes à travers le développement des valeurs responsables (Marais, 2008 ; Odoardi, 2014). Son renforcement nécessite une motivation de l'ensemble des parties dans l'engagement responsable et morale (Babich, Mitvuchenko, 2016 ; Popa, 2015). La sous-culture de responsabilité représente l'initiative d'un management hospitalier responsable volontaire qui exclut les restrictions sociales et toute source de démotivation interne (Sainsaulieu, 2006 ; Schpens, 2015 ; Rusu, Avasilca, 2014). Elle renforce une perception positive de l'intégration des valeurs responsables dans les stratégies et politiques de l'hôpital. Cette orientation vers la responsabilité émet des actions organisationnelles, sociales et environnementales d'amélioration continue des processus organisationnels (Gbadamosi, Baghestan, Al-Mabrouk, 2014 ; Wach, Hammer, 2003 ; Syazliana, Rabiah, Aini, 2015).

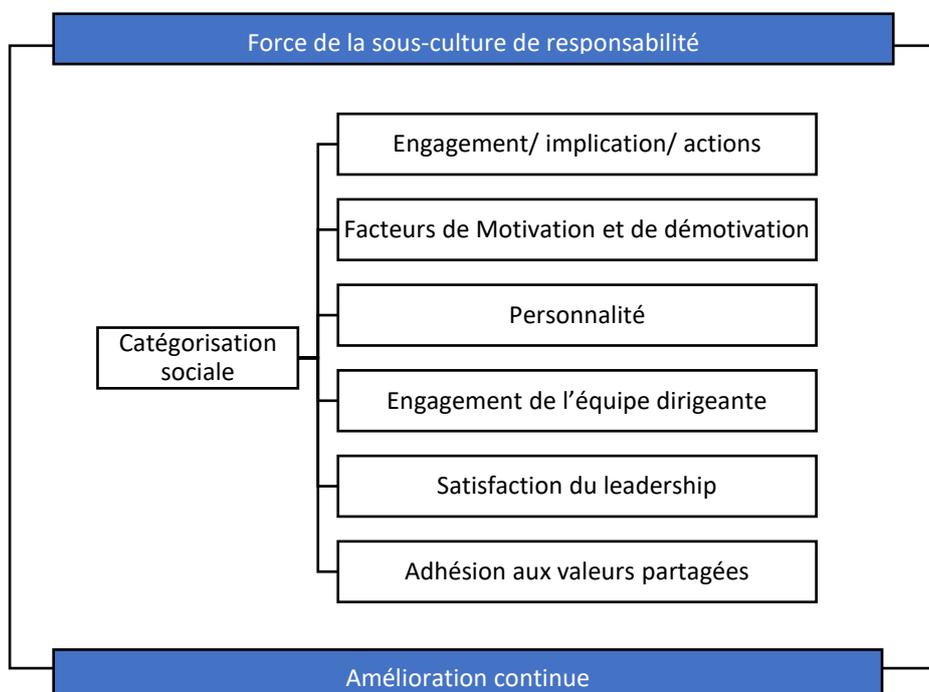


Figure 1. Proposition d'un modèle conceptuel.

Les acteurs hospitaliers ont une perception différente des avantages liés à la force de la sous-culture de responsabilité (Panagiotis, Alesendros, 2014). Les différences catégorielles en termes d'âge, de sexe, de statut, de personnalité et d'appartenance définissent les orientations de leurs priorités, attentes et besoins (Dalmas, 2014 ; Pauget, Dammak, 2012). La

catégorisation sociale définit les éléments de motivation et de démotivation ainsi que le comportement adopté par chaque groupe d'acteurs. Elle définit aussi les peurs et incertitudes liées à la prise de risque de la responsabilisation partagée (Schwartz, 2006 ; Syafii & al, 2015). Elle est donc liée à la personnalité innée et à la personnalité construite des acteurs et des groupes. La prise en compte de la catégorisation sociale dans le renforcement de la sous-culture de responsabilité est donc une démarche d'apprentissage progressive (Saad, Cleveland, Ho, 2015). Elle intègre la multiplication des facteurs d'autorité, de contrôle et de sanction comme composante. Cela réduit les barrières internes engendrées par la multiplication des démarches d'exécution. Cela permet aussi d'identifier les valeurs innées, construites et épousées propres à chaque groupe (Poilpot-Rocaboy, Notelaers, Hauge, 2015 ; Yucel, Karatas, Aydin, 2013).

La sous-culture de responsabilité intègre l'ensemble des acteurs dans des démarches de pérennisation à long terme. Elle renforce le développement des attitudes de volontarisme sociétal à travers la motivation à l'implication et à l'engagement. Elle sensibilise un décloisonnement du système de décentralisation (le leadership) orienté vers l'interaction et l'interdépendance. Cette culture représente une valeur éducative qui développe les compétences disciplinaires, identitaires, adaptatives et managériales (Selvarajan, Slattery, Stringer, 2015). L'engagement et l'implication à la force de cette culture se déploie par la motivation pull et push à générer un changement interne. Elle engendre la progression de la motivation, de l'initiative, de la créativité, de la détermination, de la persévérance, de la débrouillardise, de l'esprit d'équipe, de leadership, de la confiance en soi, de la faculté de prise de décision, de l'acceptation de l'échec et de l'optimisme (Whitmarsh, O'Neill, 2010). Par contre, dans le but de renforcer la sous-culture de responsabilité, l'existence d'un bon système interactionnel social entre les acteurs internes et l'équipe dirigeante est primordial. Ce système assure un équilibre entre les besoins, les perceptions, les facteurs de motivations et de démotivations, le niveau d'adhésion aux valeurs partagées et la satisfaction du leadership hospitalier appliqué (Singhapakdi, 2015 ; Toode, Routasalo, Suominen, 2011) . Cette revue de la littérature nous permet de déterminer les différents facteurs permettant de déterminer la force de la sous-culture de responsabilité comme condition d'amélioration continue en milieu hospitalier (Van Den Bossche, Rogge, Devooght, 2010). Ces différents facteurs sont déterminés en fonction des différents liens identifiés dans les travaux de recherches. La figure 1. Représente le modèle conceptuel utilisé dans notre étude de cas. Dans la finalité de tester le modèle conceptuel proposé, cette recherche a pour finalité de répondre à la question de recherche suivante : *Quels sont les facteurs renforçant la sous-culture de responsabilité des groupes de médecins dans l'hôpital ?*

Dans cette finalité, des hypothèses sont proposées en vue de prendre en compte l'ensemble des composantes présentés et des variables d'influences :

- H1 : La prise en compte de la catégorisation sociale optimise l'amélioration continue à travers le renforcement de la sous-culture de responsabilité des médecins.
- H2 : Le niveau d'engagement et d'implication dans des actions d'amélioration continue détermine la force de la sous-culture de responsabilité.
- H3 : Le niveau de sensibilisation des médecins aux facteurs de motivation et de démotivation détermine la force de la sous-culture de responsabilité.
- H4 : Les valeurs propres aux personnalités des médecins détermine la force de la sous-culture de responsabilité.
- H5 : Le niveau d'engagement de l'équipe dirigeante détermine la force de la sous-culture de responsabilité.

