





Université de Montréal

**Les dimensions négligées de l'évaluation de la  
performance des systèmes de santé : les valeurs et la  
qualité de vie au travail**

par

Georges-Charles Thiebaut

Département d'administration de la santé  
Faculté de Médecine, Université de Montréal

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal en vue de  
l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D) en santé publique option Gestion des  
services de santé

Octobre 2013

© Georges-Charles Thiebaut, 2013



## Résumé

L'objet de cette thèse est l'élaboration d'un modèle logique de mesure du maintien des valeurs, ainsi que son opérationnalisation afin d'entreprendre l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Le maintien des valeurs est l'une des quatre fonctions de la théorie de l'action sociale de T.Parsons permettant d'analyser les systèmes d'action. Les autres fonctions sont l'adaptation, la production et l'atteinte des buts. Cette théorie est la base du modèle EGIPSS (évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé), dans lequel cette thèse s'insère. La fonction étudiée correspond, dans l'œuvre de T.Parsons, au sous-système culturel. Elle renvoie à l'intangible, soit à l'univers symbolique par lequel l'action prend son sens et les fonctions du système s'articulent.

Le modèle logique de mesure du maintien des valeurs est structuré autour de deux concepts principaux, les valeurs individuelles et organisationnelles et la qualité de vie au travail. À travers les valeurs individuelles et organisationnelles, nous mesurons la hiérarchie et l'intensité des valeurs, ainsi que le niveau de concordance interindividuelle et le degré de congruence entre les valeurs individuelles et organisationnelles. La qualité de vie au travail est composée de plusieurs concepts permettant d'analyser et d'évaluer l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction au travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés. La mesure de ces différents aspects a donné lieu à la conception de trois questionnaires et de trente indicateurs. Ma thèse présente, donc, chacun des concepts sélectionnés et leurs articulations, ainsi que les outils de mesure qui ont été construits afin d'évaluer la dimension du maintien des valeurs. Enfin, nous exposons un exemple d'opérationnalisation de ce modèle de mesure appliqué à deux

hôpitaux dans la province du Mato Grosso du Sud au Brésil. Cette thèse se conclut par une réflexion sur l'utilisation de l'évaluation comme outil de gestion soutenant l'amélioration de la performance et l'imputabilité.

Ce projet comportait un double enjeu. Tout d'abord, la conceptualisation de la dimension du maintien des valeurs à partir d'une littérature abondante, mais manquant d'intégration théorique, puis la création d'outils de mesure permettant de saisir autant les aspects objectifs que subjectifs des valeurs et de la qualité de vie au travail. En effet, on trouve dans la littérature de nombreuses disciplines et de multiples courants théoriques tels que la psychologie industrielle et organisationnelle, la sociologie, les sciences infirmières, les théories sur le comportement organisationnel, la théorie des organisations, qui ont conçu des modèles pour analyser et comprendre les perceptions, les attitudes et les comportements humains dans les organisations.

Ainsi, l'intérêt scientifique de ce projet découle de la création d'un modèle dynamique et intégrateur offrant une synthèse des différents champs théoriques abordant la question de l'interaction entre les perceptions individuelles et collectives au travail, les conditions objectives de travail et leurs influences sur les attitudes et les comportements au travail. D'autre part, ce projet revêt un intérêt opérationnel puisqu'il vise à fournir aux décideurs du système de santé des connaissances et données concernant un aspect de la performance fortement négligé par la plupart des modèles internationaux d'évaluation de la performance.

**Mots-clés :** Évaluation de la performance, valeurs individuelles et organisationnelles, qualité de vie au travail, amélioration de la performance, imputabilité

## **Abstract**

The purpose of my thesis is to develop a logical model to measure the latency that we also call the values maintenance and its operationalization in order to evaluate health systems performance. Latency is one of the four functions of the general theory of action developed by T. Parsons. His theory is the basis of the EGIPSS model (Comprehensive and Integrated Assessment of the Performance of Health Systems), in which my thesis is inserted. The function of latency is viewed by Parsons as a sub-cultural system. This function reflects the intangible or symbolic universe in which the action takes its meaning. It connects the four functions of the system together.

The logical model for measuring latency is structured around two main dimensions, individual and organizational values and quality of life at work. Through individual and organizational values, we measure the intensity and the hierarchy of values, and the level of concordance between individuals and the degree of congruence between the individual and organizational values. Quality of work life is composed of several concepts to analyze and assess work environment, organizational climate, job satisfaction, behavioural responses and health status of employees. The measurement of these aspects has led to the design of questionnaires and thirty three indicators.

Thus, my thesis presents each of the selected concepts, as well as, their articulation and measurement tools that were built to assess the latency function. Finally, I present an example of the operationalization of the measurement model and the results of the evaluation which have been taken place in two hospitals in the state of Mato Grosso of

south in Brazil. This thesis ends with a reflection on the use of evaluation as a management tool supporting performance improvement and accountability.

This project involved a dual challenge. On the one hand, the conceptualization of the construct of maintenance of values from an extensive literature, but lacking of theoretical integration, and the creation of measurement tools to capture all aspects of objective and subjective values and quality of work life. Indeed, we find in the literature many disciplines and multiple theoretical approaches such as industrial and organizational psychology, sociology, nursing, theories of organizational behavior, organizational theory, which developed models to analyze and understand the perceptions, attitudes and human behavior in organizations.

Thus, the scientific interest of this project arises from the creation of a dynamic and integrated model which synthesizes different theoretical fields addressing the issue of the interaction between individual and collective perceptions at work, the objective conditions of work and their influence on attitudes and behaviors at work. In addition, this project has an operational interest because it aims to provide to decision-makers knowledge and evidences on aspects of performance that have been neglected by most international models for performance evaluation.

**Keywords** : Performance assessment, Individual and organizational values, Quality of life at work, performance improvement, accountability.



# Sommaire

Résumé.....	v
Abstract.....	vii
Sommaire.....	ix
Liste des tableaux.....	<b>xix</b>
Liste des figures.....	<b>xxi</b>
Liste des abréviations.....	xxiii
Remerciements.....	xxvii
Introduction.....	1
<b>Partie I : LA PERFORMANCE : CONCEPTIONS, CADRES D'ÉVALUATION ET ENJEUX.....</b>	<b>9</b>
Chapitre 1 : PRÉSENTATION DES CADRES DE MESURE DE LA PERFORMANCE OU COMMENT DÉGAGER LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE.....	11
I Une convergence de réformes nationales et internationales pour l'implantation de mesure de la performance.....	11
A La performance : nouvel enjeu des services publics.....	11
B La mesure de la performance au cœur des préoccupations des systèmes de santé .....	12
C Pourquoi mesurer la performance ? .....	17
D Mesurer ou évaluer ?.....	21
II De la comparaison des cadres d'évaluation de la performance à l'établissement des enjeux liés à la mesure de la performance.....	23
A De multiples cadres d'évaluation de la performance .....	23
A.1 Le cadre de mesure australien.....	23
A.2 Le cadre de la performance du royaume-Uni .....	25
A.3 Le cadre de mesure canadien .....	27
A.4 Le cadre de mesure de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	28
A.5 Le cadre de l'OCDE.....	32
A.5 Le cadre du Commonwealth Fund .....	33

A.6 Le cadre de l'Institut d'Amélioration du système de santé (Institute of Healthcare Improvement, IHI).....	35
A.7 Le Balanced Scorecard ou tableau de bord prospectif de Norton et Kaplan .....	36
B Les enjeux de la mesure de la performance dans les systèmes de santé. ....	39
B.1 Les enjeux théoriques de l'évaluation de la performance .....	40
B.1.a Quels sont les objectifs des cadres d'évaluation de la performance ? ...	40
B.1.b Comment définir le concept de performance ?.....	41
B.1.c Quelles dimensions constitutives du cadre d'évaluation de la performance ? .....	43
B.2 Les enjeux d'utilisation des cadres d'évaluation de la performance .....	46
B.2.a Quels niveaux d'application et pour quels auditoires ? .....	47
B.2.b De la constitution d'une grille d'interprétation ou comment porter un jugement.....	48
B.2.c De la relation entre les dimensions ou les indicateurs de performance ..	49
Chapitre 2 : DE L'APPLICATION DE LA THÉORIE GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE DE T.PARSONS À L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ .....	51
I Parsons ou la création d'une ambitieuse théorie générale de l'action sociale .....	51
A La notion d'action sociale .....	52
B L'action sociale appréhendée comme un système d'action.....	54
B.1 Les structures du système d'action sociale.....	55
B.2 Les fonctions du système d'action sociale. ....	56
B.3 Les processus du système d'action sociale.....	58
C De l'existence de plusieurs niveaux d'abstraction à la hiérarchie cybernétique .....	59
C.1 Une distinction entre le système d'action et le système social.....	59
C.2 La hiérarchie cybernétique .....	62
D Valeurs, système culturel, maintien des modèles : approfondir ces concepts pour conceptualiser la dimension du maintien des valeurs .....	65

II Le modèle d'Evaluation Globale et Intégré de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS) : un cadre structurant au développement d'un modèle logique et opérationnel de mesure du maintien des valeurs.....	68
A Le modèle EGIPSS face aux enjeux de l'évaluation : quel positionnement ? .....	71
A.1 Les objectifs du modèle. ....	71
A.2 Les frontières du système de santé ou la définition du champ d'application du cadre d'évaluation de la performance. ....	72
A.3 La « physiologie » du système de santé ou comment conceptualiser la dynamique du système de santé. ....	74
B Vers une conception paradoxale, complexe et multidimensionnelle de la performance. ....	77
<b>Partie II : DÉTERMINER LES COMPOSANTES DU MODÈLE LOGIQUE : De la pertinence du choix des concepts à travers un foisonnement d'approches et de théories.....</b>	<b>85</b>
Chapitre 3 : LE CONCEPT DE VALEUR : origines, fonctions, effets et propriétés. ....	87
I L'approche sociologique des valeurs .....	89
A Les fondations du concept de valeur en sociologie ou l'opposition entre déterminisme et subjectivité .....	90
B Les valeurs comme fonction et fondement des normes sociales.....	92
B.1 Parsons ou la naissance de l'approche fonctionnaliste .....	92
B.2 La théorie de Kluckhohn.....	94
B.2.a La définition des valeurs selon Kluckhohn .....	94
B.2.b La fonction des valeurs et de l'orientation des valeurs .....	96
C Vers une réconciliation .....	98
II L'approche psychologique des valeurs .....	99
A La théorie de Milton Rokeach.....	100
A.1 Nature et définition des valeurs .....	100
A.2 Les valeurs sont organisées en système .....	102
A.3 Les valeurs ont des fonctions.....	103
B L'approche de Schwartz.....	104

B.1 La nature des valeurs selon Schwartz.....	105
B.2 De la conformité des valeurs .....	107
III Circonscrire le concept de valeur .....	108
A Valeur et intérêt .....	108
B Valeur et attitude .....	109
C Valeur et besoin .....	110
D Valeur et croyance.....	111
E Valeurs et traits de personnalité.....	111
IV Les niveaux d'expression des valeurs ou la pertinence de l'étude des valeurs organisationnelles .....	113
A Les différents niveaux d'expression et d'analyse des valeurs.....	113
B De l'existence des valeurs organisationnelles .....	115
B.1 Conception des valeurs organisationnelles.....	115
B.2 Les valeurs comme fondement de la culture organisationnelle.....	116
B.3 De l'expression des valeurs organisationnelles .....	118
V Vers une synthèse : origine, fonctions et propriétés des valeurs.....	119
A Comment définir les valeurs ?.....	120
B Origine des valeurs et niveaux d'expression : .....	121
C Fonctions et effets des valeurs.....	122
D Propriétés des valeurs.....	124
Chapitre 4 : ANALYSER ET COMPRENDRE LE FACTEUR HUMAIN DANS LES ORGANISATIONS : d'une littérature éparse à la création du concept générique de qualité de vie au travail. ....	129
I Les fondations .....	130
II La théorie de la motivation.....	134
A La théorie de la fixation des buts.....	136
B La théorie sociale cognitive.....	138
III Le climat : des perceptions aux phénomènes de groupes.....	140
A Étiologie du concept de climat .....	142
B Climat psychologique, climat organisationnel, climat collectif : différence dans l'unité d'analyse et dans la nature de la mesure .....	144

IV La culture organisationnelle .....	146
A Le courant moderne ou une approche fondée sur la cohérence et la force culturelle .....	148
B Culture organisationnelle et performance .....	150
C Une approche ambiguë de la culture organisationnelle ou la nécessité de saisir le sens .....	152
V Théorie de la congruence .....	155
A Plusieurs types de congruence utilisant différentes unités d'observation.....	157
B Le lien entre congruence et performance .....	158
VI Les environnements de travail sains .....	161
A L'environnement physique et psychosocial et leurs conséquences sur la santé .....	163
B Les contraintes au travail .....	165
C Les conséquences sur la santé des contraintes physiques et psychosociales .....	167
VII L'application de ces différentes approches aux organisations de santé.....	169
A Les sciences infirmières : de l'étude des pratiques infirmières à l'analyse des conditions de travail .....	170
B Plusieurs modèles théoriques pour analyser les différentes composantes de l'environnement de travail et son influence sur les résultats de santé et la performance financière. ....	173
C L'influence de l'environnement de travail sur les médecins. ....	178
Synthèse de la 2 <sup>ème</sup> partie : DETERMINER LES COMPOSANTES DU MODELE LOGIQUE DE MESURE DU <i>MAINTIEN DES VALEURS</i> .....	180
A Les apports des différents courants où comment construire une chaîne de relations entre les concepts .....	181
B La sélection des dimensions du modèle logique .....	186
<b>Partie III : LE MODÈLE LOGIQUE DE MESURE DU MAINTIEN DES VALEURS .....</b>	<b>187</b>
Chapitre 5 : LE CONSENSUS SUR LES VALEURS .....	193
I Nature, définition et mesure des valeurs .....	194

II Déterminants et conséquences du consensus sur les valeurs sur la performance.....	196
Chapitre 6 : LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL .....	205
I L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL .....	206
A Définitions.....	206
B La régularité du lien à l'emploi .....	208
C Adéquation du personnel à la charge de travail.....	209
C.1 Dotation de personnel en fonction de la charge de travail .....	209
C.2 Le temps de travail .....	212
C.3 La composition des équipes de soins.....	216
D L'expérience professionnelle .....	219
D.1 Ancienneté professionnelle .....	219
D.2 Niveau de formation.....	222
E La disponibilité de matériel .....	223
F Le soutien organisationnel .....	225
G La sécurité au travail .....	227
H Synthèse.....	229
II LE CLIMAT ORGANISATIONNEL .....	237
A Nature et propriétés du concept de climat organisationnel .....	237
B Les conséquences du climat organisationnel.....	239
C Synthèse.....	243
II LA SATISFACTION AU TRAVAIL .....	246
A Nature et historique du concept de satisfaction.....	246
B Les Déterminants de la satisfaction au travail .....	249
C Les Conséquences de la satisfaction au travail.....	254
D Synthèse.....	256
IV LES RÉACTIONS COMPORTEMENTALES .....	259
A Le taux de roulement.....	260
A.1 Définition et propriétés du taux de roulement.....	260
A.2 Les déterminants du taux de roulement.....	262
A.3 Les conséquences du roulement du personnel .....	262

B Les taux d'absentéisme .....	264
B.1 Nature et propriété du taux d'absentéisme .....	264
B.2 Déterminants du taux d'absentéisme .....	266
B.3 Conséquence du taux d'absentéisme .....	268
C Synthèse .....	268
V L'ÉTAT DE SANTÉ DES EMPLOYÉS .....	274
A Nature et propriété de l'état de santé des employés .....	274
B Déterminants de l'état de santé des employés .....	276
B.1 Déterminants de l'état de santé physique des employés .....	278
B.2 Déterminants de l'état de santé psychologique des employés .....	280
C Conséquences de l'état de santé des employés .....	282
D Synthèse .....	285
Synthèse de la 3eme partie : DES RELATIONS ENTRE LES SOUS- DIMENSIONS DU MAINTIEN DES VALEURS ET LEURS INFLUENCES SUR LA PERFORMANCE .....	291
<b>Partie IV : DES CONCEPTS AUX MÉTHODES : opérationnalisation du modèle logique de mesure du maintien des valeurs.....</b>	<b>297</b>
Chapitre 7 : MESURER LES VALEURS, LE CLIMAT ORGANISATIONNEL ET LA SATISFACTION DES EMPLOYÉS .....	301
I Mesure des valeurs individuelles et organisationnelles .....	302
A L'utilisation d'une méthode ipsative pour répondre aux propriétés des valeurs .....	302
A.1 De la mesure des valeurs .....	302
A.2 Présentation du questionnaire et des mesures associées .....	303
A.2.a Un questionnaire basé sur des comparaisons pairées .....	303
A.2.b La définition des valeurs utilisées .....	304
A.2.c Les mesures générées par le questionnaire .....	305
A.3 Le choix des méthodes statistiques .....	307
B Fiabilité du questionnaire sur les valeurs individuelles et organisationnelles .....	310
B.1. Définition et procédure d'estimation de la fiabilité .....	310

B.2	Résultat du test de fiabilité .....	311
C	Estimer la validité de Contenu.....	317
C.1	Définition et enjeu de la validité de contenu .....	317
C.2	Un processus basé sur des essais / erreurs : une première version constituée à partir des valeurs sociétales.....	318
C.3	Évolution et enjeux des systèmes de santé occidentaux ou comment circonscrire les valeurs structurant nos systèmes de santé .....	319
C.3.a	Trajectoire d'évolution des systèmes de santé.....	319
C.3.b	L'émergence de nouveaux socles idéologiques comme fondement des réformes des systèmes de santé.....	325
C.4	Les orientations valorielles du système de santé .....	334
C.4.a	L'imputabilité .....	334
C.4.b	Responsabilité à l'égard de la santé de la population.....	340
C.4.c	L'accomplissement professionnel.....	348
C.4.d	La qualité technique des soins .....	352
C.4.e	Le respect des patients comme symbole de l'humanisme des soins.....	361
C.4.f	Synthèse .....	366
C.5	Estimer la validité de construit .....	369
C.5.a	Définition et enjeu de la mesure de la validité de construit.....	369
C.5.b	Comment mesurer les valeurs individuelles et organisationnelles.....	371
C.5.c	Comment mesurer la congruence?.....	375
II	Mesure du climat organisationnel.....	377
A	Présentation du questionnaire de mesure du climat organisationnel.....	377
B	Estimation de la fiabilité du questionnaire sur le climat organisationnel.....	379
C	Déterminer la validité de contenu du questionnaire sur le climat organisationnel .....	380
D	Estimer la validité de construit du questionnaire sur le climat organisationnel .....	383
III	Mesure de la satisfaction au travail .....	385
A	Présentation du questionnaire de mesure de la satisfaction au travail .....	385
B	Estimer la fiabilité du questionnaire sur la satisfaction au travail.....	387