- H6 : La satisfaction du leadership hospitalier par les médecins détermine la force de la sous-culture de responsabilité.
- H7 : Le niveau d'adhésion aux valeurs partagées détermine la force de la sous-culture de responsabilité.

2. Méthodologie et collecte des données

Les médecins représentent des acteurs stratégiques dans l'hôpital. Le développement de leur valeurs responsables à travers le renforcement de leur sous-culture de responsabilité est un facteur renforçant l'amélioration continue. L'étude de cas se focalise sur le corps médical comme population d'étude. Le contexte analysé concerne 380 médecins dans des hôpitaux algériens. La finalité est de déterminer la force de leurs valeurs et comportements afin de développer leur engagement à moyen et long terme. Le choix des médecins (en tant de groupes et sous-groupes) comme population d'étude renvoie aux attentes de la direction des ressources humaines du ministère de la santé algérien. Tel que, son but est de déterminer les facteurs renforçant la sous-culture médicale et la culture organisationnelle dans l'hôpital. Les variables de l'analyse proposé dans le modèle conceptuel se réfèrent aux théories de la catégorisation sociale, de l'identité sociale (Turner et Tajfel) et des dimensions de la culture (Shein).

Tableau 1. Classification catégorielle de l'échantillon étudiée des médecins dans les hopitaux algériens

<i>Classification catégorielle</i>	<i>Appartenance</i>	<i>Fréquence</i>	<i>%</i>
Sexe	Masculin	214	56,32
	Féminin	166	43,68
Grade	Professeur	27	7,11
	Maitre de conférences	44	11,58
	Maitre-assistant	67	17,63
	Spécialiste	63	16,58
	Résident	126	33,16
	Généraliste	53	13,95
Age	25-36	75	19,74
	37-44	159	41,84
	45-55	107	28,16
	56 et +	39	10,26
Appartenance CHU	CHU 1	63	16,58
	CHU 2	121	31,84
	CHU 3	69	18,16
	CHU 4	84	22,11
	CHU 5	43	11,32

L'approche empirique se base sur un paradigme épistémologique constructiviste. Cette approche prend en compte la réalité construite, perçue et subjective des médecins en fonction de leur personnalité et des expériences individuelles et partagées. Elle explique les besoins, intérêts, idéologies, perceptions et objectifs de chaque groupe catégoriel des médecins. Pour les classifications catégorielles, 6 différents grades sont pris en compte du corps médical; les pharmaciens et les dentistes ne sont pas pris en compte. Afin de'avoir des

résultats significatifs pour l'appartenance générationnelle, l'analyse se fait pour les médecins classés juniors ou séniors avec un focus sur la génération Y.

Le choix méthodologique retenu est de type quantitatif à travers la distribution de questionnaires. Les données récoltées ciblent les médecins ayant un minimum de 3 ans d'expériences au niveau de 5 centres hospitalier universitaires. L'administration des questionnaires est réalisée en 2013 avec un retour entre 7 et 13 mois. La recherche empirique retient 91 variables qui sont analysées en fonction de leurs distances d'agrégation avec la classification ascendante hiérarchique. Cette méthode analyse la force des relations entre les groupes catégoriels (sexe, grade, âge et appartenance des médecins basé sur la théorie de la catégorisation sociale) et les variables d'influences retenues. Cette méthode est une technique exploratoire multivariée qui teste la significativité statistique à travers le regroupement des variables en domaines d'agrégation (représenté dans le dendrogramme avec la méthode de Ward dans la figure 1). Le traitement des données est réalisé avec le logiciel Statistica. Afin d'avoir une compréhension approfondie du renforcement de la sous-culture de responsabilité des médecins, les résultats sont présentés pour chaque sous-catégorie sociale présentée dans le tableau 1. Celui-ci illustre la représentation croisée des 380 médecins étudiés ayant des grades compris entre le professeur et le médecin généraliste. Dans un souci de confidentialité imposée par le ministère de la santé, les noms des hôpitaux ne sont pas cités. La classification par appartenance n'est utilisée que dans la finalité de tester si l'appartenance justifie le développement de la sous-culture de responsabilité d'un corps spécifique dans l'hôpital.

3. Résultats

Les résultats sont présentés premièrement par un dendrogramme en fonction des distances d'agrégation trouvées à base de la dissimilarité entre les 91 variables (Annexe 1). Ils sont ensuite analysés en fonction des classifications catégorielles.

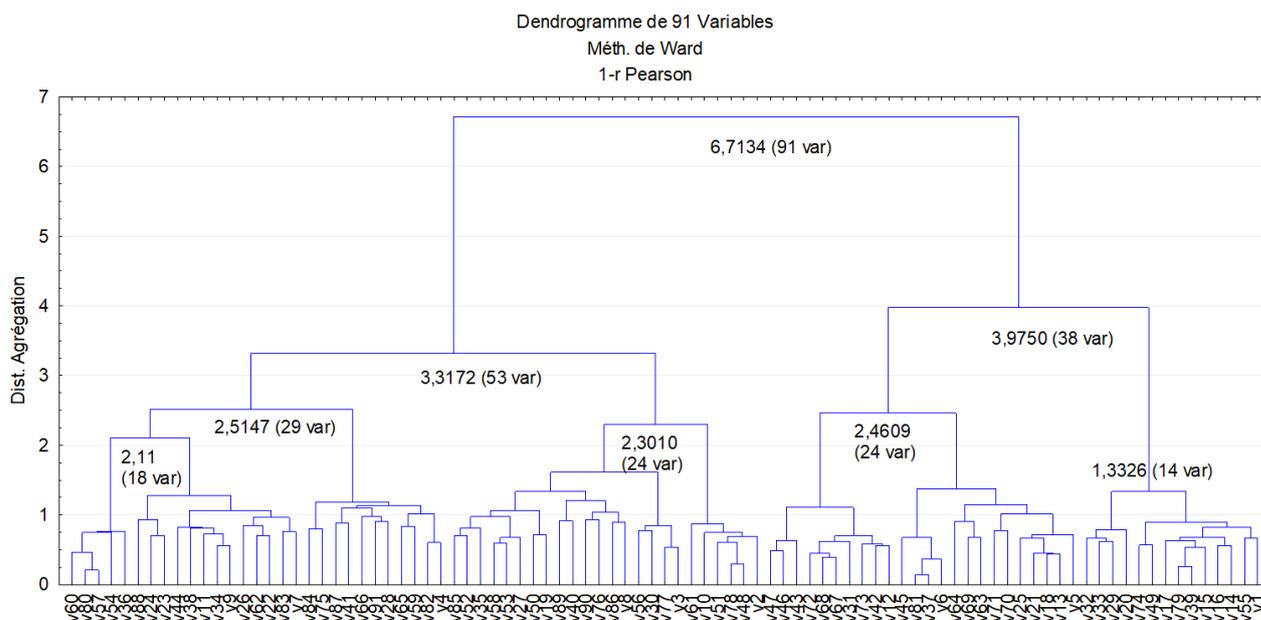


Figure 1. Dendrogramme et illustration de la dissimilarité entre les 91 variables du modèle

L'analyse du sens et de l'intensité de la relation entre les 91 variables mesurées avec la distance de Ward situe des distances comprises entre 0,1319 et 6,7134 (Figure.1). Pour une

meilleure compréhension de la force du regroupement entre les variables, les résultats se focalisent sur les 3 premières variables ayant une forte relation avec les différentes classifications des catégories sociales prises en compte dans l'étude.

Le tableau 2 illustre les principales variables fortement liées à la catégorie du genre. Les résultats montrent que les médecins du sexe masculin ayant un âge compris entre 35 et 44 ans de type junior se distinguent comme un groupe véhiculant des valeurs distinguées du corps hospitaliers. Ce groupe s'investit dans l'amélioration continue à travers le renforcement du climat interactionnel. Il privilégie la qualité des rapports directs, transversaux et constructifs de type brainstorming. Il s'investie dans ce sens dans la promotion de l'optimisme entre l'ensemble des acteurs. Contrairement aux médecins masculins, les médecins du genre féminin apporte des améliorations continue à travers un investissement durable. Celui-ci se déploie à travers le tri des déchets et la rationalisation des consommations d'énergie, du matériel et du papier. Ce groupe s'investit dans la valeur ajoutée à apporter à l'hôpital à travers les différentes contributions développant les compétences de soi et des autres. Ce groupe est bien plus sensible aux facteurs de motivation que de démotivation. L'inexistence de discrimination est un facteur renforçant des valeurs responsables.

Tableau 2. Classification en fonction du genre

<i>Sexe</i>	<i>Relation forte</i>
Masculin	1.Médecins 35-44 ans 2.Action : apporter optimisme et bonne humeur 3.Démotivation : non-utilité des réunions.
Féminin	1.Action : tri des déchets et rationalisation des consommations 2.Engagement : développement des compétences et des contributions scientifiques et médicales 3.Motivation : absence de discrimination et de racisme

Le tableau 3 illustre les classifications en fonction des grades. Les résultats montrent que chaque grade a des priorités, sensibilités et orientations différentes. Les médecins de grade professeur s'orientent vers l'importance des rapports interpersonnels. De ce fait ils sont épanouis dans un environnement de travail permettant le dialogue et les liens amicaux entre collègues. Ils représentent un groupe qui est très sensible aux zones d'incertitude qui représentent des risques non-maitrisés. Ce groupe associe le renforcement de la sous-culture de responsabilité ainsi que l'amélioration continue hospitalière à la participation active dans l'élimination des discriminations au travail. Le groupe des maitre e conférence est bien plus orienté vers le respect des procédures et de l'intégrité. Même s'ils estiment que les échanges aux réunions ne sont pas générateurs d'amélioration continue, le respect reste un facteur central dans le maintien du climat de travail. Le groupe des maitres-assistants associent la culture de responsabilité comme un facteur facilitant l'avancement des carrières. Ces perspectives représentent des facteurs de motivation qui génèrent des améliorations structurelles à travers une reconnaissance par la compétence. Ce groupe s'active dans ce sens dans la valeur ajoutée scientifiques et médicales qu'il apporte à l'hôpital. Il associe toutefois la culture de responsabilité à l'amélioration de la performance globale à travers la satisfaction des parties prenantes.

Les médecins spécialistes sont sensibles au facteur de démotivation du favoritisme. La force de la sous-culture de responsabilité représente une démarche d'amélioration continue visant à promouvoir l'équité et l'égalité. Dans ce sens, ce groupe accorde une importance au niveau d'implication de l'équipe dirigeante dans le renforcement des actions d'amélioration continue. L'engagement de celle-ci est primordial pour les actions de sensibilisation au développement durable. De ce fait, l'engagement de l'équipe dirigeante représente un facteur

impactant sur la participation active des acteurs dans le tri des déchets. Contrairement aux autres grades précédents, les résidents ont de fortes valeurs responsables. Celles-ci ne sont pas significativement impactées par des facteurs de motivation/démotivation. Ce groupe est le plus enclin à s'investir dans les actions d'amélioration continue.

Tableau 3. Classification en fonction du grade

<i>Grade</i>	<i>Relation forte</i>
Professeur	1. Personnalité expressive et amicale 2. Démotivation: freins institutionnels impactant le respect des délais 3. Engagement: Intervention et dénonciation des discriminations et harcèlements
Maitre de conférence	1. Motivation: Le respect entre les collègues 2. Démotivation : non-utilité des réunions. 3. Démotivation: Existence sources nuisibles affectant le climat de travail
Maitre-assistant	1. Motivation : Bonnes perspectives d'avancement 2. Engagement : développement des compétences et des contributions scientifiques et médicales 3. Motivation: Satisfaction optimale des parties prenantes
Spécialiste	1. Démotivation: favoritisme 2. implication du top management: actions de sensibilisation au développement durable 3. Action : tri des déchets et rationalisation des consommations
Résident	1. Action: amélioration du climat de travail 2. Engagement: Sensibilisation organisationnelle, scientifique et comportementale des collègues 3. Implication: Accomplissement des compétences et du savoir-faire
Généraliste	1. Personnalité méthodique et modeste 2. Démotivation : les critiques professionnelles sont perçues comme personnelles. 3. Adhésion aux valeurs: du top management

Ce groupe s'investit dans l'amélioration du climat de travail, dans des actions de sensibilisation et dans l'aide à l'accomplissement des compétences et du savoir-faire (Sehlen & al, 2009). Les résidents lient la culture de responsabilité à la responsabilisation de l'ensemble des acteurs à générer des améliorations continues dans la performance organisationnelle et interactionnelle. Les résultats montrent que les généralistes se distinguent comme un groupe attiré par les valeurs de modestie et de pragmatisme (méthodisme). Toutefois, ce groupe ne distingue pas encore une critique personnelle et professionnelle. Dans ce sens, son niveau d'implication, de motivation et de responsabilisation dans des actions d'amélioration continue dépendent des orientations du top management. Ce groupe n'engage pas des initiatives groupales bottom-up. Il se focalise dans le suivi et l'exécution des démarches top-down engagées par des acteurs formels de pouvoir.