C Déterminer la validité de construit du questionnaire sur la satisfaction au travail .....	388
D Déterminer la validité de construit du questionnaire sur la satisfaction des patients .....	389
Chapitre 8 : DU CHOIX DES INDICATEURS POUR MESURER L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL, LES RÉACTIONS COMPORTEMENTALES ET L'ÉTAT DE SANTÉ DES EMPLOYÉS .....	391
I Critères de sélection des indicateurs.....	391
II Présentation des indicateurs de mesure de la performance .....	394
Chapitre 9: APPLICATION DU MODÈLE LOGIQUE DE MESURE DU MAINTIEN DES VALEURS .....	411
I MÉTHODOLOGIE DE DÉVELOPPEMENT ET D'IMPLANTATION DU MODÈLE EGIPSS .....	412
A La sélection des indicateurs et la collecte des données.....	412
B La construction du jugement et l'interprétation .....	413
B.1 Le sens des indicateurs.....	413
B.2 L'interprétation .....	414
II MESURE DE LA PERFORMANCE DU MAINTIEN DES VALEURS POUR LES HÔPITAUX 6 et 8. ....	416
A Le consensus sur les valeurs .....	417
B La qualité de vie au travail .....	424
C Synthèse .....	432
<b>Discussion : L'UTILISATION DU MODÈLE LOGIQUE DE MESURE DU MAINTIEN DES VALEURS COMME TECHNOLOGIE D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE .....</b>	<b>437</b>
I Le modèle EGIPSS comme une technologie orientée vers l'amélioration des systèmes de santé.....	444
A De la nature de la technologie et ses objectifs .....	445
B Un savoir adapté à la complexité des organisations de santé.....	448
II De l'utilisation du modèle EGIPSS et du modèle logique de mesure du <i>maintien des valeurs</i> .....	452

A Les formes d'utilisation du système d'évaluation de la performance .....	453
A.1 Description des types d'utilisation et des niveaux d'influence .....	453
A.2 Influence et utilisation du modèle EGIPSS .....	455
B Utilisation du modèle logique de mesure du <i>maintien des valeurs</i> .....	460
III Les cadres d'évaluation comme instrument d'imputabilité ou le risque de la colonisation du monde vécu .....	466
A Conception de la performance et type d'utilisation.....	467
B Accroître l'imputabilité pour améliorer la performance.....	469
C L'imputabilité et l'amélioration : deux logiques d'action différentes .....	471
D Les cadres d'évaluation de la performance comme un instrument d'un nouvel « état évaluatif » .....	472
IV Limites de la recherche. ....	477
<b>Conclusion</b> .....	481
I Contributions théoriques.....	481
II Contributions méthodologiques :.....	484
III Contributions pratiques .....	486
IV Perspectives de recherche .....	487
ANNEXE 1 : Liste des questionnaires .....	ii
ANNEXE 2 : Méthode de calcul des données présentées dans la partie iv .....	xi
ANNEXE 3 : Résultats de l'évaluation de la performance ventilés par catégorie socioprofessionnelle .....	xli

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> Matrice d'analyse des sources et résultats de l'évaluation .....	19
<b>Tableau 2</b> Différences entre imputabilité et amélioration dans la construction et l'utilisation des indicateurs de performance.....	20
<b>Tableau 3</b> Comparaison des dimensions constitutives des différents cadres d'évaluation de la performance .....	45
<b>Tableau 4</b> Le système social: sous-système-structures-fonctions .....	62
<b>Tableau 5</b> Hiérarchie cybernétique du système d'action et du système social .....	64
<b>Tableau 6</b> Typologie des fonctions du système d'action .....	71
<b>Tableau 7</b> Les dimensions et sous-dimensions de la fonction adaptation .....	79
<b>Tableau 8</b> Les dimensions et sous-dimensions de la fonction Atteinte des buts .....	80
<b>Tableau 9</b> Les dimensions et sous-dimensions de la fonction Production .....	81
<b>Tableau 10</b> De la satisfaction au travail au climat organisationnel : distinction conceptuelle et méthodologique.....	146
<b>Tableau 11</b> Les contrastes paradigmatiques .....	147
<b>Tableau 12</b> Interaction entre la latitude au travail et les demandes au travail.....	166
<b>Tableau 13</b> Synthèse des conséquences du consensus sur les valeurs sur les dimensions du modèle EGIPSS .....	204
<b>Tableau 14</b> Synthèse des conséquences de la sous-dimension environnement de travail sur autres dimensions du modèle EGIPSS.....	232
<b>Tableau 15</b> Synthèse des conséquences du climat organisationnel sur les dimensions du modèle EGIPSS .....	245
<b>Tableau 16</b> Synthèse des déterminants de la satisfaction au travail.....	253
<b>Tableau 17</b> Synthèse des conséquences de la satisfaction au travail sur les dimensions du modèle EGIPSS .....	258
<b>Tableau 18</b> Déterminants des réactions comportementales sur les dimensions du modèle EGIPSS .....	271
<b>Tableau 19</b> Conséquences des réactions comportementales sur les dimensions du modèle EGIPSS .....	273

<b>Tableau 20</b> Déterminants de l'état de santé des employés sur les dimensions du modèle EGIPSS.....	288
<b>Tableau 21</b> Conséquences de l'état de santé des employés sur les dimensions du modèle EGIPSS.....	290
<b>Tableau 22</b> Intensité et hiérarchie des valeurs individuelles du test retest .....	312
<b>Tableau 23</b> Intensité et hiérarchie des valeurs organisationnelles du test retest .....	313
<b>Tableau 24</b> Résultats du test de fiabilité .....	315
<b>Tableau 25</b> Différence entre le système de soins et la santé publique (adapté de Breton, 2009).....	341
<b>Tableau 26</b> Mesure de la fiabilité du questionnaire sur le climat organisationnel.....	379
<b>Tableau 27</b> Liste des variables de mesure du climat organisationnel .....	381
<b>Tableau 28</b> Fiabilité du questionnaire sur la satisfaction au travail.....	387
<b>Tableau 29</b> Critères de sélection des indicateurs .....	392
<b>Tableau 30</b> Indicateurs mesurant l'environnement de travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés .....	397
<b>Tableau 31</b> Catégorisation des indices relatifs pour juger de la performance .....	415

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> RoGS: Cadre d'évaluation de la performance Australien.....	24
<b>Figure 2</b> Le cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS.....	28
<b>Figure 3</b> Cadre d'évaluation de la performance de l'OMS.....	30
<b>Figure 4</b> Des fonctions aux résultats.....	30
<b>Figure 5</b> Cadre d'évaluation de la performance de l'OCDE.....	33
<b>Figure 6</b> Le cadre de mesure de la performance du Commonwealth fund.....	34
<b>Figure 7</b> Le Balance scorecard.....	38
<b>Figure 8</b> Les niveaux d'abstraction de la théorie de l'action sociale.....	61
<b>Figure 9</b> Modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé .	70
<b>Figure 10</b> Le modèle des politiques de santé.....	73
<b>Figure 11</b> Le système organisé d'action.....	76
<b>Figure 12</b> Risques psychosociaux et effets sur la santé.....	164
<b>Figure 13</b> Les effets du stress sur la santé.....	168
<b>Figure 14</b> Modèle conceptuel des résultats de santé des patients, des résultats financiers associés à une inadéquation du personnel infirmier.....	174
<b>Figure 15</b> Le modèle logique de mesure du Maintien des valeurs.....	190
<b>Figure 16</b> Relations entre le consensus sur les valeurs et les dimensions du modèles EGIPSS.....	203
<b>Figure 17</b> Représentation des relations entre les composantes de l'adéquation du personnel à la charge de travail et les autres dimensions du modèle EGIPSS.....	230
<b>Figure 18</b> Représentation des relations entre les composantes de l'adéquation de l'environnement de travail avec les autres dimensions du modèle EGIPSS.....	231
<b>Figure 19</b> Représentation des relations entre le climat organisationnel et les autres dimensions du modèle EGIPSS.....	244
<b>Figure 20</b> Représentation des déterminants et conséquences de la satisfaction au travail ....	257
<b>Figure 21</b> Représentation des déterminants et des conséquences des réactions comportementales.....	270
<b>Figure 22</b> Représentation des déterminants et des conséquences des réactions comportementales.....	287

<b>Figure 23</b> Relation entre les dimensions et les sous-dimensions de la fonction du maintien des valeurs .....	292
<b>Figure 24</b> Influence des dimensions et sous-dimensions du maintien des valeurs sur les dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS .....	294
<b>Figure 25</b> Modèle de structuration des valeurs .....	369
<b>Figure 26</b> L'évaluation de la performance intégrée dans le modèle logique de mesure du maintien des valeurs .....	461

## **Liste des abréviations**

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

IHI : Institute for healthcare improvement

CIHI: Canadian Institute for health information

ICIS: Institut Canadien d'Information sur la Santé

EGIPSS : Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé

NMP : Nouveau management public

MBE : Médecine basée sur les évidences

CSSS : Centre de santé et de services sociaux





*À mes parents et mes grands-parents*



## Remerciements

L'écriture de ce doctorat fut un long processus où la ligne séparant le monde professionnel de la vie privée était fine, voir inexistante lors de la rédaction. L'écriture de cette thèse représente plus qu'un parcours académique, elle est un processus d'apprentissage sur soi. Elle m'a offert la possibilité de découvrir un nouveau pays, de nouvelles personnes et de me construire en tant qu'homme. J'ai chéri cette thèse au point d'avoir du mal à m'en séparer, mais chaque cycle doit se terminer pour en commencer un nouveau.

Ma participation au programme doctoral de l'université de Montréal et l'écriture de cette thèse n'aurait été possible sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes.

Tout d'abord mes deux directeurs de thèse, les professeurs André-Pierre Contandriplous et François Champagne qui m'ont proposé en 2005, alors que j'effectuais un stage à l'université de Montréal, de faire un doctorat. Ils ont facilité mon installation au Canada, soutenu mon développement intellectuel et aidé financièrement. Ces heures de travail sur les projets EGIPSS, en leur compagnie, ont été la plus riche formation intellectuelle que je pouvais recevoir. Je les remercie sincèrement pour tout cela.

Je remercie également mes parents pour leur soutien indéfectible, sans lequel je n'aurais probablement pas écrit cette thèse. Ils m'ont aidé à me réaliser en tant qu'individu tout en préservant les valeurs familiales. Je vous en serai à jamais reconnaissant. Je tiens aussi à laisser quelques lignes à ma grand-mère et à la mémoire de mes grands-parents disparus, pour l'amour qu'ils m'ont donné.

Je désire remercier toute l'équipe de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal et tout spécialement Josée Tessier, Linette Cohen, Jean-Guy Bouchard, France Pinsonneault, Diane Crevier et Marie-Pierre Moreault. Ils ont tous joué un rôle dans l'élaboration de cette thèse.

Je voulais également remercier particulièrement Geneviève St-Marie, pour la confiance qu'elle m'a accordée sur les projets performance. J'ai de très beaux souvenirs de nos discussions et de notre voyage au Brésil.

Je remercie également mes amis les plus proches, Rémy Rouillard, Maryline Sicotte, Claude Debeauquenne, Yassen Yordanov, Rachel Garcia, Julien Alla, Sabrina Tanguy, Emmanuelle Beucher, Christophe Falatin, Frédéric Diaz, Laurent Petit, Anna Romer, Kasia Wisniewska, Romain Chevalier, Caroline Webber et Lara Maillet, avec qui j'ai partagé les joies, les doutes, les réussites et les échecs.

J'aimerais aussi ajouter quelques mots pour mes trois sensés, André-Jacques, Pascal et Georges Serei qui m'ont apporté par leur enseignement un équilibre psychique et physique nécessaire à la réalisation de cette thèse. Nintai

Je tiens aussi à remercier les personnes qui ont corrigé les différents chapitres de cette thèse, Rémy Rouillard, Emmanuelle Beucher, Alicia Tawitian, Arnaud Berberian et Huguette Guglielmi.

Enfin, je remercie amoureusement ma compagne Tamar Sarkissian pour m'avoir accompagné et supporté ces deux dernières années dans le processus, éprouvant, d'écriture. Je te suis très reconnaissant.

«The population problem has no technical solutions; it requires a fundamental extension in morality»

Garett Hardin



# Introduction

Cette thèse porte sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé et plus précisément sur le développement théorique et méthodologique de deux composantes de celle-ci: les valeurs individuelles et organisationnelles ainsi que la qualité de vie au travail.

Le concept de performance existe dans la littérature scientifique depuis plusieurs décennies, mais il n'est utilisé dans la régulation et la gestion des services de santé que depuis la fin des années 80. Son apparition coïncide avec deux phénomènes, les crises financières et de régulation auxquelles faisaient face les systèmes de santé et l'avènement du nouveau management public qui avait pour objectif d'y répondre. Dans ce contexte l'évaluation de la performance a été conçue comme un instrument de gestion et de gouvernance utilisée pour atteindre trois objectifs : fournir des informations sur l'activité du système de santé, accroître l'imputabilité des acteurs œuvrant dans celui-ci et améliorer la performance.

Les chercheurs et les gouvernements ont développé plusieurs cadres d'évaluation et de mesure de la performance. Cependant, la conception de la performance, les outils de mesure et les objectifs associés à l'évaluation ne font pas consensus. En outre, trois enjeux sont centraux pour comprendre et développer un outil d'évaluation de la performance. Il s'agit d'enjeux théoriques, méthodologiques et d'utilisation. D'un point de vue conceptuel, il n'existe pas de définition partagée de la performance, ni même d'entente sur les dimensions la composant. Méthodologiquement, la mesure de la performance soulève des enjeux quant à la disponibilité, la fiabilité et la validité des indicateurs pour la mesurer. Enfin, différentes formes d'utilisation de l'évaluation de la performance et des résultats de celles-ci cohabitent. En effet, l'évaluation

de la performance peut être utilisée comme un instrument d'accroissement de l'imputabilité des acteurs œuvrant dans le système de santé ou d'amélioration de la performance, si bien qu'un débat traverse le champ de l'évaluation pour statuer sur la possibilité de poursuivre simultanément, avec le même instrument, ces deux finalités. Néanmoins, pour Adair (2006), les voies à explorer pour l'évaluation de la performance ne se situent plus au niveau du développement ou de l'opérationnalisation du concept, mais au niveau de son application à la gestion. Comment l'évaluation et ses résultats pourraient être utilisés comme un outil de gestion soutenant l'amélioration des différentes composantes de la performance tout en respectant leurs équilibres ?

Nous partageons ce questionnement. Cependant, l'utilisation des cadres d'évaluation et l'influence qu'ils exerceront sur les systèmes de santé sont directement dépendantes des conceptions théoriques les sous-tendant et de la définition de la performance sur laquelle ils sont fondés. De ce fait, il semble impossible de s'interroger sur les enjeux d'utilisation sans au préalable statuer sur les enjeux théoriques. En effet, la nature d'un objet détermine son utilisation et son influence dans l'espace social dans lequel il est implanté.

Pour répondre à ces enjeux, Champagne, Contandriopoulos et al (2005) ont développé un modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS). Dans ce modèle, le système de santé est appréhendé comme un système organisé d'action (Contandriopoulos, 2008). Pour évaluer la performance d'un système organisé d'action, il convient d'utiliser un cadre permettant d'en saisir la complexité. Pour ce faire, le modèle EGIPSS s'appuie sur la théorie de l'action sociale développée par Parsons (1951a et b). Selon cette approche, un système doit être conceptualisé et analysé par rapport à quatre fonctions en



interaction : l'adaptation, la production, l'atteinte des buts et le maintien *des valeurs*. La performance est donc définie comme un phénomène complexe découlant de l'interaction entre quatre fonctions, elles-mêmes constituées de plusieurs dimensions et sous-dimensions reflétant les divers critères pour juger de la performance d'un système de santé. Parmi ces quatre fonctions, le *maintien des valeurs* est absent de tous les cadres d'évaluation de la performance qui ont été créés jusqu'à présent.

Cette thèse porte donc sur le développement conceptuel et méthodologique de cette fonction. Elle correspond, dans l'œuvre de Parsons (1973), au sous-système culturel qui reflète la capacité d'un système à maintenir l'univers symbolique par lequel l'action prend son sens. Elle est articulée autour du concept de valeur et de la compréhension de la subjectivité des acteurs. L'utilisation de ce concept dans un cadre d'évaluation nécessite de l'adapter au monde de la santé. Pour ce faire, la fonction du *maintien des valeurs* a été décomposée en deux dimensions : les consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail. La qualité de vie au travail a été désagrégée en cinq sous-dimensions : l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction au travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés.

La première dimension permet de conceptualiser et mesurer les valeurs tout en permettant d'apprécier le niveau de consensus interindividuel et entre les employés et l'organisation dans laquelle ils travaillent. La seconde renvoie à la compréhension et à l'appréciation des composantes de l'environnement de travail, des perceptions des employés et de leurs conséquences sur les comportements des employés au travail. Cependant, ces dimensions et sous-dimensions sont plus que des catégories servant à classer les mesures de

la performance. Pour ce faire, elles doivent être intégrées dans un modèle dynamique permettant de représenter leur relation et leur influence mutuelles. Celui-ci correspond à un modèle logique.

La construction d'un modèle logique comme instrument d'évaluation s'insère dans un courant appelé l'évaluation basée sur la théorie (Donaldson, 2003). Le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* est une structure théorique servant à conduire l'évaluation (Weiss, 1997). Chacune des composantes du modèle représente un marqueur de la performance et donc un critère par lequel l'apprécier. De plus, la modélisation, par sa description des relations entre des composantes d'une intervention, présente un pouvoir analytique important (Chen, 1990). Cette modélisation offre un fort potentiel d'explication et d'action pour améliorer la performance.

Ainsi, l'objectif principal de cette thèse est l'élaboration d'un modèle logique de mesure de la fonction du *maintien des valeurs* permettant d'évaluer, à l'intérieur du modèle EGIPSS, la performance des systèmes et des organisations de santé. Nous définissons dans cette thèse le *maintien des valeurs* comme la capacité d'une organisation ou d'un système à maintenir sa stabilité interne, en s'assurant de l'existence d'un système de valeurs partagées ainsi qu'une bonne qualité de vie au travail des employés. La poursuite de cet objectif devrait nous permettre d'analyser et de statuer sur les enjeux théoriques et méthodologiques que nous avons évoqués précédemment.

Par ailleurs, cette thèse poursuit un objectif secondaire, relatif à l'utilisation de l'évaluation. En effet, nous chercherons à répondre à la question d'Adair (2006) en dégagant

les conditions nécessaires pour faire de l'évaluation un outil de gestion pour améliorer la performance.

Afin d'atteindre ces objectifs, cette thèse est articulée autour de quatre parties et 10 chapitres :

La première partie présente le contexte théorique et politique de l'évaluation de la performance, ainsi que le modèle EGIPSS. Elle est structurée autour de deux chapitres. Le premier est consacré à la présentation des principaux cadres d'évaluation de la performance qui ont été implantés au niveau national et international. Sur la base de cette présentation, nous étudierons les enjeux théoriques et d'utilisation associés au développement et à l'implantation d'un cadre d'évaluation de la performance. Le second chapitre présente la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons, ainsi que le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS) dans lequel est incorporée la fonction du *maintien des valeurs*.

La seconde partie est consacrée à la sélection de différentes sous-dimensions qui composent les deux dimensions du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*, à savoir le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail. Cette étape permettra donc de déterminer les concepts qui seront représentés dans le modèle logique. Pour ce faire, nous présentons deux revues de la littérature. Le chapitre trois expose les principales approches employées en sociologie, en psychologie et en théorie des organisations pour conceptualiser et analyser les valeurs. L'objectif est de statuer sur la nature et les propriétés des valeurs afin de créer une définition opérationnelle pour les mesurer (Torgerson, 1967). Le chapitre quatre est consacré aux multiples courants et théories qui se sont intéressés au facteur humain dans les

organisations, du point de vue motivationnel, perceptuel ou comportemental. Nous présenterons les différents concepts qui ont été développés en psychologie organisationnelle, en théorie des organisations et en sciences infirmières pour analyser l'interaction entre l'humain et l'organisation, ainsi que son impact sur le comportement et la santé. L'objectif sera de définir des sous-dimensions pour opérationnaliser la dimension de la qualité de vie au travail. Chaque sous-dimension doit être clairement associée à un concept et à un phénomène empirique. Ceci permettra, tout d'abord, d'ancrer le modèle logique dans une approche théorique robuste, puis de produire une définition opérationnelle permettant de relier les concepts à des phénomènes observables.