Le tableau 4 présente les résultats des fortes relations pour la classification de l'appartenance générationnelle. Les médecins juniors sont dominés par le grade des résidents avec une participation active dans la réalisation d'actions visant à améliorer le climat de travail. Les médecins séniors (entre 45 ans et plus de 56 ans) sont dominés par des médecins hospitalo-universitaires. Ces médecins lient l'amélioration continue à la capacité de l'hôpital à maîtriser des sources nuisibles impactant la valeur ajoutée médicale, professionnelle, organisationnelle et sociale. Le tableau 5. Illustre les résultats en fonction de la classification par appartenance structurelle. Celle-ci prend en compte l'appartenance à l'hôpital et non les affiliations aux différents services qui le compose. Les médecins exerçant dans le CHU1 sont distingués par le groupe des généralistes. Ce groupe de médecins est motivé au renforcement d'amélioration continue et développe ses valeurs responsables en fonction des avantages

sociaux qu'offre l'hôpital. Ce groupe s'épanouit dans un environnement structurel et décentralisé en termes de prise de décision et de consultation.

Tableau 4. Classification en fonction de l'appartenance générationnelle

<i>Grade</i>	<i>Relation forte</i>
25-36	1. Résidents 2. Action: amélioration du climat de travail 3. Engagement: Sensibilisation organisationnelle, scientifique et comportementale des collègues
37-44	1. Résidents 2. Médecins hommes 3. Action: amélioration du climat de travail
45-55	1. Professeurs 2. Démotivation: Existence sources nuisibles affectant le climat de travail 3. Démotivation: aucun droit à l'erreur médicale, professionnelle, organisationnelle et sociale
56 et +	1. Démotivation: Existence sources nuisibles affectant le climat de travail 2. Maître de conférences 3. Action: Contribution scientifique

Les médecins du CHU2 ont de fortes valeurs d'implications. Ce groupe ne s'implique pas en fonction de l'appartenance structurelle mais en fonction de l'environnement reconnaissant ses compétences. Ce groupe est donc enclin à être opportuniste ; à s'investir dans un environnement compétitif et à se désengager dans un environnement moins reconnaissant. Les médecins du CHU3 s'orientent plutôt à l'importance de la satisfaction des facteurs de motivation. Étant analytiques et formels, l'absence d'harcèlement, de discrimination et de racisme constitue des facteurs d'amélioration continue. Les médecins du CHU4 se distinguent par le groupe des spécialistes.

Tableau 5. Classification en fonction de l'appartenance structurelle

<i>Grade</i>	<i>Relation forte</i>
CHU1	1. Généralistes 2. Motivation: Avantages sociaux liés au poste 3. Méthodique et modeste
CHU2	1. Implication: reconnaissance et récompense des efforts 2. Implication: regret d'avoir intégré l'hôpital 3. Implication: importance du poste et non de l'appartenance
CHU3	1. Motivation: absence d'harcèlement 2. Personnalité analytique et formelle 3. Motivation: absence de discrimination et de racisme
CHU4	1. Spécialistes 2. Action: éviter les confrontations et conflits 3. Démotivation: effort personnel équivaut au salaire et à l'effort du groupe
CHU5	1. Action : tri des déchets et rationalisation des consommations 2. Action : apporter optimisme et bonne humeur 3. Leadership: Flexibilité managériale

Ce groupe s'emploie dans une responsabilisation partagée autour de la gestion des conflits. Dans ce sens, l'amélioration continue dans l'hôpital se déploie à travers la reconnaissance individuelle et non groupale des compétences. Cette démarche permet de renforcer les valeurs individuelles et partagées de responsabilisation. Les médecins du CHU5 s'orientent plutôt vers l'importance des actions et du leadership appliqué. La culture de responsabilité se déploie alors comme actions d'améliorations du volet durable et social. Toutefois, dans cette finalité, une flexibilité managériale est nécessaire.

4. Discussion

Les résultats dénotent l'existence d'une faible sous-culture de responsabilité des médecins. Cela est dû à la faiblesse de la culture hospitalière. Le manque d'implication de l'équipe dirigeante dans le renforcement des valeurs responsables a une relation directe sur la normalisation des comportements et des valeurs partagées des médecins. Le développement de contre-cultures et de sous-cultures favorise les divergences entre les valeurs, les croyances et les pratiques propres à chaque groupe et sous-groupe. Ces divergences impactent la relation managériale, organisationnelle et sociale entre les médecins et les autres acteurs internes (notamment l'équipe dirigeante). Ces divergences impactent à leur tour les démarches d'amélioration continue mises en place. Les résultats identifient un lien entre les facteurs de démotivation (désengagement) et la perception de la sous-culture de responsabilité à travers le niveau d'acceptation de la responsabilisation partagée. Toutefois, une insensibilisation des médecins est constatée pour la responsabilité morale, sociale et durable.

Les résultats concluent que le niveau d'implication et de perception de la sous-culture de responsabilité des médecins varie en fonction de la catégorisation sociale. La culture de responsabilité représente bien un facteur déterminant dans les processus d'amélioration continue. Elle représente une composante permettant de renforcer la performance et la culture hospitalière. Les médecins sont conscients du rôle actif qu'ils peuvent jouer sur le volet sociétal. Toutefois, la sous-culture de responsabilité représente une composante secondaire. Dans ce sens, des actions d'amélioration continue doivent être introduites pour le renforcement de l'adhésion des valeurs aux normes consensuelles ; la mise en place d'un leadership favorisant un travail en réseau et la focalisation sur la force de la culture hospitalière. Cela concerne aussi la détermination des risques organisationnels et des facteurs de désengagement, et la prise en compte de l'identité sociale dans les stratégies de sensibilisation et d'implication.

Tableau 6. Validation des hypothèses: Identification des facteurs impactant sur la force de la sous-culture de responsabilité

	Genre	Grade	Génération	Structure	Total
Engagement/implication/actions	3	6	4	6	19
Facteurs de motivation et de démotivation	2	8	3	4	13
Personnalité	0	2	0	2	4
Engagement de l'équipe dirigeante	0	1	0	0	1
Satisfaction du leadership	0	0	0	1	1
Adhésion aux valeurs partagées	0	1	0	0	1

Le tableau 6 permet d'analyser la validation des hypothèses proposées. Les résultats montrent que la première hypothèse est confirmée. Les différences idéologiques, sensibilité et implications propre à chaque groupe et sous-groupe catégoriel confirme que l'importance de la prise en compte de la classification par catégorie sociale. Sa prise en compte explique les actions à mettre en place en vue d'optimiser le renforcement des valeurs de la sous-culture de responsabilité. Elle impacte ainsi sur les aspects à revoir ou à intégrer en vue de générer une amélioration continue des processus organisationnels, structurels et comportementaux. Les résultats du tableau 6 permet aussi d'identifier les groupes catégoriels les plus pertinents. La classification par appartenance structurelle identifie un total de 13 sources sur 4 différents facteurs. Par contre, la classification par grade identifie 18 sources sur 5 différents facteurs. Ces résultats démontrent qu'il est important de prendre en compte les différences

idéologiques propre à chaque grade. Le même d'ordre d'importance concerne aussi les spécificités environnementales liées à chaque structure à travers l'identification de la force de la culture organisationnelle.