La troisième partie décrit le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* et les relations empiriques qui existent entre chacune des dimensions et sous-dimensions le composant. En effet, nous analysons chaque dimension et sous-dimension en termes de déterminants et de conséquences. Chaque élément du modèle logique est déterminé par des dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS et exerce une influence (conséquence) sur d'autres. La nature de ces relations provient d'évidences scientifiques obtenues par une revue de la littérature regroupant des études descriptives, des revues systématiques et des méta-analyses qui ont étudié les associations empiriques entre les dimensions du modèle EGIPSS. Ainsi, le chapitre cinq examine les relations entre le consensus sur les valeurs et les sous-dimensions du modèle logique, ainsi que les relations qu'elle entretient avec les autres composantes du modèle EGIPSS. Le chapitre six est construit sur le même principe, mais décrit plutôt les relations empiriques entre la qualité de vie au travail et les autres composantes du modèle logique et du modèle EGIPSS.

La partie quatre est dédiée à l'opérationnalisation du modèle logique. Suite à la définition des concepts et de leurs propriétés dans les parties deux et trois, nous allons dans cette partie décrire les outils de mesure. En effet, chaque concept représentant une sous-dimension est relié à un phénomène empirique. De ce fait, les outils de mesures ont été construits en correspondance avec les propriétés des concepts. Nous avons élaboré deux types d'outil de mesure : des questionnaires et des indicateurs. Le chapitre sept présente les questionnaires développés pour mesurer le consensus sur les valeurs, le climat organisationnel et la satisfaction au travail. Nous décrirons également les propriétés psychométriques de ceux-ci, soit les échelles de mesure, les méthodes de calcul, mais aussi leur fiabilité et validité de contenu et de construit. Enfin, ce chapitre contient une synthèse des principaux mouvements idéologiques et scientifiques qui ont influencé les systèmes de santé contemporains. Cet exercice permettra de dégager les valeurs que nous allons mesurer. Le chapitre huit est consacré à la présentation des indicateurs mesurant l'environnement de travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés travaillant dans le système de santé. Enfin, le chapitre neuf illustrera le modèle logique en présentant les résultats d'une évaluation de la performance réalisée au Brésil en 2011-2012.

Le dernier chapitre est une discussion sur les divers types d'utilisation du modèle EGIPSS et du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*. Nous expliquerons pourquoi le modèle EGIPSS peut être appréhendé comme une technologie de support à la gestion permettant l'amélioration de la performance. Pour ce faire, nous présenterons les processus par lesquels le modèle EGIPSS et le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* pourraient provoquer une amélioration de la performance des systèmes de santé. Nous montrerons également que les objectifs d'imputabilité et d'amélioration semblent irréconciliables au sein

du même instrument, car ils ne sont ni basés sur les mêmes logiques d'action, ni sur les mêmes formes de rationalité. Pour soutenir notre propos, nous nous référerons à la théorie de la modernité de Jürgen Habermas qui décrit les sociétés modernes comme étant structurées par deux rationalités : instrumentale et communicationnelle. L'imputabilité correspondrait à la rationalité instrumentale, alors que l'amélioration de la performance, telle que nous la concevons, devrait être en pratique associée aux deux formes de rationalité.

**Partie I : LA PERFORMANCE : CONCEPTIONS,  
CADRES D'ÉVALUATION ET ENJEUX.**

**De la présentation d'un cadre d'évaluation globale et  
intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS)  
à la conceptualisation de la dimension *Maintien des Valeurs***





# **Chapitre 1 : PRÉSENTATION DES CADRES DE MESURE DE LA PERFORMANCE OU COMMENT DÉGAGER LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE**

Ce chapitre sera consacré à une contextualisation théorique et empirique du concept de performance afin d'en dégager les enjeux et délimiter les pistes d'amélioration et de développements conceptuels ainsi qu'opérationnels dans lesquels cette thèse prend sa source.

## **I Une convergence de réformes nationales et internationales pour l'implantation de mesure de la performance.**

### À La performance : nouvel enjeu des services publics

L'orientation et la gestion des services publics, durant ces 30 dernières années, ont énormément évolué vers un renforcement de l'imputabilité et de l'efficacité sous l'impulsion d'un nouveau courant théorique ayant pour objectif une refonte de la gouvernance des services publics. Cette nouvelle philosophie de gouvernance nommée « nouveau management public », adoptée par l'ensemble des pays occidentaux, avait pour objectif de moderniser la gestion des services publics en s'appuyant sur l'implantation d'outils provenant du secteur privé. Prenant sa source dans ce courant, le concept de performance et sa mesure ont fait leur apparition dans l'ensemble des services publics, et plus particulièrement dans le système de santé où l'objectif était le contrôle de la croissance des dépenses publiques. L'avènement du concept de performance provient d'un double constat : un manque d'information sur le fonctionnement réel des services publics et une augmentation constante des coûts de ceux-ci (Butler, 2000).

Dès lors, une importante réflexion s'est développée afin d'en améliorer le fonctionnement et d'accroître l'imputabilité de la part des fonctionnaires vis-à-vis de leur supérieur et des gouvernements vis-à-vis de la population. Dès 1998, l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), à travers le comité de management public, a adopté une charte décrivant les principes d'une gestion éthique des services publics. Parmi ceux-ci, on trouve un renforcement de la transparence et de l'imputabilité envers les citoyens (principe 6), l'établissement de systèmes d'évaluation de la performance accompagnée de récompenses et de sanctions permettant la promotion de comportements éthiques (principe 8) et la mise en place de mécanismes d'imputabilité adéquates à l'intérieur des services publics (Principe 11) (OCDE, 1998). Dans ce cadre, la notion de performance, concept aux contours flous, devient un aspect central de nombreuses réformes, en particulier dans le secteur de la santé. Des comités et institutions ont été créés afin de développer des systèmes de monitoring, d'audit et d'évaluation permettant de soutenir cette nouvelle forme de gestion par la performance. Les pays anglo-saxons ont été les premiers à implanter ce type de mécanismes avec la création d'organismes, tels que la « productivity commission » en Australie et en Nouvelle Zélande, ou « l'audit commission » en Angleterre.

### B La mesure de la performance au cœur des préoccupations des systèmes de santé

La plupart des ministères de la santé ainsi que de nombreuses agences internationales ont développé ces dernières années des cadres de mesure de la performance de leur système de santé. Parmi l'ensemble des pays occidentaux, nous allons nous intéresser plus particulièrement à l'Australie, au Royaume-Uni et au Canada qui partagent la particularité d'être des gouvernements fédéraux. De plus, ces pays font souvent figure de précurseurs dans

la mise en place de systèmes de mesure de la performance. Au plan international, nous porterons notre attention sur les approches de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), de l'Institut d'Amélioration de la Santé (IHI) et du Commonwealth Fund.

En Australie, dès la fin des années 90, plusieurs programmes gouvernementaux et institutions sont créés afin de mesurer la performance. Cette préoccupation apparaît dans le « Commonwealth Health Care Act » de 1998 où le développement d'indicateurs de performance, leur partage et leur comparaison sont imposés à l'ensemble des territoires australiens. Simultanément, le groupe de travail du ministère de la santé pour la comparaison (National health ministers benchmarking working group) travaille au développement d'indicateurs de performance pour les hôpitaux de soins aigus (Butler, 2000). De même, le conseil australien pour les standards de santé (Australian Council on Healthcare Standards) a développé une série d'indicateurs en vue d'accréditer les hôpitaux de soins aigus. Ainsi, un premier modèle de mesure de la performance est créé par cet organisme en 1998. Il se concentre principalement sur la production des soins et les résultats de santé. En 2011, une nouvelle réforme est mise en place (National Health Reform) et a pour objectif l'amélioration de la santé de la population et le renforcement de l'imputabilité des réseaux de santé locaux vis-à-vis de la population. Cette réforme est basée sur l'engagement des différents états et territoires australiens à rendre publique leur mesure de performance. Ce processus est supervisé par l'autorité nationale de performance de la santé (National Health Performance Authorities). Les rapports sont publics et publiés selon un rythme semestriel.

Au Royaume-Uni, l'un des premiers pays à avoir instauré des réformes basées sur le nouveau management public, la loi « A First Class Service: Quality in the new NHS » de 1998 (Department of Health, 1998) instaure trois grandes approches en vue d'améliorer la performance. Tout d'abord la création de standards de bonnes pratiques supportés par des guides de bonnes pratiques mises en place par la « National Institute for Health and Clinical Excellence » (NICE) et le « National service Framework ». Dans un second temps, ces institutions devaient également créer des standards de qualité de dispensation des services et de soins. Finalement, ces deux éléments étaient soutenus par la création d'un cadre d'évaluation de la performance : « Performance Assessment Framework » (PAF). En 2006, le « National Health Service Act » (Parliament of the United Kingdom ,2006) entraîne la création des « Primary Care » et des « Foundations Trusts », ainsi que la création d'un organe indépendant, le « Monitor » qui rend des comptes directement au parlement, et a pour mission de surveiller la performance des « Foundations Trusts » et ainsi les aider à s'améliorer (Veillard, Huynh et al, 2010). Cette réforme inclut la création de « Quality Account », soit l'obligation pour les « Foundations Trusts » de rendre publics certains indicateurs de performance en relation avec leurs objectifs stratégiques, aussi bien que de décrire des pistes d'amélioration dans la dispensation des services. Ces mécanismes ont pour objectifs principaux la transparence et l'imputabilité des actions publiques vis-à-vis de la population. Simultanément, le département de la santé a constitué un nouveau cadre de mesure de la performance, l'« Operating Framework » appliqué aux différents secteurs du système de santé (soins aigus, santé mentale, soins de longue durée) (NHS, 2012). Ce cadre se veut un outil de management par la performance et d'imputabilité par lequel on compare les divers dispensateurs de soins du territoire. Par ailleurs, ce cadre permet également de porter un

jugement sur les différents aspects de la performance en catégorisant les établissements selon trois critères : performant, performance sous observation et non performant.

Enfin, le cas du Canada est un peu particulier du fait d'un fédéralisme présentant un haut degré de décentralisation des compétences en matière de santé vers les provinces et les territoires (Banting & Corbett, 2002). En outre, le gouvernement fédéral n'a aucune prérogative en matière de santé et ne fait que fournir un cadre législatif général à travers le « Canada Health Act », que les provinces et territoires doivent respecter. Celui-ci stipule que les juridictions doivent garantir un accès aux soins universels couvrant l'ensemble des services nécessaires et administrés de façon publique (Banting & Corbett, 2002). La structuration du système de santé, de même que les modalités de dispensation de soins sont à la discrétion des juridictions. Il n'existe donc pas de cadre de mesure de la performance pan-Canadien provenant du gouvernement fédéral. Par ailleurs, l'Institut Canadien d'Information sur la Santé a développé un cadre de classification des indicateurs de santé ainsi qu'un système public de mesure de la performance des hôpitaux du Canada : « the Canadian Hospital Reporting Project » (CHRP). Cet outil offre une évaluation de la performance à travers plusieurs dimensions ainsi qu'une comparaison entre les hôpitaux du Canada sur la base des moyennes provinciales. Simultanément, la majorité des provinces et territoires canadiens ont créé des conseils de la santé et de la qualité (Health Quality Council) qui ont pour mission de rendre public des mesures de la performance et aider à son amélioration. En revanche, le contenu de ces cadres ainsi que leurs modes de diffusion diffèrent de façon importante d'une province à une autre. En effet, le conseil de la qualité de la Saskatchewan a développé une interface web constituée de 60 indicateurs, mesurés au niveau des territoires sanitaires et mis à jour semestriellement. La majorité des autres provinces ont opté pour des

rapports annuels n'utilisant pas de plateforme web. Conjointement à ces développements, de nombreuses provinces, dont celle du Québec, ont construit des cadres de mesure de la performance interne au département ou au ministère de la santé en vue d'être utilisés comme outil de gestion visant l'amélioration continue du système et l'imputabilité en interne.

On retrouve cette préoccupation de la mesure de la performance des systèmes de santé au niveau international. En effet, quatre des plus grandes institutions mondiales, s'intéressant aux problématiques de santé, ont créé des cadres de mesure de la performance ayant pour objectif la comparaison entre les pays, l'amélioration de la qualité et des résultats de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé a proposé en 2000 (OMS, 2000) un cadre d'évaluation de la performance basé sur les objectifs des systèmes de santé. L'Organisation pour la Coopération et le Développement Économique (OCDE) a également élaboré un outil de mesure et de management de la performance basé sur celui de l'OMS (Hurst & Jee-Hughes, 2001). En 2006, l'OCDE ajoute un nouveau cadre d'analyse qui se concentre plus spécifiquement sur la qualité et les résultats de la prise en charge appelé « quality indicators project » (Kelley & Hurst, 2006). Cependant, ces trois cadres ont été très peu opérationnalisés et se concentrent principalement sur des enjeux conceptuels et méthodologiques liés à la mesure de la performance.

Deux autres organismes internationaux ont construit leur propre modèle. Premièrement, l'Institut d'Amélioration de la Santé (IHI) a constitué un modèle appelé le triple objectif (« Triple aim ») qui vise à optimiser le fonctionnement des systèmes de santé (IHI, 2009). Deuxièmement, le Commonwealth Fund (Commonwealth Fund, 2006) a développé un cadre de mesure de la performance ayant pour objectif autant d'aider à

l'amélioration de la performance que d'accroître la transparence et l'imputabilité. Des quatre modèles que nous venons de citer, celui-ci a été le plus opérationnalisé puisqu'il constitue le fondement conceptuel d'une interface web permettant de comparer les différents états américains sur la base de quatre dimensions de la performance (the Commonwealth Balancecard).

### C Pourquoi mesurer la performance ?

Les différents cadres de mesure de la performance n'ont ni les mêmes objectifs ni les mêmes cibles en termes de public. Certains, principalement les cadres de mesures internationaux et dans une certaine proportion les cadres nationaux développés par les ministères de la santé, cherchent à améliorer la performance et encourager l'atteinte de meilleurs standards d'efficacité, d'efficience, d'équité et de qualité (Buttler, 2000) en instaurant des stratégies d'amélioration continue basées sur la comparaison entre les établissements de soins (Helgason, 1997). L'utilisation du benchmark est centrale pour identifier les zones d'amélioration, identifier les meilleurs acteurs et transférer leurs pratiques (Helgason, 1997). Dans ce cas, les publics visés sont les autorités et les gestionnaires régionaux et locaux de santé. D'autres cadres visent un renforcement de l'imputabilité et de la transparence. C'est principalement le cas des modèles développés par les organes de contrôle interne aux ministères de la santé, tel que le « monitor » en Angleterre. Le but est de fournir à la population et aux utilisateurs du système de santé des informations. Pour les décideurs, la mesure de la performance permet de mieux réguler le système et de modifier les comportements des dispensateurs de services et de soins en reliant le niveau de performance avec des sanctions ou des incitatifs. Pour la population, de telles informations devraient

permettre d'orienter leur choix dans le système et les informer de l'utilisation des fonds publics. Enfin, on peut ajouter que ces outils de mesure sont parfois destinés, comme dans le cas de l'OCDE, à être des outils de gestion par la performance. Une telle perspective se base sur le « Balanced scorecard » développé par Norton et Kaplan (1996) qui constitue une des références en matière de mesure et de gestion ou pilotage par la performance des organisations. Les gestionnaires du système semblent être les plus concernés par ce type d'approche. Par ailleurs, certains de ces cadres de mesure sont utilisés à la fois pour promouvoir l'imputabilité et améliorer la performance tout en visant un public large de décideurs politiques, de gestionnaires et d'utilisateurs. C'est le cas des systèmes australien et anglais.

On retrouve ces distinctions empiriques que nous venons de faire dans la littérature scientifique traitant de la mesure de la performance. Selon Freeman (2002) et Davies (1998), les cadres ou indicateurs de mesure de la performance sont destinés à trois types d'utilisation : le contrôle interne ou externe, l'imputabilité et l'amélioration continue de la performance sur la base d'une évaluation formative. Afin de synthétiser ces différentes formes d'utilisation, Boland and Fowler (2000) ont construit une matrice. Cette matrice est élaborée autour de deux axes : les sources de contrôle (interne ou externe) et la nature des résultats de l'action : positive (évaluation formative) ou négative (évaluation sommative ou punitive).



Tableau 1 Matrice d'analyse des sources et résultats de l'évaluation (Boland, 2000)

	Action positive (Formative)	Action négative (sommative)
Contrôle Interne	1	3
Contrôle Externe	2	4

Dans le premier cadran, le système d'évaluation de la performance doit mener à l'implantation d'un système de management par la performance. Les mesures de performance sont donc utilisées pour analyser et comprendre la situation afin de l'améliorer. L'outil est élaboré et implanté à l'intérieur des organisations ou du système de santé. Dans le second cadran, c'est une autorité extérieure qui mène l'évaluation et rend public les résultats afin d'améliorer la performance. C'est la fonction des associations d'établissements de santé et des conseils pour la qualité et la santé. Dans le cadran numéro 3, le contrôle est interne et vise principalement à émettre un jugement sommatif accompagné de sanctions vis-à-vis des établissements de santé. Le cadre est élaboré et utilisé par le « centre » du système et l'appréciation de la performance est faite en fonction de cibles. Le contrôle, dans ce cas, aurait des conséquences négatives. Au Québec, les ententes de gestion se rapprochent fortement de ce type de mécanisme. Enfin, le dernier cadran représente un contrôle externe avec une visée punitive, visant le renforcement de l'imputabilité. Selon Boland (2000), ce type de cas de figure ne peut mener à une amélioration de la performance des organismes publics. On peut rattacher l'activité des conseils de santé et de la qualité à ce type de mécanisme. Néanmoins, la ligne de démarcation entre imputabilité et amélioration continue n'est pas toujours évidente et certaines institutions tentent de mener simultanément ces deux objectifs. Selon Freeman

(2002), ces deux activités seraient très différentes et ne feraient pas appel aux mêmes composantes. Les distinctions entre ces objectifs sont présentées dans le tableau 2.

*Tableau 2 Différences entre imputabilité et amélioration dans la construction et l'utilisation des indicateurs de performance (basé sur Freeman, 2002)*

	<b>IMPUTABILITÉ</b>	<b>AMÉLIORATION</b>
<b>Emphase</b>	Vérification et assurance Orientée vers la mesure	Apprentissage. Promotion de l'amélioration continue. Orientée vers le changement
<b>Objectif</b>	Contrôle et conformité	Amélioration, renforcement et construction des capacités individuelles et organisationnelles
<b>Logique</b>	Fournir une imputabilité externe et assurer la légitimité	Promouvoir le changement et améliorer la qualité de soins
<b>Démarche</b>	Imposée, Hiérarchique ou institutionnelle	Participative (soit dans l'élaboration des outils, sans dans leur amélioration, soit dans leur utilisation)
<b>Culture</b>	Comparaison afin de porter un jugement sommatif sur la qualité des soins.	Comparer afin de produire un jugement formatif et encourager l'amélioration. Transfert de connaissance
<b>Précision de la mesure</b>	Haute précision. Utilisation de statistiques pour identifier les différences réelles	Plus faible précision
<b>Épistémologie</b>	Empirique. Grande importance de la fiabilité et validité des données.	Interprétation. Utilisation d'autres sources de données afin de contextualiser les résultats Réflexivité sur les pratiques
<b>Type de mesure</b>	Résultat, niveau de production, accessibilité	Multidimensionnelle (structure-processus-résultat)

La question qui se pose à la lecture de ce tableau synthétisant les différences entre les deux approches est : peut-on poursuivre avec le même cadre ces deux objectifs ? D'un point de vue épistémologique et logique, il semblerait que ce ne soit pas le cas. Pourtant de nombreux cadres cherchent à concilier les deux, principalement en minimisant la culture du blâme véhiculée par la notion d'imputabilité.

### D Mesurer ou évaluer ?

Ce tableau soulève un autre élément associé au cadre de la performance, celui du processus d'interprétation des valeurs en vue de juger du niveau de performance. Cela ne peut se faire qu'en fonction d'une norme ou d'une comparaison inter-établissements ou entre pays. Eddy (1998) propose une autre typologie pour appréhender la performance basée sur la complexité des mécanismes de mesures et de comparaisons. Selon lui, il existe trois formes de mesure. La première est une description des effets des interventions sur les patients. Cela se résume à une simple étude d'effets. Dans ce cadre, on ne fait ni comparaison entre les organisations, les zones géographiques ou à travers le temps. Le second objectif est l'amélioration et la mesure de la performance. Pour ce faire, il est nécessaire d'instituer les mesures afin de permettre des comparaisons à travers le temps. Le dernier but est la comparaison à travers le temps, mais surtout entre les dispensateurs de soins. Ce type de comparaison est techniquement plus difficile à réaliser, car il faut s'assurer de la comparabilité des données. Cette typologie d'Eddy (1998) est basée sur une progression dans la complexité de la mesure de la performance. Eddy (1998) fait une distinction entre une mesure simple et la constitution de grilles d'interprétation et de jugement basées sur un processus de comparaison.

Il soulève en fait des aspects épistémologiques et méthodologiques qui avaient été ignorés : la mesure de la performance est-elle le monitoring d'une situation ou l'évaluation de celle-ci ?

Les cadres de mesure de la performance que nous venons de présenter ne répondent que très rarement à cette question, à l'exception de celui de l'OMS qui s'affiche clairement comme un outil d'évaluation. Pourtant, la notion de comparaison est omniprésente. Cette distinction entre mesure et jugement semble majeure, surtout dans l'utilisation du cadre de performance et des données produites. L'évaluation de la performance nécessite le développement d'une grille d'interprétation. En effet, des outils de mesures ne constituent finalement qu'un exercice de monitoring de la réalité auquel on ne propose pas de grille de lecture pour juger de sa performance. Il semble difficile de parler de performance sans proposer une grille de jugement. Dans ce cas l'outil ne sert plus uniquement à mesurer, mais à évaluer, soit porter un jugement de valeur sur la qualité d'une intervention ou d'un système (Brousselle, Champagne et al, 2009). Pour ce faire, il est nécessaire de développer des critères de mérites spécifiques pour le phénomène évalué et des niveaux de performance pour chacun de ceux-ci (Scriven, 2007).

Il semblerait donc qu'une lacune commune à de nombreux cadres de mesure ou d'évaluation de la performance soit l'absence d'une grille formalisée de jugement permettant de statuer sur la valeur ou la performance d'un système ou d'une organisation. Par ailleurs, la constitution d'un cadre d'évaluation de la performance soulève de nombreuses autres questions que nous allons explorer dans la prochaine section. En effet, la notion de performance est un concept flou, voire ambigu. Chacun des cadres que nous venons de présenter s'articule autour de dimensions distinctes et conçoit donc la performance

différemment. Ainsi, nous allons exposer avec plus de précision le contenu des différents cadres de mesure de la performance. Cela nous permettra d'en décrire les avantages et les limites, de dégager les enjeux théoriques et d'utilisation et de voir, finalement, comment le modèle EGIPSS, en tant que cadre d'évaluation de la performance, y répond.

## **II De la comparaison des cadres d'évaluation de la performance à l'établissement des enjeux liés à la mesure de la performance**

### À De multiples cadres d'évaluation de la performance

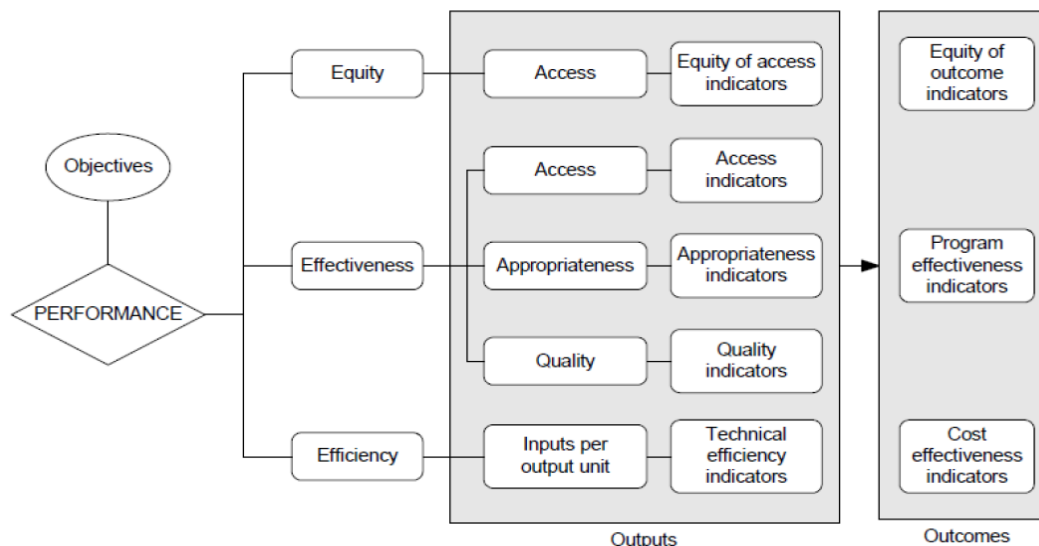
Dans cette section nous décrivons les différents cadres d'évaluation de la performance dont nous avons fait la présentation dans la partie précédente.

#### *A.1 Le cadre de mesure australien*

Dans le cadre d'une large réforme du système de santé en Australie, le conseil du gouvernement australien a créé une nouvelle autorité de santé, l'autorité nationale de la performance (National Health Performance Authority). Celle-ci a développé un cadre d'évaluation de la performance dont les objectifs sont d'améliorer la transparence et l'imputabilité en donnant au public l'accès à des données pertinentes incluant une comparaison de la performance des réseaux locaux d'hôpitaux et des unités cliniques, ainsi que l'instauration d'une dynamique d'amélioration de la performance (NHPA, 2011). Ce cadre ne s'intéresse pas à l'évaluation de l'état de santé de la population, mais plutôt à la performance du système de santé et aux résultats qui peuvent lui être directement attribuables. De ce fait, les déterminants de la santé des populations, tels que les habitudes de vie, l'environnement de vie ne figurent pas dans le modèle. En effet, la performance se mesure à

travers une combinaison de résultats de services dispensés et en fonction des résultats de santé de la population attribuable aux soins (NHPA, 2011). Ce cadre se nomme the RoGS (Report on Government services) et est constitué de trois grandes dimensions, l'équité, l'efficacité et l'efficience qui sont ensuite exprimées en terme d'activités et de résultats (figure 1). Ce cadre devrait être applicable à l'ensemble des établissements de soins tout comme à des programmes spécifiques. Il semblerait donc que les objectifs du système de santé, selon ce cadre de mesure, soient triples. Premièrement, l'efficacité des soins qui est mesurée par la mortalité hospitalière, la justesse et la sécurité ainsi que par l'expérience des patients. Deuxièmement, l'équité qui évalue la capacité du système de santé à rejoindre les exigences de groupes particuliers dans la société présentant des besoins spécifiques. Cette dimension est mesurée par des indicateurs d'équité d'accès et d'équité de résultats. Enfin, l'efficience qui renvoie à deux aspects, l'efficience technique marquant la capacité d'un système à optimiser la production de soins et services; l'efficience allocative représentant la capacité à produire les meilleurs résultats possibles avec les ressources disponibles.

Figure 1 RoGS: Cadre d'évaluation de la performance Australien



Toutes les mesures de performance attribuées à chaque établissement sont destinées à être comparées à travers le temps, à différents niveaux du système de santé et entre des groupes cibles. Ces comparaisons sont basées sur des standards permettant de comparer les résultats à une norme et donc de porter un jugement et fournir une grille d'interprétation aux utilisateurs.

#### *A.2 Le cadre de la performance du royaume-Uni*

Le Royaume-Uni a élaboré à la fin des années 90 l'un des premiers cadres d'évaluation de la performance des systèmes de santé appelé « Performance Assessment Framework » (Department of health, 1999). Ce cadre était composé de six dimensions : l'équité d'accès, la justesse des soins, l'efficience, l'expérience du patient, les résultats de santé et l'amélioration générale de la santé. Les récentes réformes ont entraîné l'implantation d'un nouveau cadre de mesure de la performance : « Operating Framework » (NHS, 2011), qui comprend un cadre spécifique de mesure des résultats, « the outcomes framework » (NHS, 2012), et d'autres dimensions permettant de mesurer la capacité du système à atteindre ses objectifs. Ce cadre se veut aligné sur les objectifs à long terme du NHS visant à renforcer la première ligne de soins en vue d'accentuer l'intégration systémique et de fait, replacer les patients au centre du système. Pour soutenir cela, l'emphase est mise sur l'innovation, la productivité et la prévention. Le cadre de mesure est principalement considéré comme un outil d'imputabilité puisque les dimensions et les mesures de la performance sont orientées vers les résultats du système et appréciées en fonction de cibles désignées par un organisme régulateur. Ainsi, le nouveau cadre est composé de trois grandes catégories : la qualité, les ressources et la réforme.

La catégorie qualité regroupe des mesures de résultats à travers cinq sections :

- La prévention de la mortalité prématurée correspondant à l'amélioration de l'état de santé de la population.
- L'amélioration de la qualité de vie des personnes présentant des maladies chroniques nécessitant des prises en charge sur le long terme. Cela correspond à la capacité du système à répondre aux besoins spécifiques de certaines populations.
- Aider les individus à se rétablir rapidement d'un épisode de soins ou d'une blessure. Cette dimension réfère à l'efficacité de la prise en charge
- S'assurer que les patients ont une expérience positive de leur prise en charge.
- Traiter et s'occuper des patients dans un environnement sécuritaire. Cela fait référence à la sécurité des soins.

Cette dernière section mesure l'amélioration de la santé de la population, l'ajustement du système, la continuité, l'efficacité, l'expérience des patients et la sécurité des soins.

La section sur les ressources n'est pas construite en fonction de domaines spécifiques. On retrouve de multiples indicateurs décrivant le niveau de ressources financières, humaines et matérielles ainsi que des indicateurs d'efficience et de productivité. Dans la section réforme, quatre sous-sections ont été développées, soit l'implantation de la réforme, la santé publique, les choix des patients et l'information au patient.

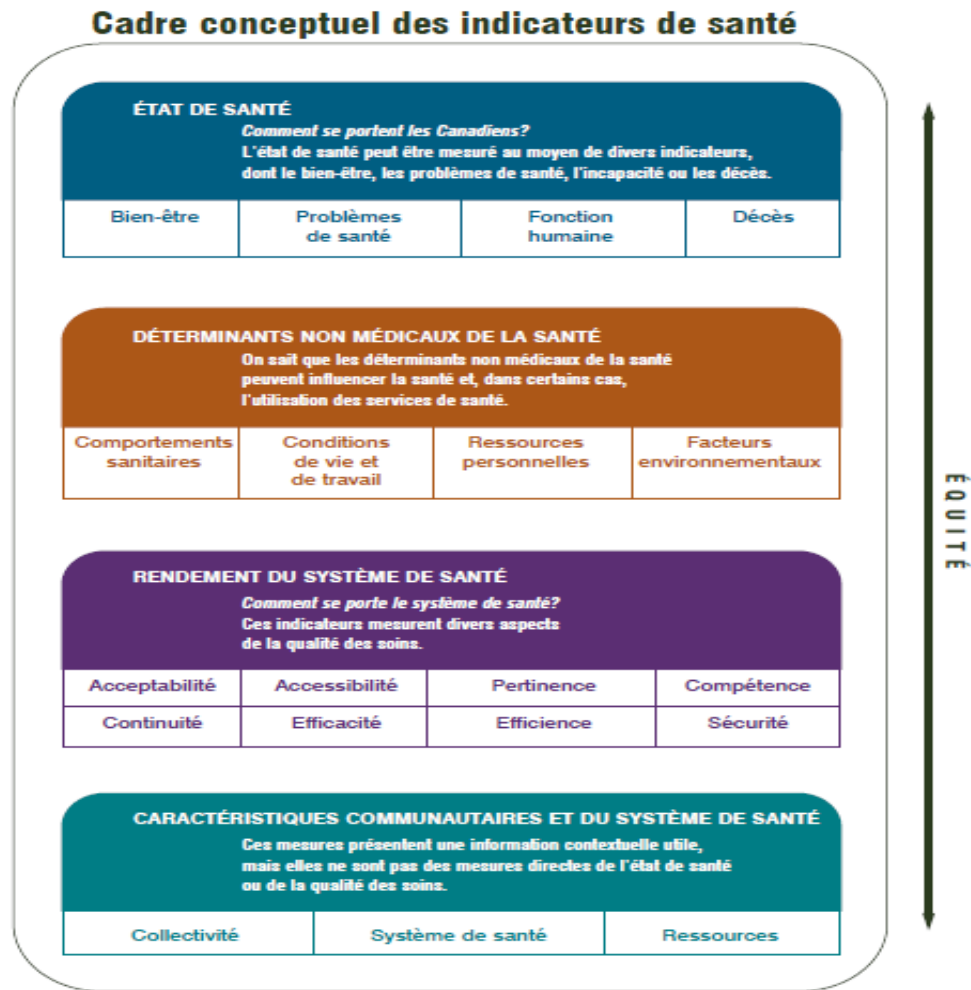


### *A.3 Le cadre de mesure canadien*

En 2000, l'Institut d'Information Canadien sur la Santé (ICIS) a proposé, en collaboration avec Statistique Canada, un cadre conceptuel d'évaluation de la performance des systèmes de santé dans le cadre de l'initiative du carnet de route : *lancer le processus* (figure 2). Ce modèle sert de base à la réalisation des rapports annuels sur les indicateurs de santé, rapports qui regroupent chacune des catégories du cadre conceptuel. La conception de la santé et du système de santé est large. En effet, ce cadre ne se limite pas au système de santé, mais inclut les déterminants non médicaux de la santé et l'ensemble des caractéristiques communautaires qui influencent l'état de santé de la population. Plus spécifiquement, ce cadre contient une section sur la mesure de la performance/rendement du système de santé. Cette dimension est composée de huit aspects relatifs à la qualité des soins : l'acceptabilité, l'accessibilité, la pertinence, la compétence, la continuité, l'efficacité, l'efficience et la sécurité.

En 2012, l'Institut Canadien d'Information sur la Santé a élaboré un outil de monitoring de la performance des hôpitaux à travers le Canada, the Canadian Hospital Reporting Tools (CHRP). Cet outil vise à favoriser la comparaison entre les établissements afin de promouvoir l'excellence et le transfert de connaissance, ainsi que l'imputabilité. Cet outil est composé de deux grandes dimensions, des indicateurs cliniques et financiers. La dimension clinique mesure l'efficacité, la justesse, l'accessibilité et la sécurité des soins. L'un des apports majeurs de cet outil découle des possibilités de comparaison inter-hôpitaux en fonction des moyennes de résultats par province et par groupes d'hôpitaux. De ce fait, une grille d'interprétation et de jugement est fournie.

Figure 2 Le cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS



#### A.4 Le cadre de mesure de l'Organisation Mondiale de la Santé

L'OMS a développé, au début des années 2000, un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé afin d'aider les gouvernements des états-membres à mesurer leur propre performance, comprendre les facteurs qui y contribuent et l'améliorer pour mieux répondre aux attentes de leurs administrés (Murray & Evans, 2003). L'une des premières réflexions de l'article de Murray & Frenk (2000) concerne les frontières du système de santé, de manière à définir les champs d'analyse et d'évaluation. Leur approche du système

de santé est large et se base sur le concept d'action de santé (Murray & Frenk, 2000) qui représente l'ensemble des actions qui ont pour premières intentions d'améliorer la santé humaine. Dès lors, toute politique publique visant à améliorer ou maintenir la santé de la population, telle que l'amélioration de la sécurité routière, entre dans le champ d'action, et donc dans l'analyse du système de santé.

Le cadre d'évaluation de la performance s'inscrit dans cette logique et apporte cinq contributions majeures : la clarification et l'établissement des buts intrinsèques et fondamentaux des systèmes de santé, l'élaboration d'un cadre commun pour analyser ces systèmes servant de référent pour accroître et assurer l'imputabilité, la constitution d'une approche équilibrée entre ces buts, apportant une réflexion multidimensionnelle (Murray, 2003) (figure 3).

Le cadre d'évaluation est constitué par rapport aux objectifs du système de santé. Le premier est l'amélioration globale de l'état de santé de la population et la réduction des iniquités de santé. Le second but est la réactivité du système, soit sa capacité à répondre aux besoins et aux attentes des individus. Encore un fois, le but n'est pas uniquement d'accroître le niveau de réactivité, mais également d'améliorer l'équité de distribution. Enfin, le dernier but est la distribution à travers la population de la contribution financière. En effet, celle-ci devrait être proportionnelle au revenu des ménages.

Figure 3 Cadre d'évaluation de la performance de l'OMS

**Table 1.1** Intrinsic goals to which the health system contributes

	<i>Level</i>	<i>Distribution</i>
Health	✓	✓
Responsiveness	✓	✓
Financial contribution		✓
	Quality	Equity

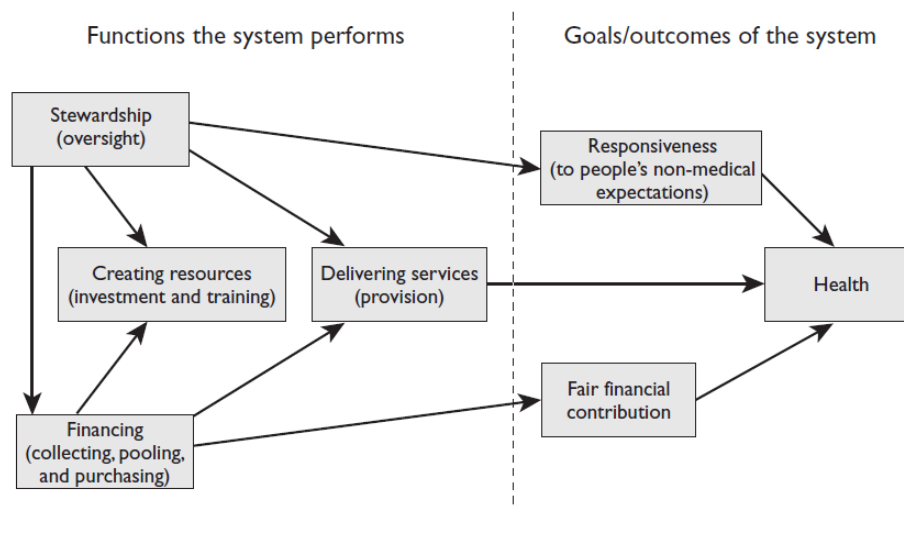
Ainsi, le cadre d'évaluation (figure 3) est composé de trois buts intrinsèques et de cinq composantes. Ces buts sont soutenus par quatre fonctions : le financement, le « stewardship », la création de ressources et finalement la dispensation de soins (figure 4)

Le financement réfère au processus de collecte de revenu et son allocation à des actions de santé. Cela comprend l'investissement dans les divers secteurs de la santé et le choix et le recrutement du personnel. La seconde fonction renvoie aux mécanismes de formation des professionnels et donc à la création de ressources humaines formées en adéquation avec les différents besoins de santé de la population. Le « stewardship » représente le mode de gouvernance du système de santé et donc la mise en place de mécanismes de régulation. Selon Murray & Evans (2003), cette fonction est la plus sous-estimée dans la majeure partie des systèmes de santé. Enfin, la dernière fonction est la dispensation de services, soit la production de soins et de services qui peut être représentée en termes de couverture de soins et de services auprès de la population ou des clientèles spécifiques.