Par contre, il n'y a que les hypothèses H2, H3 qui sont validées. Cela est dû au nombre de variables identifiées comme facteur impactant sur le renforcement de la sous-culture de responsabilité. Un total de 19 variables sont identifiées pour le niveau d'engagement et d'implication dans des actions d'amélioration continue. Cela démontre que le renforcement de la sous-culture de responsabilité représente un facteur d'amélioration continue à travers le niveau de sensibilisation des médecins dans des valeurs et actions de responsabilité. De ce fait, la force de cette culture s'accompagne par un système efficace alliant participation active, sensibilisation ciblée et valeurs consensuelles. Les résultats démontrent un total de 13 sources de motivation et de démotivation à la responsabilisation. Il est donc nécessaire de prendre en compte comment chaque groupe de médecins réagit face à l'apparition de nouveaux facteurs qui peuvent soit le motiver ou le démotiver. La prise en compte de ses sources permet d'identifier les risques, craintes, peurs et perceptions des médecins. Celles-ci déterminent si la sous-culture de responsabilité accompagnée d'un changement intégrateur vers l'amélioration continue est perçue comme une opportunité ou une menace. H4 a un résultat non significatif pour le confirmer comme facteur impactant sur la force de la sous-culture de responsabilité. Les résultats montrent que la personnalité a été identifié à 4 reprises pour les catégories de grade et de structure. Les autres facteurs n'ont été identifiés qu'une seule fois. Ce résultat permet de les rejeter vu leur non-significativité.

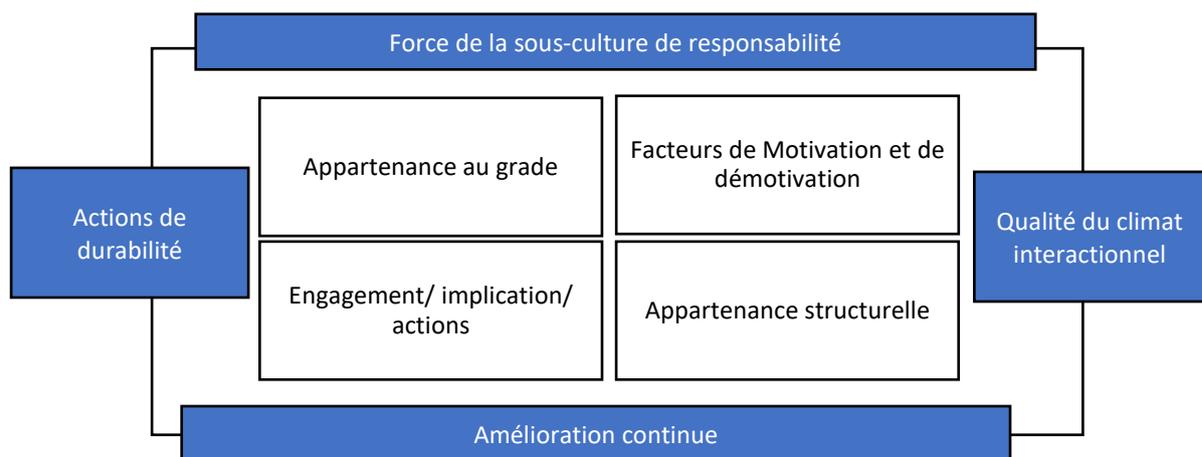


Figure 3. Facteurs positionnant la force de la sous-culture de responsabilité comme condition d'amélioration continue

La figure 3 synthétise les variables les plus pertinentes de l'analyse de l'étude de cas. Celle-ci résume les facteurs pertinents qui positionnent la force de la sous-culture de responsabilité comme condition d'amélioration continue. Ces résultats sont proposés sous forme de modèle afin de proposer un modèle conceptuel liant la culture de responsabilité et l'amélioration continue. En se référant aux résultats de l'étude, l'optimisation de l'amélioration continue hospitalière est positivement influencée par le renforcement de la sous-culture de responsabilité des acteurs stratégiques. Dans ce sens, il est important d'identifier les différents groupes et sous-groupes afin de développer de fortes sous-cultures. Le développement de celles-ci génèrent des valeurs communes consensuelles qui renforcent la culture organisationnelle hospitalière. Dans la finalité de développer la force de la sous-culture de responsabilité, il faut identifier et analyser les besoins, idéologies, valeurs innées et

construites des acteurs stratégiques en fonction de leur grade. L'appartenance au grade détermine les missions, le niveau de reconnaissance médicale et scientifique ainsi que le pouvoir décisionnel et consultatif des acteurs. Cela explique les différences de perception, des jeux de pouvoir et du niveau d'engagement spécifique à chaque groupe catégoriel.

Le deuxième point concerne la prise en compte des spécificités environnementales liées à l'appartenance structurelle. Le niveau d'implication et de sensibilisation des acteurs varie en fonction de la taille de la structure, des stratégies mises en place, des orientations décisionnelles et managériales, du budget des structures et de la politique générale de l'hôpital. La prise en compte des spécificités de l'appartenance au grade et à la structure détermine les deux derniers points. La catégorisation sociale détermine le niveau de sensibilisation aux valeurs de participation et de responsabilisation active. Elle influe aussi sur le niveau d'engagement des acteurs stratégiques à développer des comportements et des influences intégratrices dans leur environnement de travail. Aussi, elle influe sur leur niveau de participation et de proposition d'actions visant à renforcer le développement durable et la responsabilité sociétale dans l'hôpital. L'ensemble de ces variables sont interdépendantes. Elles impactent et sont impactées par le niveau de sensibilisation des acteurs aux facteurs de motivation et de démotivation. Les résultats démontrent toutefois un attrait particulier à la qualité du climat interactionnel et aux actions de durabilité (tri des déchets, rationalisation de la consommation des ressources).

Conclusion

Ce papier a démontré que la force de la sous-culture de responsabilité représente un facteur d'amélioration continue dans l'hôpital. Le renforcement de cette sous-culture développe une participation active de l'ensemble des acteurs stratégiques. Les résultats intègrent de nouveaux paramètres et facteurs qui sont tout autant stratégiques dans la mise en place d'actions d'amélioration continue. Les résultats proposent un modèle conceptuel permettant d'enrichir la revue de la littérature. Toutefois, ce modèle n'est appliqué que sur le corps médical dans l'hôpital. Il est intéressant de faire une analyse triangulaire à travers la prise en compte de plusieurs acteurs stratégiques (corps médical, paramédical, administratif, corps de soutien, direction générale). La prise en compte que des médecins peut représenter des limites d'interprétations en vue des perceptions changeantes en fonction de l'humeur et des conditions environnementales des médecins participants à l'étude. Aussi, l'étude est réalisée dans des hôpitaux publics algériens. L'ensemble des médecins ont un statut de salariés et non d'indépendants. Ce paramètre peut influencer fortement les réponses des médecins en fonction de leurs priorités et besoins. Il influence aussi les comportements adoptés face à différentes situations.

L'amélioration continue hospitalière est promue à travers une intégration et une participation active de l'ensemble des acteurs. Elle se déploie à travers un processus et un système proactive. L'amélioration continue nécessite une mise en place de procédures, d'actions et de régulations internes et externes (White, Currie, Lockett, 2014). Le renforcement de la sous-culture de responsabilité ne représente qu'un facteur favorisant l'amélioration continue. Celle-ci doit s'accompagner de restructurations, de politiques de changements et de maîtrise des risques organisationnels. De ce fait, la culture de responsabilité renforce aussi bien la performance organisationnelle, sociale et environnementale (Teraji, 2009). Elle nécessite toutefois une uniformisation des intérêts communs à orientation durable. Ces résultats proposent des pistes de recherche permettant de mesurer la perception de la culture de responsabilité ou encore l'uniformité des sous-cultures et contre-cultures hospitalières.

Références

- Andersson, T., Liff, R., *Multiprofessional cooperation and accountability pressures: consequences of a post-new public management concept in a new public management context*, Public Management Review, Vol. 14, N.6, 2012, pages 835-855.
- Auer, M., Welte, H., *Equal opportunity actors : Identities, social positions and strategies*, Conference on New actors in industrial relations: A British Journal of Industrial Relations workshop, London school of economics, London, 22-23 September 2005.
- Babich, O., V., Mityuchenko, L., S., *Role of accountability management in activity of industrial enterprises*, International Review of Management and Marketing, Vol. 6, 2016, pages 1-6.
- Banerjee, A. *Integrating human motivation in service productivity*, Procedia Manufacturing, Vol. 3, 2015, pages 3891-3598.
- Borzeix, A., Charles, J., Zimmermann, B., *Réinventer le travail par la participation : Actualité nouvelle d'un vieux débat*, Sociologie du travail, Vol. 57, 2015, p.1-19.
- Bragard, I., Hansez, I., Couke, P., *Working conditions, job strain and work engagement among Belgian radiation oncologists*, Cancer/Radiothérapie, Vol. 18, 2014, pages 723–729.
- Cleveland, M., & al., *Identity, culture, dispositions and behaviour: A cross-national examination of globalization and culture change*, Journal of Business Research, Vol. 69, N. 3, March 2016, pages 1090-1102.
- Dalmas, M., *Quelles valeurs organisationnelles pour la génération Y ?*, Management et Avenir, Vol. 6, N° 72, 2014, pages 113-132.
- Gbadamosi, O., Baghestan, A. G., & Al-Mabrouk, K., *Gender, age and nationality: assessing their impact on conflict resolution styles*, Journal of Management Development, Vol. 33, N. 3, 2014, pages 245–257.
- Hogan, S-J., Coote, L-V., *Organizational culture, innovation, and performance: a test of Schein's model*, Journal of business research, Vol. 67, 2014, pages 1609-1621.
- Karpova, A-Y., Ardashkin, I-B., Kabanova, N-N., *Organisational culture in focus of measurements*, Procedia - Social and Behavioral Sciences 2015, Vol. 166, pages 246- 253.
- Leroy-rémont, N., & al., *Effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques entre les contraintes, justice organisationnelle et personnalité avec le bien-être subjectif et l'épuisement professionnel*, Psychologie du Travail et des Organisations, Vol. 20, N. 2, 2014, pages 175-202.
- Marais, M., *Les comportements de RSE des entreprises : approches par les valeurs managériales*, Journée de développement durable, Association Internationale du Management Stratégique AIMS, Lyon, 4 Juin 2008.
- Mash, R-J. & al., *An assessment of organisational values, culture and performance in Cape Town's primary healthcare services: original research*, South African Family Practice, Vol. 55, N. 5, September/October 2013, pages 459-466.
- Mazanec, J-A. & al., *Homogeneity versus heterogeneity of cultural values : An item-response theoretical approach applying Hofstede's cultural dimensions in a single nation*, Tourism Management, Vol. 48, Juin 2015, pages 299-304.
- Minvielle, E., & al., *Evaluation de la culture et de l'organisation des services de réanimation*, Réanimation, Vol. 12, 2003, pages 25–30.
- Mohelska, H., Sololova, M., *Organisational culture and leadership – Join vessels?*, Procedia – Social and Behavioural Sciences, Vol. 171, 2015, pages 1011-1016.
- Odoardi, C., *Sentiment de responsabilité pour le changement et l'innovation dans le contexte du comportement de santé : Le rôle de la charge de travail cognitive, le leadership, l'autonomisation et la personnalité proactive*, Psychologie du travail et des Organisations, Vol. 20, N. 4, 2014, pages 382-398.
- Panagiotis, M., Alexendros, S., George, P. *Organizational culture and motivation in the public sector : the case of the city of Zografou*, Procedia Economics and Finance, Vol. 14, 2014, pages 415-424.
- Pauget, B., Dammak, A., *L'arrivée de la génération Y: quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ?*, Revue Pratiques et Organisation des soins, Vol. 43, N. 1, Janvier- Mars 2012, pages 25-33.
- Poilpot-Rocaboy, G., Notelaers, G., Hauge, L-J., *Exposition au harcèlement psychologique au travail : Impact sur la satisfaction au travail, l'implication organisationnelle et l'intention de départ*, Psychologie du Travail et des Organisations, Vol. 21, N° 4, 2015, pages 358-379.
- Popa, R-A., *The corporate social responsibility practices in the context of sustainable development: The case of Romania*, Procedia Economics and Finance, Vol. 23, 2015, pages 1279-1285.
- Rusu, G., Avasilcai, S., *Linking human resources motivation to organizational climate*, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 124, 20 March 2014, pages 51-58.
- Saad, G., Cleveland, M., Ho, L., *Individualism-collectivism and the quantity versus quality dimensions of individual and group creative performance*, Journal of Business Research, Vol. 68, N. 3, March 2015, pages 578-586.