Ce cadre a posé les bases d'importantes réflexions sur l'utilisation de l'évaluation de la performance comme outil d'amélioration des systèmes de santé et comme mécanisme d'imputabilité. Cependant, il a été peu opérationnalisé.

Figure 4 Des fonctions aux résultats

Figure 1.2 From functions to outcomes



### *A.5 Le cadre de l'OCDE*

En 2001, l'OCDE a également élaboré un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé basé sur celui de l'OMS (Hurst et Hughes, 2001). Cependant, même si ces deux institutions s'appuient sur des cadres relativement similaires, des différences majeures sont à signaler. Premièrement, l'approche prise par l'OCDE pour définir le système de santé est nettement plus étroite que celle de l'OMS. En effet, seules les activités reliées aux systèmes de soins sont incorporées. Cela influence, donc, la mesure des résultats, puisque les résultats du système de santé ou du système de soins ne peuvent être appréhendés sur les mêmes bases. Ainsi, seuls les indicateurs de résultats pouvant être directement attribuables au système de soins sont considérés.

Bien que s'accordant sur le fait que le cadre de mesure de la performance doit refléter les objectifs des systèmes de santé, l'OMS et l'OCDE ne les partagent pas tous. En effet, l'OCDE affirme que l'accessibilité doit être une composante du cadre et l'insère dans la même dimension réactivité. De plus, il ne considère pas uniquement la distribution des contributions au système de santé comme seul objectif, mais incorpore aussi le niveau de dépense. On constate également, dans la figure 5, que la dimension qualité est remplacée par l'efficience qui regroupe deux concepts, l'efficience micro-économique, correspondant au niveau de résultat et de réactivité atteint au regard de l'investissement; et l'efficience macro-économique, reflétant la capacité d'amélioration de ces résultats si l'on modifie le niveau de ressource.

Figure 5 Cadre d'évaluation de la performance de l'OCDE

	Average level	Distribution
Health improvement and outcomes (+)	✓	✓
Responsiveness and access (+)	✓	✓
Financial contribution/health expenditure (-)	✓	✓
	<b>Efficiency<sup>1</sup></b>	<b>Equity</b>

Ainsi, ce cadre permet de produire quatre séries d'indicateurs : des indicateurs de résultats, des indicateurs de réactivité, des indicateurs d'équité et des indicateurs d'efficience.

Ces indicateurs, à l'instar de l'OMS, ne sont pas agrégés afin de fournir un indicateur composite, mais présentés par dimension. De plus, comme le titre du document de l'OCDE l'indique, l'objectif est d'instaurer un management par la performance basé sur un cycle récursif, décrit par Nutley (1998) (cité par Hurst & Hughes, 2001), où la mesure et la conceptualisation de la performance permettent de produire des analyses entraînant une adaptation des mécanismes de gestion dont les effets seront mesurés par ce même système de mesure de la performance.

#### A.5 Le cadre du Commonwealth Fund

Le Commonwealth Fund a également proposé un modèle de mesure de la performance des systèmes de santé, principalement centré sur le système de santé des États-Unis (figure 6). Ce cadre a pour objectif de rendre publique la performance des différents états américains et des hôpitaux. De ce fait, la visée concerne l'imputabilité. D'ailleurs, cet

organisme a élaboré et mis en ligne, à disposition du public, un site permettant de comparer la performance des différents états américains sur la base des quatre dimensions. Ce modèle est donc déjà opérationnalisé et, surtout, il permet de porter un jugement sur la performance grâce au développement de « scorecards » ou des comparaisons (benchmark). L'originalité de cette démarche réside dans les critères de jugement basés sur des classements. En effet, chacun des états est classé en fonction de sa performance globale et par rapport à son score pour chaque dimension. Les résultats de chaque état sont ensuite comparés à la médiane des autres états, aux résultats des cinq meilleurs états et au meilleur état, offrant de ce fait un large éventail de comparateurs.

*Figure 6 Le cadre de mesure de la performance du Commonwealth fund*

**Figure 1. Core Goals and Priorities for Performance Improvement**



Le Commonwealth Fund définit le but ultime des systèmes de santé comme devant promouvoir une vie longue et productive. Pour ce faire, le système de soins de santé doit être performant dans quatre dimensions. Premièrement, la qualité des soins qui est subdivisée en quatre catégories : la justesse des soins, la sécurité, la coordination, les soins centrés sur le



patient. Deuxièmement, l'accessibilité qui réfère à la participation universelle, la protection financière et l'équité. S'ensuit l'efficacité. Enfin, la capacité du système à s'améliorer où l'on trouve plusieurs éléments épars, dont l'innovation, la structure d'information, le système d'éducation et la réactivité du système. Cette dernière dimension, probablement du fait de son étendue, n'a pas été opérationnalisée.

*A.6 Le cadre de l'institut d'amélioration du système de santé (Intitute of Healthcare Improvement, IHI).*

Cet institut propose un modèle visant à améliorer et optimiser les systèmes de santé. Le but n'est pas directement d'évaluer la performance, mais de fournir un cadre de réflexion pour la réorganisation des systèmes de santé, principalement celui des États-Unis, en vue d'atteindre les buts principaux du système (Berwick, Nolaan et al, 2008).

Ces buts correspondent aux dimensions mesurées par le modèle et sont au nombre de trois : l'expérience des patients, la santé de la population et le coût du système per capita (IHI, 2009b). L'objectif est d'améliorer simultanément ces trois composantes. Ce cadre d'utilisation est simple et son opérationnalisation est articulée autour d'une série d'indicateurs mesurant les résultats ultimes du système de santé (prévalence de certaines maladies chroniques, mortalité évitable, espérance de vie). Il permet également de connaître l'expérience des patients à travers un questionnaire adressé aux patients. Enfin, les mesures de coûts sont accompagnées d'indicateurs sur les taux d'utilisation (IHI, 2009). L'intérêt de ce modèle provient de quatre éléments. Tout d'abord, comme nous l'avons déjà mentionné, sa simplicité et faisabilité en termes d'opérationnalisation. Deuxièmement, il véhicule une conception particulière du système de santé. En effet, ce cadre ne représente pas uniquement

un outil adaptable à tout contexte et toutes les organisations de santé. Son application nécessite un engagement à orienter les structures, les fonctions et les processus du système en accord avec une vision spécifique du système de santé. Cette approche du système de santé développée par Berwick et al (2008) se veut plus centrée sur les patients et leur famille. Elle devrait s'accompagner d'une restructuration autour d'une première ligne forte et multidisciplinaire, basée sur une perspective populationnelle, visant un meilleur contrôle des coûts par une évaluation coût/bénéfice des interventions et un accroissement de l'intégration structurelle et informationnelle. Il ajoute que les systèmes devraient être conçus en fonction des besoins populationnels réels, si bien que l'unité de réflexion n'est plus la prise en charge individuelle, mais bien la population. Le troisième atout provient de sa perspective multidimensionnelle (Berwick, Nolan et al, 2008). En outre, il défend l'idée que les trois objectifs doivent être poursuivis simultanément, mais qu'ils doivent être équilibrés. Une emphase trop importante sur le contrôle des coûts aura forcément un impact négatif sur les autres dimensions. Enfin, Berwick (2008) conclut en affirmant que les réformes menant à une amélioration du système de santé sont connues et ne sont plus un enjeu technique ou organisationnel, mais bien une question politique.

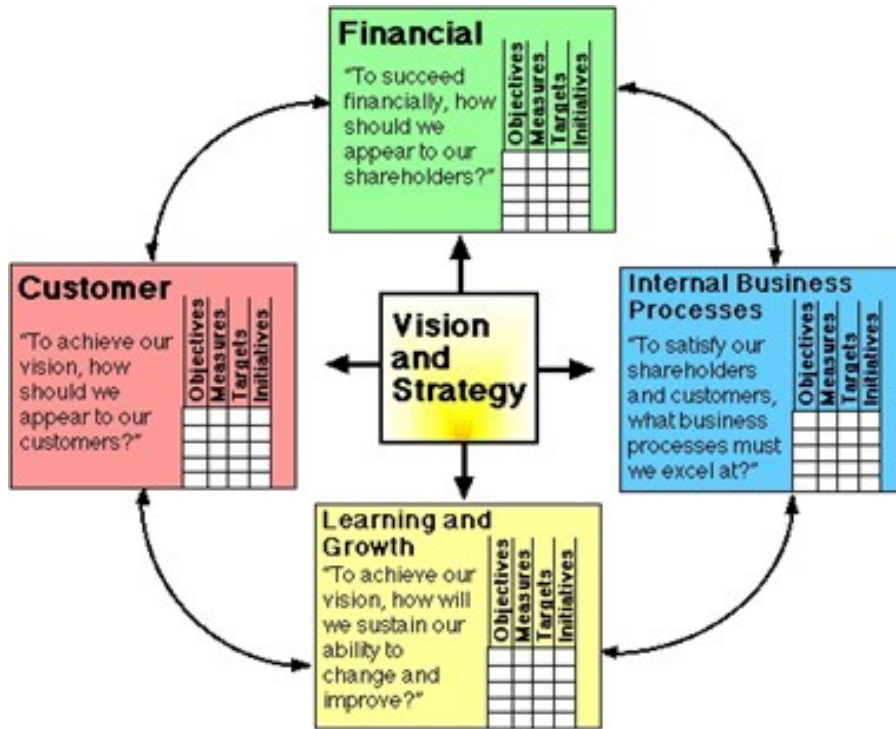
#### *A.7 Le balanced scorecard ou tableau de bord prospectif de Norton et Kaplan*

Norton & Kaplan (1996) ont proposé un système de mesure de la performance adapté pour les entreprises. Ce système allait au-delà du simple monitoring, mais représentait un système de gestion où la stratégie et la vision générale de l'organisation étaient au centre des réflexions. Celles-ci étaient ensuite adaptées en termes d'objectifs, de cibles et de mesures à chacune des quatre dimensions. Cette approche était extrêmement novatrice à l'époque pour

trois raisons. En effet, elle inclut une perspective multidimensionnelle de la performance, par laquelle les stratégies et les buts de l'organisation étaient retranscrits dans chaque dimension. Le système de mesure était constitué selon une chaîne causale permettant d'expliquer la relation entre les dimensions et la performance globale d'une organisation.

En effet, Norton & Kaplan (1996) appréhendent la performance comme étant relative à quatre dimensions : une perspective financière, une perspective clientèle, une perspective basée sur les processus internes et enfin l'apprentissage et la croissance (figure 7). La perspective financière, ainsi que la perspective clientèle sont deux approches classiques pour appréhender la performance dans les entreprises privées. Par contre, l'emphasis mise sur les deux autres dimensions constitue un changement dans la conception de la performance. Norton & Kaplan (2004) donnent une place centrale au processus opérationnel, ainsi qu'aux processus d'innovation et de régulation sociale pour expliquer la performance et l'atteinte des objectifs de l'organisation. Ceux-ci sont soutenus par la dimension apprentissage et croissance qui englobe les capitaux ou les ressources intangibles de l'organisation, c'est-à-dire le capital humain, le capital informationnel et le capital organisationnel. Plus important encore pour nous, ils mettent de l'avant l'importance de se soucier du niveau de motivation, de formation et d'adéquation au travail des employés. Enfin, la notion de chaîne causale, peu opérationnalisée dans leur ouvrage, renvoie au fait que chaque dimension et chaque élément, composant le modèle, sont reliés entre eux. De ce fait, si l'on veut analyser le niveau de bénéfice d'une organisation, cela ne peut se faire qu'en regard des autres dimensions.

Figure 7 Le Balance scorecard



Dans cette section, nous avons présenté de façon plus détaillée le contenu et les principaux objectifs des différents modèles internationaux et nationaux d'évaluation de la performance des systèmes de santé. La construction et l'opérationnalisation de ces cadres soulèvent des enjeux théoriques et d'utilisation qui ont été mis en exergue par la littérature scientifique. La prochaine section sera consacrée à ces enjeux.

## B Les enjeux de la mesure de la performance dans les systèmes de santé.

Plusieurs chercheurs ont décrit les exigences essentielles auxquelles doivent répondre les systèmes de mesure de la performance. En effet, Eddy (1998) soulève quatre questions préalables à l'élaboration de ce type d'outil :

- À quel niveau du système de santé s'applique le système de mesure de la performance?
- À qui s'adresse le système de mesure de la performance ?
- Quelles sont les dimensions de la performance
- Quels sont les types de mesure ?

Papanicolas & Smith (2010) décrivent, également, une série de conditions et de critères à déterminer avant la conception d'un modèle d'évaluation de la performance :

- Quel est l'objectif du cadre d'évaluation de la performance ?
- Comment ce cadre conceptualise les frontières du système de santé ?
- Comment ce cadre conçoit les objectifs du système de santé ?

Nous allons proposer dans cette section une typologie permettant de synthétiser et de répondre à ces questions. Cette typologie est composée de deux grandes sections : les enjeux théoriques et les enjeux d'utilisation. Nous n'aborderons pas dans cette partie les enjeux méthodologiques liés à la conception ou au choix des mesures de la performance. Cet aspect sera traité dans la partie IV sur l'opérationnalisation du modèle logique.

## *B.1 Les enjeux théoriques de l'évaluation de la performance*

### *B.1.a Quels sont les objectifs des cadres d'évaluation de la performance ?*

Dans la première section, nous avons montré que les deux objectifs principaux étaient l'accroissement de l'imputabilité ou l'amélioration de la performance. Le second élément était parfois soutenu par la mise en place d'un système de gestion ou de pilotage par la performance.

Ainsi, les cadres développés par l'OMS et l'OCDE sont présentés comme des outils d'évaluations devant permettre l'amélioration de la performance. Cela signifie, comme l'OCDE le décrit dans son rapport (Hurst & Hughes, 2001), que le cadre d'évaluation de la performance constitue un outil essentiel à la mise en place d'une gestion par la performance. Il doit permettre de constater l'impact des réformes visant l'amélioration du fonctionnement du système de santé. Le cadre de l'IHI a été construit, avant tout, dans l'optique d'une amélioration de la performance des systèmes de santé et de la promotion de certaines réformes visant une meilleure intégration et un renforcement de la première ligne de soins. Le cadre du Commonwealth Fund, de par son opérationnalisation, semble principalement destiné à accentuer l'imputabilité et la transparence auprès de la population des États-Unis. Les cadres anglais et australien semblent viser un double objectif, à la fois l'amélioration de la performance et l'accroissement de l'imputabilité des dispensateurs de soins autant vis-à-vis de la population que de leur supérieur, même si l'accent est principalement mis sur l'imputabilité. Enfin, le cadre canadien est principalement destiné à l'imputabilité, mais peut, par la présence d'une grille d'interprétation et de jugement des résultats, permettre une utilisation plus opérationnelle en vue d'améliorer dans la performance des hôpitaux.

### *B.1.b Comment définir le concept de performance ?*

Il existe un flou concernant la définition du concept de performance dans la littérature. Neely (2005) a mené de nombreuses études sur le concept de performance dans le monde industriel. Elle présente, dans un de ses récents articles (Neely, 2005), un historique de cette notion. Elle avance que les considérations sur la mesure de l'activité des entreprises, ainsi que le choix des dimensions à mesurer ont toujours été un enjeu. Au départ, les mesures se concentraient principalement sur des aspects financiers et des volumes de production. Ces mesures ne permettaient ni de prendre des décisions stratégiques appropriées ni de réellement apprécier l'activité d'une organisation. Dès 1954, Drucker (cité par Neely, 2005), dans son livre « The Practice of Management », introduit l'idée que les dimensions ainsi que les mesures doivent être équilibrées entre les différents domaines de fonctionnement d'une organisation ; la productivité, l'innovation, les ressources physiques et financières ainsi que la profitabilité. Soixante ans plus tard, cette idée d'équilibre est toujours sous-exploitée et il semble que de nombreux cadres de mesure de la performance n'aient pas abondé dans ce sens. Dans l'industrie, la définition la plus communément utilisée de la performance est liée au rendement des entreprises et à l'atteinte des objectifs stratégiques. En effet, selon Lorino (1997 :179) « est performance dans l'entreprise tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à atteindre les objectifs stratégiques ». Ce qui revient à dire qu' « est performance dans l'entreprise tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à améliorer le couple valeur-coût (à contrario, n'est pas forcément performance ce qui contribue à diminuer le coût ou à augmenter la valeur, isolément) » (Lorino, 1997 :18). Ainsi, la performance dans ce cas se conçoit principalement sous une perspective financière et stratégique.

On retrouve les mêmes préoccupations conceptuelles dans le domaine de la santé. En fait, il n'existe pas de définition acceptée et commune de la performance. Adair, Casebeer et al (2006) va plus loin en affirmant que la performance est relative au contexte, car elle est ancrée dans l'écart entre la situation mesurée et celle qui devrait exister. Néanmoins, la performance a principalement été abordée comme étant synonyme de la qualité des soins et des résultats de la prise en charge. Par exemple, l'Institut de médecine définit la performance comme « le degré par lequel les services de santé améliorent les résultats de santé autant au niveau individuel que populationnel, cela au regard de la connaissance scientifique en vigueur » (cité par Lied, 1999 :394).

Eddy (1998) abonde dans le même sens en définissant la performance en fonction des résultats que l'on peut attendre d'une prise en charge. Pourtant, la notion de performance transcende celle de qualité puisqu'elle inclut aussi l'accès, la satisfaction des usagers, voir les valeurs du système (Lied, 1999). Lied (1999) propose une définition de la performance. En effet selon lui, "high performance is the provision of cost/effective, high quality and appropriately accessible health services that involve inputs and outcomes that satisfy the patient" (Leit, 1999:395).

La définition de Lied (1999) rejoint l'injonction de Drucker. La performance est composée de plusieurs dimensions qu'il faut simultanément prendre en compte. Les objectifs du système de santé doivent être appréhendés en fonction de ses différentes dimensions. Dans les cadres d'évaluation ou de mesure que nous venons de présenter, le concept de performance n'est jamais explicitement défini. De même, la notion de jugement ou de grille d'interprétation des résultats est rarement explicitée. Pourtant, le terme performance inclut dans son essence



une idée de jugement. La production de ce jugement n'existe que par la comparaison, soit à d'autres organisations, soit à des normes ou des standards servant de référentiel. Ainsi, il faut considérer le concept de performance selon un double angle, son contenu et la grille de lecture ou d'appréciation de son contenu. Cette question du jugement semble relativement délaissée et peu conceptualisée dans la littérature.