- Sainsaulieu, I., *Les appartenances collectives à l'hôpital*, Sociologie du travail, Vol. 48, 2006, pages 72-87.
- Schein, E-H. *Organizational culture and leadership*, Ed. Jossey-Bass, 3rd Ed, San Francisco, 2004.
- Schpens, F., *Participer pour rendre le travail possible : Les « staffs » en unités de soins palliatifs*, Sociologie du travail, Vol. 57, 2015, pages 39–60.
- Schwartz, S., *Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications*, Revue Française de Sociologie, Vol.47, N. 4, 2006, pages 929-968.
- Sehlen, S., & al., *Jobstress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of LifeWork Group*, Radiat Oncol, Vol. 6, February 2009, pages 4 - 6.
- Selvarajan, T-T., Slattery, J., Stringer, D-Y., *Relationship between gender and work related attitudes: a study of temporary agency employees*, Journal of Business Research, Vol. 68, N. 9, September 2015, pages 1919-1927.
- Simonet, D., *Post-NPM reforms or administrative hybridization in the french health care system? , International Journal of Public Administration*, Vol. 38, N.9, 2015, pages 672-681.
- Singhapakdi, A., & al., *The impact of incongruity between an organization's CSR orientation and its employees' quality of work life*, Journal of Business Research, Vol. 68, N. 1, January 2015, pages 60-65.
- Sinkowitz-Cochran, R. L., & al. *The associations between organizational culture and knowledge, attitudes and practices in multicenter Veterans Affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant Staphylococcus aureus*. Am J Infect Control, Vol. 40, 2012, pages 138-143.
- Swami, V., & al. *Personality, individual differences, and demographic antecedents of self-reported household waste management behaviours*. J. Environ. Psychol, Vol. 31, 2011, pages 21-26.
- Syafii, L. I., Thoyib, A., Nimram, U., *The role of corporate culture and employee motivation as a mediating variable of leadership style related with the employee performance (studies in Perum Perhutani)*, 2nd Global conference on business and social science-2015, GCBSS-2015, 17-18 September 2015, Bali, Indonesia, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 211, 2015, pages 1142 – 1147.
- Syafii, L-I., & al., *The role of corporate culture and employee motivation as a mediating variable of leadership style related with the employee performance*, Procedia - Social and Behavioural Sciences, Vol. 211, 25 November 2015, pages 1142-1147.
- Syazliana, A-M-I., Rabiah, A-W., Aini, J., *Corporate cultures integration and organizational performance: A conceptual model on the performance of acquiring companies*, Procedia – Social and Behavioural Sciences, , Vol. 172, 27 January 2015, pages 591-595.
- Takahashi, T., Ellen, M., Brown, A., *La responsabilité sociale des entreprises et les hôpitaux : une théorie américaine, des expériences japonaises et des leçons pour les autres pays*, Forum Gestion des soins de santé, Hiver 2013, pages 180-183.
- Teraji, S., *A model of corporate social performance : social satisfaction and moral conduct*, The Journal of Socio-Economics, Vol. 38, 2009, pages 926-934.
- Tesavrita, C., Suryadi, D. *Identification of Herzberg's motivator-hygiene factors for SME's workers: case study of SME in Bandung, Indonesia*, Procedia Economics and Finance, Vol. 4, 2012, pages 299-303.
- Tomazenic, N., Seljak, J.n Aristovnik, A., *The interaction between occupational values and job satisfaction in an authoritative public administration organisation*, Total Quality Management & Business Excellence, Vol. 09, March 2016, pages 1- 16.
- Toode, K., Routasalo, P., Suominen, T., *Work motivation of nurses : A literature review*, International Journal of Nursing Studies, Vol. 48, N. 2, February 2011, pages 246 – 257.
- Tova, H., Ilya, K., *Organisational values and organisational commitment: do nurses' ethno-cultural differences matter?*, Journal of Nursing Management, Vol. 22, N. 4, 2014, pages 499-505.
- Van den Bossche, F., Rogge, N., Devooght, K., *Robust Corporate Social Responsibility investment screening*, Ecological Economics Review, Vol. 69, N.5, 15 March 2010, pages 1159–1169.
- Wach, M., Hammer, B., *La structure des valeurs est-elle universelle ? Genèse et validation du modèle compréhensif de Schwartz*, Orientation Scolaire et Professionnelle, Vol.32, N.3, 2003, pages 556-557.
- Wang, D., S., Hsieh, C.,-C., *The effect of authentic leadership on employee trust and employee engagement*, Social Behavior and Personality, Vol. 41, N. 4, 2013, pages 613-624.
- White, L., Currie, G., Lockett, A., *The enactment of plural leadership in a health and social care network: The influence of institutional context*, The Leadership Quarterly, Vol. 25, N. 4, August 2014, pages 730-745.
- Whitmarsh, L., O'neill, S., *Green identity, green living? The role of pro-environmental self-identity in determining consistency across diverse pro-environmental behaviours*. J. Environ. Psychol, Vol. 30, N. 3, 2010, pages 305-314.
- Williams, B., Perillo, S., Brown, T., *What are the factors of organisational culture in healthcare settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review*, Nurse Education Today, Vol. 35, N. 2, February 2015, pages e34-e41.

- Wood, D-J., *Measuring corporate social performance: A review*, British Academy of Management, Vol. 12, N. 1, February 2010 pages 50-84.
- Xenikou, A., *The cognitive and affective components of organisational identification: The role of perceived support values and charismatic leadership*, Applied Psychology, Vol. 63, N. 4, 2014, pages 567-588.
- Yucel, C., Karatas, E., Aydin, Y., *The Relationship Between the Level of Principals' Leadership Roles and Organizational Culture*, 3rd World Conference on Learning, Teaching and Educational Leadership, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol. 93, 21 October 2013, pages 415-419.
- Zhang, X., Zhou, J., *Empowering leadership, uncertainty avoidance, trust, and employee creativity: Interaction effects and a mediating mechanism*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol. 124, N. 2, 2014, pages 150-164.