Ainsi, la poursuite de notre travail impose de choisir une définition du concept de performance qui orientera nos choix conceptuels et méthodologiques. Dans cette thèse, la performance sera abordée comme un construit multidimensionnel qui permet aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques d'un système, d'une organisation ou d'un programme (Contandriopoulos et Champagne, 2011). Deux questions découlent directement de cette affirmation : qu'elles sont les différentes dimensions composant la performance et comment justifier leur choix ?

### *B.1.c Quelles dimensions constitutives du cadre d'évaluation de la performance ?*

Dans leur revue de la littérature sur les cadres d'évaluation de la performance, Papanicolas & Smith (2010) font la distinction entre cadres d'analyse du système de santé et cadres d'évaluation du système de santé. Le premier est un outil conceptuel permettant de décrire le fonctionnement du système de santé, ses objectifs, structures et processus, tandis que le second est un outil opérationnel qui dresse un portrait de la performance. Par ailleurs, les cadres d'analyse peuvent être utilisés comme base pour l'élaboration d'un modèle d'évaluation de la performance, par contre l'inverse n'est pas possible. En outre, il apparaîtrait que peu de cadres d'évaluation de la performance soient ancrés et construits en fonction d'un

modèle d'analyse des systèmes de santé. Ainsi, la plupart des modèles présentés manquent de robustesse théorique. Pourtant de nombreux auteurs, dont Long (1994) ou Donabedian (1973) ont modélisé les systèmes de santé afin de les analyser, offrant des bases théoriques à la conception de ce type d'outil. De plus, le choix des différentes dimensions semble contestable, car elles ne couvrent pas l'ensemble des éléments du système de santé, ni même l'ensemble des éléments nécessaires pour mener une évaluation. En effet, les dimensions se concentrent principalement sur des produits et des résultats négligeant les intrants et les structures (Donabedian, 1980). Dès lors, on peut s'interroger sur la validité de contenu de ces modèles.

Couvrent-ils l'ensemble des dimensions nécessaires pour représenter de façon adéquate la performance et ainsi porter un jugement valide sur le système de santé?

On constate dans le tableau 3 que les mesures de la performance concernent principalement la qualité des soins (justesse, sécurité), l'accessibilité, les résultats de santé et les coûts du système. Dans leur revue de la littérature, Adair, Simpson et al (2006b) concluent également que la majorité des cadres s'intéressent surtout aux résultats et au processus à l'intérieur desquels certaines composantes de la qualité sont dominantes (Davies, 1998, Lied, 1999). Adair, Simpson et al (2006b) critiquent cette approche, car elle représente uniquement des listes d'indicateurs ou de domaines. Ils pensent que les cadres d'évaluation devraient être plus complexes et inclure différents domaines ou secteurs du système de santé, ainsi que diverses dimensions afin de prendre en compte les multiples perspectives des parties prenantes.

Tableau 3 Comparaison des dimensions constitutives des différents cadres d'évaluation de la performance

	Royaume- Unis	Canada (ICIS)	Commonwealth Fund <sup>2</sup>	OMS	OCDE	Australie	EGIPSS
<b>Accessibilité</b>	*	*	*		*	*	*
<b>Justesse des soins</b>	*	*	*			*	*
<b>Expérience des patients/ Humanisme</b>	*		*	*		*	*
<b>Sécurité</b>	*	*	*			*	*
<b>Globalité</b>							*
<b>Continuité des soins</b>		*				*	*
<b>Productivité ou efficacité technique</b>	*					*	*
<b>Viabilité</b>	*					*	*
<b>Disponibilité des ressources</b>	*						*
<b>Coûts et dépenses</b>	*			*	*		*
<b>Efficacité populationnelle</b>	*		*	*			*
<b>Efficacité</b>		*			*	*	*
<b>Efficience</b>		*	*	*		*	*
<b>Équité</b>			*	*	*		*
<b>Ajustement aux besoins de la population</b>							*
<b>Compétence</b>		*					*
<b>Innovation</b>			*			*	*
<b>Qualité de vie au travail</b>							*
<b>Satisfaction de la population</b>							*
<b>Maintien des valeurs</b>							*

À la lecture de ce tableau, on constate que la viabilité du système, sa capacité d'ajustement aux besoins de la population, la satisfaction de la population et finalement la qualité de vie au travail, ainsi que le consensus sur les valeurs sont des dimensions absentes de tous les cadres, exception faite du modèle EGIPSS. Ce sont ces deux derniers aspects, abordés comme une fonction à part entière de la performance par le modèle EGIPSS, qui sont au centre de la création du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* que nous présentons dans cette thèse. Comme nous le verrons dans partie III de ce document, ces deux aspects ont une influence majeure sur de nombreuses dimensions de la performance des systèmes de santé. Ainsi, le modèle EGIPSS répond à une lacune des systèmes d'évaluation contemporains, soit un manque de validité de contenu.

Cependant, certains cadres de mesure de la performance au niveau provincial, développés soit par les ministères, soit par les conseils de la qualité, incorporent des mesures de la qualité de vie au travail. En effet, les provinces de l'Alberta (AHS, 2011), de la Colombie Britannique (2009), de l'Ontario (HQO, 2011) et de l'île du Prince Édouard (PEI, 2009) présentent quelques indicateurs de performance reliés à cette dimension. Néanmoins, aucun de ces cadres n'offre une conceptualisation, à travers un modèle logique, de cet aspect, ni même une tentative d'explication de l'influence de ces aspects sur les autres dimensions de la performance.

### *B.2 Les enjeux d'utilisation des cadres d'évaluation de la performance*

Les enjeux d'utilisation semblent avoir été assez peu abordés dans les différents cadres de mesure de la performance que nous avons présentés. De même la littérature scientifique n'est pas abondante sur ces questions spécifiques. Nous regroupons dans cette question

plusieurs thématiques : le type d'audience visée, le niveau d'implantation, la constitution d'un jugement évaluatif et finalement la relation entre les dimensions de la performance.

### *B.2.a Quels niveaux d'application et pour quels auditoires ?*

L'audience visée par les cadres d'évaluations de la performance varie en fonction des objectifs de ceux-ci. En effet, l'objectif d'accroissement de l'imputabilité s'adresse habituellement à deux types de public, interne ou externe au système de santé. Le public externe représente les citoyens alors que le public interne fait référence aux gestionnaires et décideurs des différents paliers de gouvernance et aux députés. Concernant l'amélioration de la performance, trois paliers sont concernés : celui des décideurs politiques, celui des autorités régionales et enfin les gestionnaires à l'intérieur de l'organisation.

À travers ces trois types d'acteurs, on retrouve les trois grands niveaux d'applications possibles d'un cadre d'évaluation de la performance. En effet, Butler (2000) définit trois niveaux possibles de développement de mesures de la performance : le système, l'organisation ou l'individu. Selon Adair, Casebeer et al (2006), il existerait quatre niveaux, le niveau international, soit une comparaison des systèmes de santé ; le niveau du système ou la mesure de la performance nationale ou régionale ; le niveau de l'unité ou du programme ; et enfin le niveau individuel, qui mesure la qualité et l'efficacité de la prise en charge et de l'interaction entre le patient et le dispensateur de soins. Finalement, pour Contandriopoulos et Champagne (2011), l'évaluation de la performance concerne en fait quatre niveaux : les systèmes de santé dans leur ensemble, les systèmes régionaux de santé, les réseaux locaux ou les établissements de santé et enfin les programmes ou services spécifiques. L'enjeu de l'application à chacun de ces niveaux découle du choix des mesures et de la capacité de celles-ci à répondre aux besoins

de l'auditoire de chacun de ces niveaux. Il est évident qu'au niveau national les mesures doivent être parcimonieuses, mais suffisamment larges pour donner un portrait complet du niveau de performance du système de santé. Par ailleurs, plus on se rapproche du niveau programmatique, plus la mesure doit devenir fine et représentative des unités évaluées. Ainsi, le nombre de mesures aura tendance à augmenter afin de fournir suffisamment de données pour comprendre et analyser la performance.

*B.2.b De la constitution d'une grille d'interprétation ou comment porter un jugement*

Comme nous l'avons mentionné, le concept même de performance, par essence, véhicule l'idée d'appréciation d'un objet ou d'une intervention. Cela renvoie à l'acte de porter un jugement sur la qualité de cet objet ou de cette intervention. Cela nécessite l'élaboration d'une stratégie d'analyse et d'interprétation explicite des résultats. Il semblerait que la plupart des cadres de mesure ou d'évaluation en soient dépourvus, à l'exception du Commonwealth Fund, du cadre britannique ou de l'outil CHRP développé par l'Institut Canadienne d'Information sur la Santé. En effet, ces systèmes comparent les résultats sur la base de moyennes nationales, parfois régionale. Cependant, l'utilisation d'un seul comparateur semble insuffisante pour juger et interpréter la performance. La constitution de groupes d'établissements présentant des critères structurels ou populationnels communs semblerait plus opportune afin d'offrir une base de comparaison plausible et valable. De plus, un effort devrait être mené afin de constituer des normes permettant de s'assurer d'un comparateur stable.

La question de la création d'une grille de jugement est un enjeu autant dans une perspective d'imputabilité que d'amélioration de la performance.

### B.2.c De la relation entre les dimensions ou les indicateurs de performance

Quelles relations lient les différents éléments composant les cadres d'évaluations de la performance ?

Aucun cadre d'évaluation de la performance n'aborde clairement la question des relations causales entre les dimensions de la performance. Pourtant de nombreuses études scientifiques se sont attachées à expliquer les différents phénomènes, l'accessibilité, la sécurité des soins, l'efficacité des soins, qui composent les modèles que nous analysons. Cette lacune semble majeure, car l'amélioration de la performance nécessite la compréhension des phénomènes et l'analyse des relations entre les composantes du système des soins pour savoir comment agir. Cet aspect est donc un enjeu de cette thèse. En effet, nous désirons proposer un modèle logique qui montre les relations entre les différentes composantes du *maintien des valeurs*, mais aussi avec les autres dimensions du modèle. Ceci permettra dans un premier temps de justifier le choix de ces composantes en démontrant la force et l'évidence du lien et deuxièmement, dans une perspective d'utilisation, cela devrait permettre une application directe à la gestion du système, des organisations ou des programmes.

Cette section avait un double objectif, premièrement contextualiser et présenter le concept de performance à travers les cadres de mesure en vigueur dans les différents systèmes de santé ; deuxièmement de dégager les enjeux théoriques et d'utilisation centraux à la création et l'implantation d'un cadre d'évaluation de la performance. Nous retiendrons que la mesure du *maintien des valeurs* ou de dimensions s'en approchant est absente ou sous-estimée

dans la plupart des cadres d'évaluation ou de mesure de la performance. De plus, l'utilité du modèle logique pour différentes audiences, pour les décideurs du système de santé et les gestionnaires, sera dépendante du potentiel analytique de celui-ci, découlant de sa capacité à démontrer les relations entre les dimensions et à fournir un contexte permettant d'interpréter les données. Concernant la création d'un modèle plus large d'évaluation des systèmes de santé, on constate que l'une des lacunes essentielles de la plupart des autres cadres est l'absence d'assise théorique robuste sur laquelle construire le modèle. Afin d'éviter cet écueil, le modèle EGIPSS a été conçu à partir d'une théorie sociologique : la théorie générale de l'action sociale de T.Parsons. Le prochain chapitre s'attache à présenter les bases théoriques de celle-ci et son application au modèle EGIPSS.



## **Chapitre 2 : DE L'APPLICATION DE LA THÉORIE GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE DE T.PARSONS À L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

T.Parsons est un sociologue américain ayant vécu au 20e siècle. Il a été fortement influencé par les grands sociologues et psychologues européens durant l'écriture de sa thèse en Allemagne à Heidelberg. Son travail portait sur la synthèse des approches théoriques de Weber, Durkheim et Pareto qu'il voyait comme éminemment complémentaires afin d'expliquer l'action sociale. Ceci a servi de base à son projet intellectuel qui était la création d'une théorie unique et explicative de l'action sociale.

### **I Parsons ou la création d'une ambitieuse théorie générale de l'action sociale**

Il analyse l'action sociale, tout comme la société, comme des systèmes composés de structures, de processus et de fonctions. Tout au long de son œuvre, la question de la culture et des valeurs a une position centrale. En effet, la question de la significativité de l'action et de l'orientation de l'action à partir de modèles culturels, ou plus précisément des valeurs, est au centre de son œuvre, autant pour expliquer l'action sociale, le fonctionnement des systèmes que la structuration de ceux-ci (Parsons, 1951a). Les valeurs et les modèles culturels contraignent l'action et fournissent un sens à celle-ci, tout en représentant des structures fondement des systèmes d'action. En outre, tout système doit maintenir et assurer la cohérence des modèles culturels et des valeurs afin d'assurer un fonctionnement adéquat et équilibré du

système d'action. L'œuvre de Parsons est vaste, si bien que cette synthèse est basée sur certains de ses ouvrages, et sur un livre de Rocher (1988) résumant l'œuvre de Talcott Parsons. Cette partie consacrée à la théorie de Parsons suit son cheminement intellectuel. En effet elle débute par sa conception de l'action sociale, qui l'a amené à une approche systémique de celle-ci qu'il a expliquée à travers les concepts de structures, de fonctions et de processus. Finalement, nous concluons cette section par une synthèse du travail de Parsons sur les concepts de valeurs et de systèmes culturels qui sont les aspects centraux pour le développement du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*.

#### A La notion d'action sociale

Parsons évite d'assimiler l'action sociale aux conduites individuelles. Selon lui, l'action sociale comprend tout type de conduite humaine, individuelle ou collective, qui est motivée et guidée par des significations que l'individu découvre, dans le monde extérieur. Plus spécifiquement, l'action est un comportement orienté vers des fins, des buts ou des états anticipés; elle se déroule dans des situations; elle est réglée par des normes; elle implique une dépense d'énergie ou une motivation (Parsons, 1951a :4-5). Cependant, au regard de l'ensemble de l'œuvre de Parsons, on peut aisément affirmer que cette définition est partielle, puisque d'autres propriétés s'ajoutent à celles mentionnées. En effet, l'action sociale est a) symbolique orientée par des valeurs alimentant la subjectivité individuelle, b) intentionnelle puisqu'elle est orientée vers des fins, c) en situation, car elle prend forme dans un contexte social spécifique d) systémique, car l'action sociale n'existe que dans l'interaction entre les individus (Parsons, 1951a, 1973a, 1973b).

Ainsi, « action has an orientation when it is guided by the meaning which the actors attach to it in its relationship to his goals and interests » (Parsons, 1951a: 4). Les orientations impliquent des objets vers lesquels orienter l'action. Ceux-ci peuvent être non-sociaux (objet physique ou ressources culturelles accumulées) ou des objets sociaux (acteurs et collectivités). L'orientation vers des objets est rendue possible par « une discrimination cognitive » renvoyant à un processus d'évaluation basé sur les valeurs. Celles-ci servent à distinguer, tester et sélectionner des situations en vue d'orienter l'action par rapport à des objets sociaux. Par ailleurs, Parsons ajoute que l'action doit être appréhendée comme un processus subjectif propre à chaque acteur. L'analyse et la compréhension de celui-ci nécessitent de pénétrer le point de vue du sujet qui agit et donc de déchiffrer les perceptions et signification de celui-ci (Parsons, 1951a).

Deuxièmement, l'action humaine est intentionnelle et volontaire, car elle vise l'atteinte de buts particuliers par la mobilisation de moyens. Dès lors, il ajoute à la perspective symbolique que toute action est tournée vers la recherche d'un intérêt.

L'intentionnalité des actions se fait dans un contexte. L'action n'est donc jamais simple ou isolée. En outre, elle est située, soumise à des conditions. Ces conditions sont contextuelles reliées à l'environnement physique, mais aussi à la confrontation avec les autres acteurs. Par conséquent, l'action humaine présente toujours le caractère d'un système d'action défini comme « une pluralité d'acteurs individuels inclus dans un processus d'interaction qui se déroule dans une situation affectée de propriétés physiques. Ces acteurs sont motivés selon une tendance à rechercher un « optimum de satisfaction », et leur situation est définie et médiatisée par un système de symboles, organisé par la culture à laquelle il participe »

(Parsons, 1951b : 3). Ces interactions perpétuelles constituent un système complexe de rapports sociaux.

Ainsi, l'action se définit d'abord par sa significativité et les valeurs ou orientations valorielles (value-orientations) qui y sont associées. Elle s'interprète à partir de la subjectivité de l'acteur, c'est-à-dire à partir de la perception qu'il a de son environnement, des sentiments qui l'animent et des idées qui l'habitent, des motivations qui le font agir et des réactions qu'il a à sa propre action. Cette significativité existe par rapport à une situation et dans un système d'interaction entre de multiples acteurs.

### B L'action sociale appréhendée comme un système d'action

Le système d'action sociale se présente comme un ensemble d'unités-actes d'acteurs en interaction que l'on peut déconstruire pour analyser l'action sociale. Cette interdépendance entre les unités-actes est l'essence du système d'action. Par ailleurs, ces ensembles d'unités-actes sont imbriqués formant un système, lui-même enchevêtré dans des systèmes plus larges. Dès lors, il existe un système d'action global qui est divisé en sous-systèmes présentant les mêmes propriétés. De ce fait, on comprend que la théorie de Parsons présente plusieurs niveaux d'abstraction et d'application. Dans son œuvre deux systèmes semblent avoir principalement attiré son attention, le système d'action et le système social. Ces deux systèmes présentent les mêmes éléments clés les caractérisant : des structures, des fonctions et des processus qui réfèrent aux mécanismes d'échanges entre ces fonctions. Cependant, le niveau le plus concret, celui auquel il est possible de mener des études empiriques, est celui du système social. Ainsi, le modèle EGIPSS est, selon l'approche Parsonienne, implanté au niveau du système social.

### B.1 Les structures du système d'action sociale.

Les unités d'un système et le système d'action lui-même se caractérisent par certaines modalités d'organisation insufflant une stabilité à l'ensemble du système, servant de point de référence à celui-ci. Ainsi, la structure représente un ensemble de relations sociales stables où les échanges sont soumis à des règles et des normes. Ainsi, chaque acte à l'intérieur de cette structure doit être analysé en fonction de l'ensemble. Ces actes ne prennent leur sens qu'à travers le référent que représente la structure d'action construite autour d'un ensemble de normes sociales procurant un sens à l'action. La viabilité des contraintes structurelles et institutionnelles n'est rendue possible que par le processus d'intériorisation des règles, des rôles et des normes issues de la socialisation des individus, à l'intérieure d'une collectivité. Cependant, la notion de structure des systèmes d'action sociale semble avoir évolué dans l'œuvre de Parsons. En effet, dans *Toward a General Theory of Action* (1951), il décrit des variables structurelles ancrées dans les modèles culturels du système d'action qui contraignent l'action. Par contre, dans son ouvrage *Sociétés : essai sur leur évolution comparée* (1973), il décrit quatre catégories structurelles directement reliées aux quatre fonctions de tout système d'action, dont l'une, les valeurs, semble incorporer les variables structurelles.