Annexe 1 : Variables de la classification ascendante hiérarchique

Personnalité	Ambitieux, énergique, décisif, direct, indépendant, exigeant	v1
	Analytique, réservé, formel, précis, soigneux, réfléchi	v2
	Expressif, enthousiaste, amical, démonstratif, communicatif, tonique	v3
	Méthodique, calme, encourageant, modeste, systématique, fiable	v4
Principes et engagements	Je me sens responsable vis-à-vis de ma contribution dans l'amélioration de mon CHU	v5
	J'ai un pouvoir d'influence positif que je peux apporter afin de sensibiliser mes collègues sur les plans organisationnel, comportemental et scientifique.	v6
	Mon comportement, mon sérieux ou mon manque de sérieux impactent mon environnement de travail	v7
	Mes décisions impactent les activités, les décisions de l'organisation et les actions courantes et stratégiques	v8
	J'ai ma part de responsabilité dans le tri des déchets et dans la rationalisation de la consommation du papier ou de toute matière augmentant le volume des déchets hospitaliers	v9
	Je me sens responsable dans la prévention, l'orientation et dans le transfert d'expérience de mes jeunes collègues	v10
	Ma responsabilité est d'intervenir et de dénoncer toute forme de discrimination, harcèlement ou violation des droits d'un collègue ou d'un patient	v11
	J'ai ma part de responsabilité dans la qualité du dialogue social et des échanges avec mon équipe de travail	v12
	Je suis conscient de mon impact sur la santé mentale et physique de mes patients par mes actions/paroles	v13
	Il est de ma responsabilité de faciliter l'accès aux services essentiels et les démarches vitales aux soins	v14
	Je suis responsable dans le développement des compétences par mes contributions scientifiques et médicales	v15
	Je crée de la valeur ajoutée autour de moi	v16
	J'ai une part de responsabilité en faisant du CHU un établissement actif et engagé socialement	v17
Implications	Je me sens vraiment concerné(e) par le futur du CHU	v18
	Je suis prêt(e) à faire de gros efforts, au-delà de ce qui est attendu pour aider le CHU à s'améliorer	v19
	Je pourrais tout aussi bien travailler pour un autre CHU dans la mesure où mon travail resterait le même	v20
	Ce CHU me permet de donner le meilleur de moi-même	v21
	Je n'ai aucun avantage particulier à rester indéfiniment dans ce CHU	v22
	Je suis reconnu(e) et récompensé (e) pour mes efforts	v23
	J'ai fait une très grave erreur en décidant de travailler dans ce CHU	v24
	Je suis fier(e) de dire aux autres que je travaille dans ce CHU	v25
	Pour moi, ce CHU est le meilleur CHU algérien où je pourrais travailler	v26
	Je m'efforce d'avoir un comportement et un professionnalisme exemplaire	v27
Actions	Je sensibilise mes collègues à s'améliorer et les raisonne, il m'arrive même de jouer le rôle du médiateur	v28
	Je défends toute personne, patient ou collègue subissant toute forme de violation des droits	v29
	Je fais de mon mieux d'apporter de l'optimisme et de la bonne humeur dans mon environnement de travail	v30
	J'évite au mieux l'affrontement avec mes collègues afin de réduire la création de conflits	v31
	Je m'engage corps et âme dans le soutien des malades dont je suis en charge tant moralement que médicalement	v32
	J'aide tout nouveau collègue à intégrer le métier, je l'oriente et lui montre les ficelles du métier	v33
	Je trie les déchets et je rationalise ma consommation d'eau, d'électricité, de papiers etc... dans mon lieu de travail	v34
	Ma contribution scientifique est mon meilleur moyen de sensibilisation, c'est mon héritage pour mes confrères	v35
	J'émet des actions pour rendre agréable la vie des patients au CHU (exemple faire sortir en promenade des cancéreux, organiser des fêtes dans le service de pédiatrie, etc.)	v36
	Je suis convaincu que je joue un rôle actif dans l'amélioration du monde qui m'entoure	v37
Facteurs source de motivation	Le perfectionnement et la recherche médicale sont des priorités au niveau du CHU	v38
	J'ai de bonnes perspectives d'avancement dans mon service ou CHU	v39
	La direction a programmé les formations nécessaires à mon perfectionnement	v40
	Je suis satisfait(e) des avantages sociaux dont j'ai droit dans mon CHU	v41
	Le travail dans ce service ou CHU me permet de maintenir un équilibre entre mon travail et ma vie privée	v42
	En cas d'urgence personnelle, la direction me libère et répond à mes besoins de façon appropriée	v43
	Les politiques, procédures et les mesures disciplinaires sont applicables de la même manière envers tous	v44

	La diversité est voulue, acceptée et encouragée dans mon service ou CHU	v45
	Je n'ai observé(e) aucune forme de discrimination et de racisme dans mon CHU	v46
	Je n'ai observé(e) aucune forme d'harcèlement moral ou sexuel	v47
	Le respect entre collègues et entre les médecins et la direction est la première réussite de notre CHU	v48
	Le CHU parvient à susciter la satisfaction de tous (le corps hospitalier, les fournisseurs, les patients, etc.)	v49
Facteurs source de démotivation	La bureaucratie me freine beaucoup et me démotive	v50
	Il existe des distractions et sources nuisibles affectant mon travail	v51
	Je n'arrive pas à respecter les délais établis à cause de facteurs qui ne dépendent pas de moi	v52
	Je n'assiste pas aux réunions car je les considère inutiles et non génératrice de vrais changements	v53
	Je n'accepte pas de travailler plus que mes collègues pour le même salaire, je suis donc leur rythme de travail	v54
	Je fais de mon mieux pour recevoir des formes de récompenses non monétaires au niveau du CHU	v55
	Je prends les critiques de mes collègues comme des critiques personnelles	v56
	Il existe beaucoup de favoritisme dans mon CHU, cela me démotive	v57
Direction culture responsabilité	Les erreurs sont mal perçues dans mon CHU, elles ne sont pas considérées comme un apprentissage	v58
	La direction sensibilise les médecins aux valeurs sociales (intégrité, équité, respect, etc.)	v59
	La direction sensibilise les médecins au développement durable (traitement des déchets, rationalisation dans la consommation d'eau, de papiers, responsabilité de tous au maintien de la propreté des espaces communs)	v60
	La direction a organisée des journées de sensibilisation de la responsabilité de chaque médecin dans la génération des valeurs sociales et environnementales	v61
Satisfaction sup hiérarchique	La direction a formé les responsables et les chefs de service dans le management responsable	v62
	Qualité des prises de décisions	v63
	Participation des médecins aux prises de décisions	v64
	Souplesse et flexibilité dans la gestion de votre travail	v65
	Confiance professionnelle que vous accordez votre supérieur hiérarchique	v66
	Assume ses responsabilités	v67
	Honore ses promesses et ses engagements	v68
	Manière de gérer les crises et de résoudre les problèmes internes	v69
	Sa façon de valoriser et de donner de l'importance aux médecins	v70
	Temps de circulation de l'information	v71
Adhésion aux valeurs	Délai de réponse à vos requêtes formulées	v72
	Adhésion aux valeurs du supérieur hiérarchique	v73
Sexe	Adhésion aux valeurs de la direction	v74
	Masculin	v75
Grade	Féminin	v76
	Professeur	v77
	Maitre de conférences	v78
	Maitre-assistant	v79
	Spécialiste	v80
	Résident	v81
Tranche d'âge	Généraliste	v82
	25-34	v83
	35-44	v84
	45-55	v85
Appartenance	56 et +	v86
	CHU 1	v87
	CHU 2	v88
	CHU 3	v89
	CHU 4	v90
	CHU 5	v91