Parsons (1951a) a tenté, dès le début de ses recherches, d'isoler et de décrire un ensemble de variables qui sont des structures communes à l'action. Selon, lui, quelque soit le système, l'individu serait face à cinq dilemmes ou choix qui structurent son action afin que celle-ci ait un sens (Parsons, 1951a). Ces variables (pattern variables) sont des arrangements qui structurent toutes les actions. Ainsi, l'individu doit choisir entre :

- affectivité et neutralité affective

- orientation vers la collectivité et orientation vers soi
- universalisme- particularisme
- qualité ou accomplissement
- spécificité ou diffusion.

Dans d'autres ouvrages, Parsons (1973a) introduit la notion de catégories structurelles, au nombre de quatre : les valeurs, les normes, les collectivités, les rôles. Chaque catégorie structurelle est reliée à une fonction du système d'action. Les valeurs ont un rôle prépondérant dans le maintien des modèles d'un système social. Les normes permettent d'intégration, car elles régulent la variété des processus du système. La fonction de la collectivité est d'atteindre les objectifs du système. Finalement, le rôle remplit une fonction d'adaptation.

On constate que, quelle que soit l'approche choisie par Parsons, les concepts de valeurs et de modèles culturels sont centraux dans la conduite de l'action et la structuration des systèmes d'action.

### B.2 Les fonctions du système d'action sociale.

Les fonctions décrites par Parsons permettent de mener une analyse fonctionnelle référant à l'existence des conditions requises, des besoins élémentaires pour le déroulement de l'action. Ainsi, les fonctions permettent de décrire les conditions satisfaisantes d'un système d'action (Bourricaud, 1955). Il existe quatre fonctions au système d'action qui sont les suivantes :

- 1) Tout d'abord, l'*adaptation* représentant l'ensemble des unités-actes qui servent à établir des rapports entre le système d'action et son milieu extérieur. Tel que défini par Parsons, le

milieu extérieur au système d'action est généralement un autre ou plusieurs autres systèmes, qui peuvent être des systèmes d'action ou de non-action. « L'adaptation consiste à aller puiser dans ces systèmes extérieurs les diverses ressources dont le système a besoin, à offrir en échange des produits qui proviennent du système lui-même et à aménager et transformer ces ressources pour les faire servir aux besoins du système » (Rocher, 1988 :48). Cette fonction permet au système de s'adapter à son environnement et ses contraintes, mais aussi de modifier celui-ci.

- 2) La fonction de *poursuite des buts* constitue la deuxième dimension de tout système d'action. « Parsons classe dans cette catégorie toutes les actions qui servent à définir les buts du système, à mobiliser et gérer les ressources et les énergies en vue de l'obtention de ces buts et à obtenir finalement la gratification recherchée. » (Rocher, 1988 :48).
- 3) La troisième fonction dite d'*intégration* renvoie à la capacité d'un système à intégrer et à contrôler toutes les parties le composant. Cela permet de maintenir la coordination entre les parties et d'inhiber les déviations. (Rocher, 1988).
- 4) Enfin, la dernière fonction renvoie au système culturel des systèmes sociaux. Il l'appelle *Latence* ou *Maintien des modèles* (pattern-maintenance) (Parsons, 1951a, 1956). Selon Parsons, cette fonction sert à assurer chez les acteurs la motivation nécessaire pour l'action (Rocher, 1988). Il s'agirait donc « d'un réservoir de motivation dont doit disposer tout système d'action, réservoir qui doit toujours se renouveler parce qu'il se déverse sans cesse. Le système d'action a besoin que l'énergie provenant de la motivation se maintienne au moins à un certain niveau minimal. Cette fonction apparaît donc comme une sorte de système de canalisation qui sert à la fois à accumuler de l'énergie sous forme de motivation

et à la diffuser » (Rocher, 1988 : 49). Elle sert également à maintenir la stabilité du système par le maintien des modèles culturels qui ont été institutionnalisés. Dans les deux cas, les valeurs en tant que structure sociale jouent un rôle clé puisqu'elles servent de cadre normatif à l'action et source de sens afin d'entretenir la motivation. Pour ces raisons, on retrouve dans l'œuvre de Parsons l'utilisation simultanée des mots latence et maintien des modèles (culturels) pour décrire cette fonction qui vise au maintien et à la cohérence des valeurs et des modèles culturels.

### B.3 Les processus du système d'action sociale

La troisième caractéristique a trait aux *processus* du système à l'intérieur de celui-ci. Cela réfère aux activités, aux changements, aux évolutions et donc aux mouvements à l'intérieur du système. À cette idée de mouvement, il y adjoint celle d'équilibre qu'il conçoit comme un point de référence théorique à partir duquel on peut amorcer l'analyse systémique de l'action (Rocher, 1988). Ainsi, « le propre de l'action est d'être un facteur de déséquilibre dans un système qui tend vers un équilibre qu'il n'atteint à peu près jamais » (Rocher, 1988 :56).

Parsons décrit six grands types de processus. Les deux premiers peuvent être appliqués autant au système qu'à l'individu et modifient les rapports entre l'acteur et la situation. Ce sont l'activité et l'apprentissage. L'activité renvoie à toutes les actions, productions et communications du système et des acteurs qui tendent à perturber les autres acteurs et le système lui-même. L'apprentissage renvoie à l'intériorisation de nouveaux savoirs qui modifient l'action individuelle et le système. Les deux prochains processus, concernant strictement l'individu, correspondent à la communication et à la décision (Rocher, 1988).



Toute action individuelle implique ces deux processus qui eux aussi viennent perturber le système et son possible équilibre. Enfin, Parsons ajoute deux autres processus spécifiques au système d'action : l'intégration et la différenciation. La différenciation renvoie au processus de différenciation des parties du système qui est compensé par un processus d'intégration.

### C De l'existence de plusieurs niveaux d'abstraction à la hiérarchie cybernétique

La théorie de Parsons se précise et se complexifie lorsqu'il introduit des distinctions de niveaux entre les systèmes et une hiérarchie entre ces systèmes et les fonctions leur correspondant.

#### *C.1 Une distinction entre le système d'action et le système social*

Le système d'action de Parsons est certes composé de structures, de fonctions et des processus, mais aussi de sous-systèmes correspondant aux différentes fonctions. En effet, le système d'action comprend quatre sous-systèmes : le système organique correspondant à l'adaptation, le système psychique référant à l'atteinte des buts, le système social renvoyant à l'intégration et le système culturel pour la latence ou le maintien des modèles (Rocher, 1988). Par ailleurs, dans son œuvre, Parsons va particulièrement s'intéresser au système social, abstraction de la société. Il définit une « société comme le type de système social qui caractérise le plus haut degré d'autonomie par rapport à son environnement, qui comprend les autres systèmes sociaux » (Parsons, 1973a :8). Selon lui, la notion de système social peut être utilisée dans l'analyse de tout type d'action collective ; les groupes, les collectivités, les institutions (Rocher, 1988) et donc le système de santé. Plus spécifiquement, les systèmes sociaux c'est-à-dire les sociétés sont engagés dans des processus d'échange avec les systèmes

environnants. Ces systèmes environnants sont constitués de sous-systèmes (sociaux, culturels, politiques, économiques). Ceux-ci sont présents dans toutes les sociétés et ils remplissent chacun une *fonction* essentielle. Parsons les décrit comme suit (1973a :11) :

- 1) Le *sous-système social* ou communauté sociétale a pour fonction d'*intégrer* les individus qui le constituent. Le processus de développement du sous-système social se réalise par inclusion.
- 2) Le *sous-système culturel* ou ensemble des caractéristiques complexes des significations symboliques d'une société, des codes qui les structurent, des ensembles de symboles employés par les individus, qui a pour fonction primaire *de maintenir les modèles culturels*. Le processus de développement de ce sous-système social se réalise par la généralisation des valeurs.
- 3) Le *sous-système politique* a pour fonction primaire *de réaliser les fins collectives*, et dont la particularité est liée à son développement et à celui de la différenciation.
- 4) Le *sous-système économique* fait le lien avec l'environnement et les autres systèmes. Il a pour fonction primaire de permettre *l'adaptation des individus à la société*. Le processus de développement de ce sous-système et celui de l'amélioration adaptative.

On constate donc que les sous-systèmes composant le système social correspondent aux fonctions décrites dans le système d'action plus général.

Figure 8 Les niveaux d'abstraction de la théorie de l'action sociale (Rocher, 1988)

<b>1 Adaptation</b>	<b>2 Système Organique</b>	<b>2 Système Psychique</b>		<b>1 Atteinte des Buts</b>
	<b>1 Maintien des Modèles culturels/ Latence</b>	<b>2 Système Culturel</b>	<b>Sous-système économique</b>	
<b>2 Système Social</b>			<b>1 Integration</b>	
		<b>Sous-système Culturel</b>		<b>Sous-système social</b>

Comme le montre la figure 8, on trouve les trois niveaux d'abstraction de la théorie de Parsons. Le premier niveau représente les fonctions de la théorie générale de l'action soit l'adaptation, le maintien des modèles ou latence, l'intégration et l'atteinte des buts. « C'est le niveau le plus abstrait, le plus général car il est valable pour tout système d'action » (Rocher, 1988 :68). Le second niveau distingue à l'intérieur du système d'action quatre systèmes, le système organique correspondant à l'organisme biologique, le système culturel renvoyant à la culture, le système social symbolisant la société et le système psychique correspondant à la personnalité. Finalement, le troisième niveau à l'intérieur du système social correspond aux réalités concrètes et lui sert de base pour l'analyse des sociétés et de leur évolution (Parsons, 1973a, 1973b). Par ailleurs, il est nécessaire de préciser que dans ses ouvrages de 1973a et 1973b sur l'évolution des sociétés, Parsons décrit les structures du système social différemment selon le niveau d'abstraction. En effet, ces structures ne sont pas des « pattern variables », mais des structures sociales réelles correspondant aux divers sous-systèmes et

fonctions. Il est intéressant ici de les préciser, car le système social ou la société sont considérés comme le niveau d'opérationnalisation de sa théorie et le terrain d'application de la sociologie. Dans notre étude, et pour le modèle EGIPSS, ce troisième niveau représente le point de référence théorique sur lequel est constitué le modèle d'évaluation de la performance des systèmes de santé.

*Tableau 4 Le système social: sous-système-structures-fonctions (Parsons 1973a)*

<b>Fonctions</b>	<b>Sous-systèmes</b>	<b>Composantes structurelles</b>	<b>Aspect du processus de développement</b>
<b>Adaptation</b>	Économique	Rôles	Amélioration adaptative
<b>Maintien des modèles culturels</b>	Culturel	Valeurs	Généralisation des valeurs
<b>Intégration</b>	Communauté sociétale	Normes	Inclusion
<b>Atteinte des buts</b>	Politique	Collectivités	Différenciation

### *C.2 La hiérarchie cybernétique*

Parsons complexifie sa théorie en y ajoutant une hiérarchie entre les fonctions, les systèmes et les sous-systèmes, c'est la notion de contrôle cybernétique (Rocher, 1988). Le système d'action ou le système social sont des lieux d'incessantes circulations d'énergie et d'information. « Ce sont les échanges d'énergies et d'informations entre les parties qui

provoquent l'action du système. Les parties d'un système ne sont pas toutes également riches en information et en énergie ; certaines disposent de plus d'énergie, d'autres de plus d'information. » (Rocher, 1988 :58).

En outre, dans une hiérarchie cybernétique, un système se place en haut de l'échelle s'il est riche en information où il remplit le rôle de facteur de contrôle de l'action. Par contre, un système se place en bas s'il est riche en information et joue le rôle d'un facteur de conditionnement de l'action.

Dans les faits, si on adapte cette hiérarchie cybernétique à une organisation, un gestionnaire en charge du fonctionnement d'une organisation doit tenir compte de la hiérarchie cybernétique lorsqu'il veut agir ou exercer son pouvoir sur l'organisation. En effet, si celui-ci agit au niveau des rôles (l'adaptation), les facteurs qu'il utilisera seront fortement chargés en énergie. Il aura donc comme objectif de conditionner l'action en redéfinissant les tâches. Par contre, si l'objectif est de contrôler l'action ou de modifier l'orientation de l'action en profondeur, ce sont les valeurs et les normes qui seront les leviers d'action afin d'influencer l'information plutôt que l'énergie.



d'approfondir ces éléments qui serviront de base à notre réflexion pour la constitution d'un modèle logique et opérationnel de mesure du *maintien des valeurs*.

D Valeurs, système culturel, maintien des modèles : approfondir ces concepts pour conceptualiser la dimension du maintien des valeurs

Nous cherchons dans cette partie à clarifier ces différents concepts afin de mieux comprendre la fonction du maintien des modèles, également appelée latence (Parsons, 1951 a et b), mais également désignée maintien des valeurs (Parsons, 1956). Les notions de sous-systèmes culturels, de valeurs renvoient à l'univers symbolique donnant un sens à l'action, mais servant également de structure au système d'action et au système social.

Le point de départ de la théorie de l'action sociale, comme nous l'avons déjà introduit, est la significativité de l'action sociale. En effet, pour Parsons (1951a) le symbolisme est l'un des facteurs centraux qui explique l'action, cela à partir de la subjectivité de l'acteur, soit ses perceptions concernant son environnement et ses propres actions. Il fait également un lien très net entre les symboles érigés en système et les valeurs. En effet, le système de symboles partagés peut être appréhendé comme un critère de sélection parmi les différentes alternatives d'orientation de l'action que l'on peut appeler des valeurs (Parsons 1951b). Dans ce cas, ils constituent une orientation valorielle (Value orientation) comprenant trois modes d'orientation : des standards cognitifs, des standards d'appréciation ou de jugement et des standards moraux (Parsons, 1951b). Ainsi, les valeurs donnent une orientation aux actions, fournissent du sens, permettent d'évaluer la situation et les objets et finalement fournissent une cohérence au système. Ainsi, les valeurs représentent la composante la plus importante des

modèles culturels, que l'on peut donc considérer comme une structure de celles-ci. Pour Parsons (1951a), "patterns of value orientation have been singled out as the most crucial cultural elements in the organization of systems of action". C'est donc à travers les valeurs que les acteurs interprètent une situation, y découvrent des points de repère, des limites et des forces dont ils doivent tenir compte dans leur conduite. En effet, Parsons (1973a) définit les valeurs comme des représentations collectives qui définissent des types préférables de systèmes sociaux et règlent les engagements entre les individus et les unités auxquels ils appartiennent. Par ailleurs, les valeurs n'engendrent de la cohérence que si elles sont partagées. « One of the most functional imperatives of the maintenance of social system is that the value orientation of the different actors in the same social system must be integrated in some common system » (1951b:24). Il ajoute, "The sharing of value orientations is especially crucial, although consensus with respect to systems of ideas and expressive symbols are also very important determinants of stability in the social system" (1951:24).

Dès lors, on saisit mieux la fonction associée avec le sous-système culturel, soit le maintien de la cohérence valorielle, mais aussi la diffusion d'un sens commun aux actions. Ceci est rendu possible par le processus de socialisation et l'intériorisation des valeurs par les individus découlant de l'interpénétration entre le sous-système de la personnalité (atteinte des buts) et le sous-système social (intégration). De ce fait, l'institutionnalisation des valeurs correspond à l'intériorisation du système de valeurs par l'individu. Ainsi, les modèles culturels existent à la fois dans l'univers symbolique de la société et dans la conscience des personnes. Cela signifie que les valeurs existent, s'expriment et sont véhiculées autant au niveau individuel que sociétal. La cohérence provient donc du niveau de partage des orientations valorielles autant entre les individus qu'entre les individus et la société si bien que tout analyse



des valeurs ne peut être confinée aux acteurs. Elle doit être effectuée au niveau interindividuel et entre les individus et un système plus large (Parsons, 1951a). Ainsi, il devient possible d'utiliser la fonction du *maintien des valeurs* pour mener des analyses ou des évaluations à de multiples niveaux : la société, un département médical, une organisation de santé ou le système de santé dans son ensemble. Le système de valeurs devient le référent ou l'idéal type qui guide les actions sociales et les choix à effectuer à l'intérieur de tous les systèmes sociaux. Pour cette raison, et parce que nous ne tentons pas d'établir un profil culturel des systèmes de santé, ni même des organisations de santé, nous appelons cette dimension *Maintien des Valeurs*.

Cependant, dans une optique d'opérationnalisation de cette dimension, on ne peut se limiter, malgré leurs caractères fondamentaux, à une étude des valeurs. En effet, Parsons concevait cette fonction comme incorporant d'autres éléments que les valeurs. L'action sociale devait s'interpréter à partir de la subjectivité de l'acteur, c'est-à-dire en fonction de la perception qu'il a de son environnement, des sentiments qui l'animent et des idées qui l'habitent, des motivations qui le font agir et des réactions qu'il a face à sa propre action. Dès lors, un modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* doit incorporer d'autres éléments que les valeurs puisque cette fonction est le point focal pour comprendre les interprétations et les perceptions des individus à l'intérieur de leur environnement social. Ainsi, cela requiert l'introduction d'éléments perceptuels, affectifs et comportementaux afin d'élaborer un modèle logique représentatif de la richesse conceptuelle de la fonction *maintien des valeurs* et de la complexité de la dynamique des ressources humaines dans une organisation.

La prochaine section sera consacrée à la présentation du modèle EGIPSS. Plus spécifiquement, le modèle EGIPSS appréhende les systèmes de santé comme des systèmes organisés d'action qui peuvent être analysés à la lumière des quatre fonctions parsoniennes. Celles-ci ont été adaptées pour correspondre aux exigences d'une analyse des systèmes de santé. Ces quatre fonctions sont : l'adaptation, l'atteinte des buts, la production (intégration pour Parsons) et le maintien des valeurs.

## **II Le modèle d'Evaluation Globale et Intégré de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS) : un cadre structurant au développement d'un modèle logique et opérationnel de mesure du maintien des valeurs**

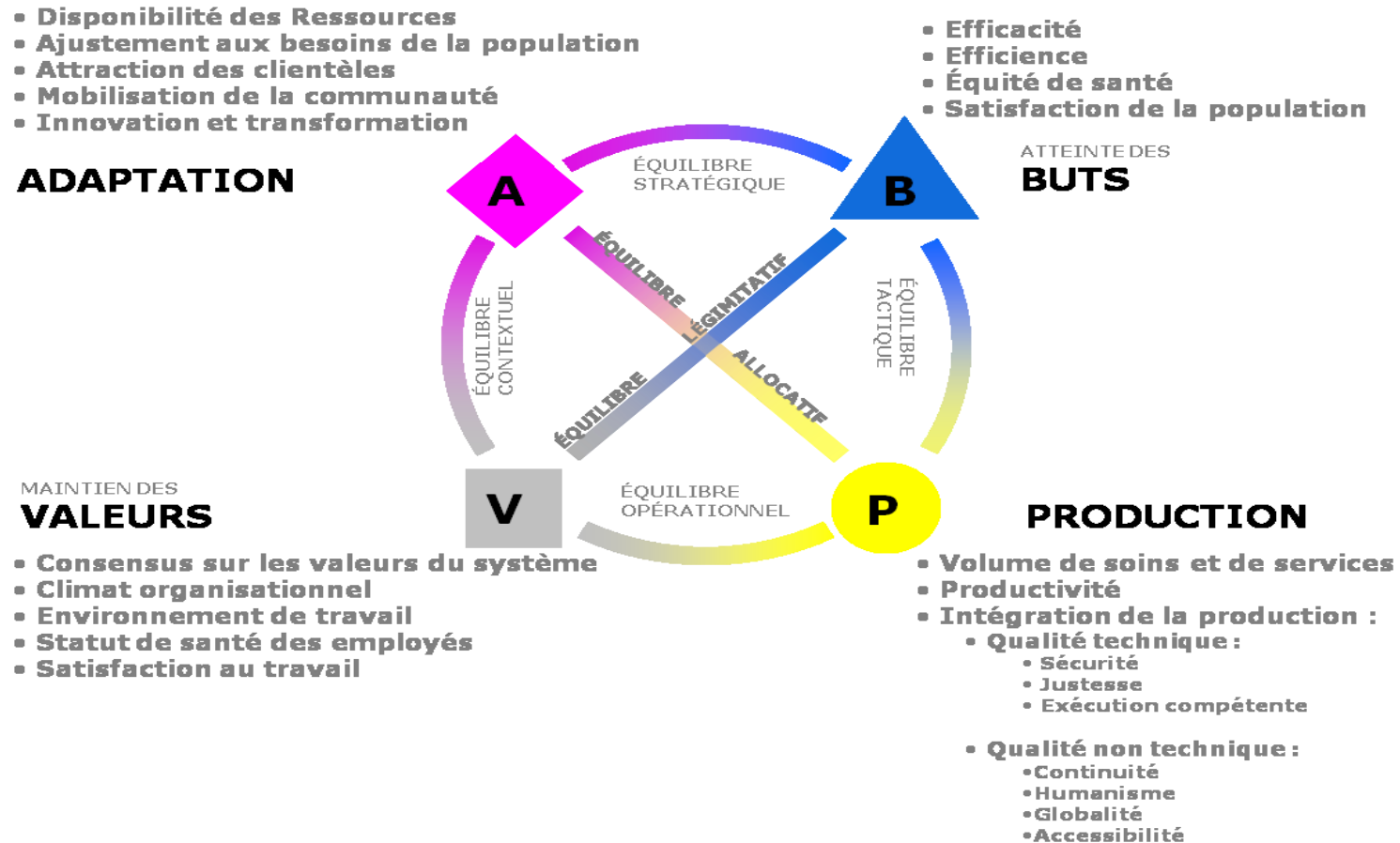
Le cadre analytique développé par Parsons sert de base au modèle d'évaluation de la performance des systèmes de santé. Il représente la théorie de l'évaluation sous-jacente au modèle EGIPSS qu'il faut distinguer de la théorie permettant d'appréhender les systèmes de santé.

Le modèle EGIPSS se base sur le concept de fonction afin d'évaluer la performance des systèmes de santé. En effet, la fonction d'un système vivant correspond à un ensemble d'activités destinées à répondre à un besoin ou à des besoins du. La notion de fonction telle que l'entend Parsons est donc essentielle à l'analyse systémique, de tout d'un système d'action. « La notion de fonction, écrit Parsons, est centrale à la compréhension de tous les systèmes vivants. En effet, elle n'est rien d'autre que le corollaire de la notion de système vivant, dont elle décrit certains caractères, dont les uns concernent les rapports entre le système et son environnement, tandis que les autres ont trait à la différenciation interne du système lui-

même » (Rocher, 1988 :47). Ainsi, la notion de fonction est le construit théorique offrant le plus d'avantages afin d'évaluer l'activité d'un système de santé. De ce fait, le modèle EGIPSS est composé de 4 fonctions en interactions : l'adaptation, le maintien des valeurs, la production et l'atteinte des buts (figure 10). Chacune de ces fonctions est constituée de dimensions et de sous-dimensions.

Les fonctions adaptation et atteinte des buts sont tournées vers l'extérieur du système alors que les fonctions maintien des valeurs et production (intégration) sont orientées vers l'intérieur. De même, Parsons (1956) considère que les fonctions adaptation et maintien des valeurs sont des moyens, alors que les fonctions atteinte des buts et production sont des fins (tableau 5). Adapté au système de santé, la fonction d'adaptation représente un moyen d'ajuster le système à son environnement autant en termes de besoins de santé que d'acquisition de ressources. De même, le *maintien des valeurs* est appréhendé comme un moyen interne afin de maintenir la cohésion et la capacité d'action du système. À l'opposé, l'atteinte des buts et la production sont considérées comme des fins. En effet, les dimensions composant ces deux fonctions représentent les objectifs des systèmes de santé les plus souvent cités par les gestionnaires et décideurs.

Figure 9 Modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé



En effet, une étude menée par CIHI (2012) auprès des différents décideurs des juridictions canadiennes a montré que les deux objectifs principaux des systèmes de santé étaient l'amélioration de la santé de la population (l'atteinte des buts) et la dispensation de soins accessibles, de qualité et efficaces (la production). Cependant, la fonction atteinte des buts est tournée vers l'extérieur, soit l'ensemble de la population, alors que la fonction production concerne l'intérieur du système de santé, les utilisateurs de celui-ci.

*Tableau 6 Typologie des fonctions du système d'action*

	MOYENS	FINS
EXTERNE	Adaptation	Atteinte des Buts
INTERNE	Maintien des Valeurs	Production

## A Le modèle EGIPSS face aux enjeux de l'évaluation : quel positionnement ?

### *A.1 Les objectifs du modèle*

Ce modèle est un outil actionnable d'évaluation de la performance qui permet de porter un jugement sur les différentes fonctions et dimensions d'un système ou d'une organisation de santé. Ainsi, ce cadre ne représente pas une simple classification des indicateurs nécessaires à la gestion du système de santé, mais surtout un cadre analytique permettant de porter un jugement sur la qualité des différentes composantes des systèmes de santé. Par son caractère évaluatif et analytique, ce cadre pourrait être utilisé à la fois pour l'imputabilité et l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Le type d'utilisation est dépendant du niveau d'implantation. En effet, au niveau provincial, on privilégiera son utilisation pour un renforcement de l'imputabilité. Au niveau organisationnel ou

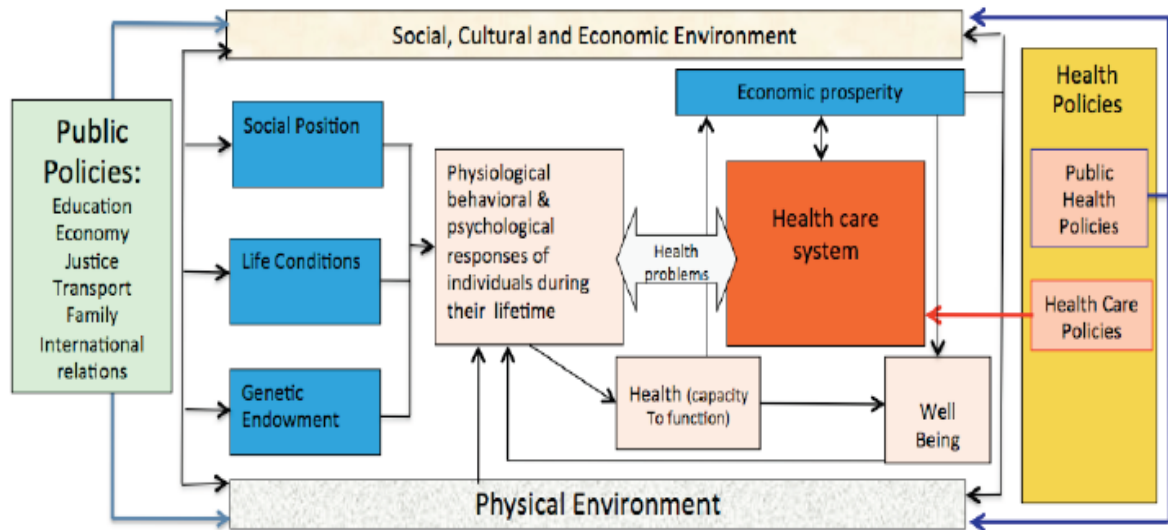
programmatische, cet outil servira surtout à une amélioration de la performance. Finalement, au niveau régional, ces deux utilisations seront possibles.

La recherche d'imputabilité concerne l'ensemble des acteurs en charge de la gouvernance à tous les niveaux du système de santé : le public, le niveau ministériel, les institutions régionales et des établissements de soins. Pour répondre à ce besoin de transparence et de mesure des progrès accomplis, il faut des « indicateurs peu nombreux dont la validité et la pertinence font l'objet d'un large consensus » (Contandriopoulos et Champagne, 2011 :32). A contrario, l'objectif d'amélioration continue de l'utilisation des ressources, de la qualité et des résultats de santé et de prise en charge concerne les gestionnaires du système de santé. Pour ce faire, cela nécessite une plus large gamme d'indicateurs fortement contextualisés. En outre, « il faut des informations en temps réel sur les processus de fonctionnement de l'hôpital et du système. La qualité intrinsèque des indicateurs est moins importante que le sens que les décideurs lui donnent » (Contandriopoulos et Champagne, 2011 :32).

#### *A.2 Les frontières du système de santé ou la définition du champ d'application du cadre d'évaluation de la performance.*

Il est possible de définir le système de santé de façon très large comme l'ensemble des actions ayant une influence sur la santé de la population. Dans ce cadre, l'ensemble des déterminants de la santé, ainsi que l'environnement physique, économique et toutes les politiques publiques ayant un impact sur la santé de la population doivent être pris en considération (Champagne et Contandriopoulos, 2011) (figure 10).

Figure 10 Le modèle des politiques de santé (Champagne et Contandriopoulos, 2011)



Sources : Adapted from Evans et al. (1996), Contandriopoulos et al. (2000), Champagne et al. (2010)

Une conception aussi large du système de santé est difficilement applicable à un modèle d'évaluation. En outre, de nombreuses actions ayant un impact sur la santé ne sont pas uniquement de la responsabilité du ministère de la santé et des institutions et organisations attachées. Un modèle d'évaluation de la performance du système de santé doit donc s'attacher à mesurer uniquement les actions attribuables à son action et qui ont un impact direct ou indirect sur la santé de la population. Ceci soulève la question de l'attribution causale des actions du système de santé à l'apparition, la modification de la trajectoire d'une maladie et au maintien et l'amélioration de la santé de la population.

Ainsi dans le modèle EGIPSS, le système de santé inclut les services de santé dont les interventions ont pour cible la réduction des problèmes sociaux ou de santé spécifiques. (Champagne, Contandriopoulos et al, 2005). De ce fait, cela couvre les services préventifs palliatifs, diagnostics et curatifs. Cela comprend également les

grandes fonctions de la santé publique (surveillance, protection et promotion de la santé, prévention des maladies, évaluation du système des services de santé, développement des compétences en santé publique). Par contre, cette approche n'inclut pas les responsabilités gouvernementales liées à l'amélioration des conditions sociales, économiques, culturelles, démographiques qui affectent la capacité des personnes vivantes, soit les conditions qui n'ont pas un effet reconnu sur un problème de santé ou un problème social spécifique (Champagne, Contandriopoulos et al, 2005).

Dès lors, ce cadre permet d'évaluer la performance de l'ensemble des secteurs constitutifs d'un système de santé : la santé publique (prévention, promotion, surveillance), les soins de santé primaires, les soins aigus, les soins de longue durée et les soins palliatifs.

### *A.3 La « physiologie » du système de santé ou comment conceptualiser la dynamique du système de santé.*

Le système de santé devrait être appréhendé comme un système d'action organisé<sup>1</sup> (figure 11). Le système organisé d'action est une façon de conceptualiser et d'agencer l'ensemble des structures, fonctions et processus nécessaires à l'existence, la production et au maintien d'une action collective en vue d'atteindre des résultats spécifiques. Le concept de système d'action est emprunté à Parsons, de même que celui de fonction, par contre Contandriopoulos (2000) définit différemment les notions de structures, de pratiques et de processus. Ainsi, le système des services de santé et des services sociaux, dont il s'agit d'apprécier la performance, est conçu

---

<sup>1</sup>Concept en partie emprunté à Parsons 1977, Freidberg 1993, Rocher 1972, Bourdieu et Wacquant 1992; qui a été utilisé pour caractériser d'une façon générale toute intervention (Contandriopoulos, 2000).



comme un système organisé d'action situé dans un contexte concret (un pays, un établissement de santé) à un moment spécifique. Sa structure est constituée par l'interaction de trois structures: physique, organisationnelle et symbolique.

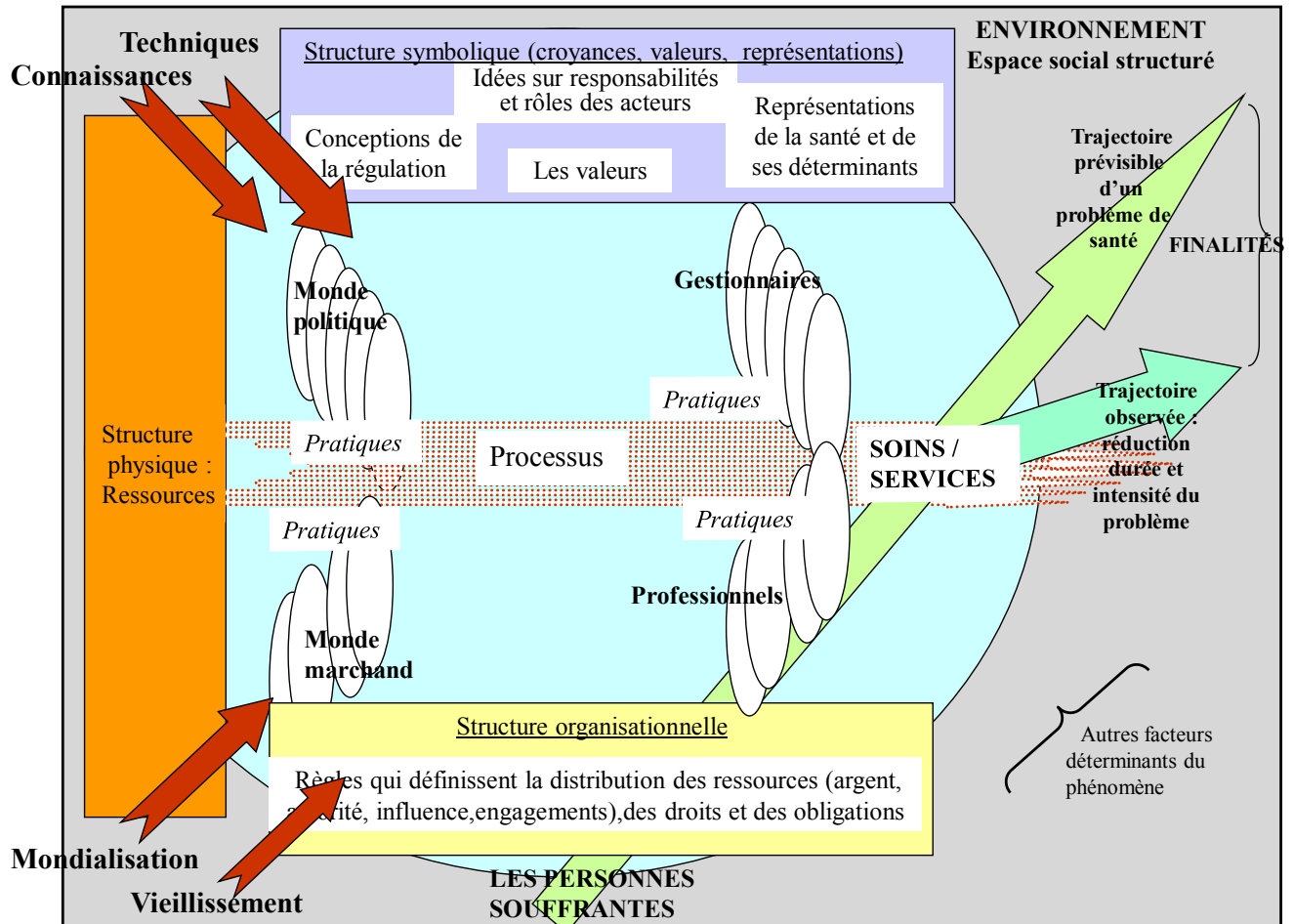
La structure physique réfère à l'ensemble des différentes ressources mobilisées (financières, humaines et matérielles) essentielles à la tenue de l'action. La structure organisationnelle renvoie à l'ensemble des lois, des règlements, des conventions, des règles de gestion qui définissent comment les ressources sont réparties et échangées. Elles représentent les règles du jeu du système d'action. Enfin la structure symbolique englobe les croyances, représentations et valeurs à l'œuvre dans le système organisé d'action qui permettent aux différents acteurs de communiquer entre eux et de donner du sens à leurs actions.

Ces structures délimitent un espace structuré dans lequel les quatre grands groupes d'acteurs du système de santé (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) interagissent pour réaliser des projets collectifs concourant à l'atteinte des finalités du système de santé. Ces acteurs, caractérisés par 1) leurs valeurs, croyances, 2) leurs projets et intentions, 3) leurs ressources et 4) leurs dispositions, interagissent dans un jeu permanent de coopération et de compétitions pour améliorer leur position. Leurs actions représentant un ensemble de pratiques tendent à organiser les processus par lesquels les ressources du système sont mobilisées et employées pour produire les biens et les services requis pour atteindre la ou les finalités recherchées.

Les processus du système organisé d'action représentent les différents flux par lesquels la production de biens et de services se réalise à l'intérieur du système de santé. Finalement, les finalités d'un système de santé consistent à réduire la durée et

l'intensité des problèmes de santé et des problèmes sociaux de la population, à répondre à ses attentes et à favoriser l'équité.

Figure 11 Le système organisé d'action (Contandriopoulos, 2008)



## B Vers une conception paradoxale, complexe et multidimensionnelle de la performance.

La performance dans le modèle EGIPSS est considérée comme paradoxale, complexe et multidimensionnelle (Champagne, 2006). La performance est paradoxale, car elle représente un problème divergent. En effet, selon Schumaker (2004), il existe deux types de problèmes. Les problèmes convergents pour lesquels on trouve des solutions lorsqu'on les étudie rigoureusement et précisément. Pour ce type de problèmes, les réponses convergent vers une solution unique souvent acceptable pour l'ensemble des acteurs concernés. Par contre, les problèmes divergents semblent de plus en plus complexes à mesure qu'on les étudie. De plus, les solutions possibles ne semblent pas faire consensus auprès des acteurs concernés. Ainsi, les solutions divergent en fonction du prisme et de la logique d'action associée ; ces problèmes sont donc contradictoires et de ce fait complexes. C'est le cas de la performance où chaque acteur du système semble définir la performance et privilégier des solutions pour l'améliorer ou l'atteindre, en fonction de sa propre logique d'action. Ainsi, il devient très difficile de construire une solution consensuelle puisqu'un « paradoxe est une idée qui implique deux propositions opposées qui bien que contradictoires, sont également nécessaires pour traduire une perception de la réalité qu'aucune des autres propositions ne contient en elle-même » (Slaate, 1968). De ce fait, seule l'intégration des multiples positions, dimensions reflétant la performance permet de résoudre ou de « gérer les paradoxes ».

La performance du système de santé est complexe, car elle doit être appréhendée à l'image de celui-ci, par rapport à de multiples éléments en interaction dans un système dynamique ouvert sur son environnement. Ainsi, la modélisation et l'analyse de la performance doivent être multidimensionnelles et modélisées afin

d'analyser et comprendre les relations entre les différentes fonctions, dimensions et sous dimensions du système de santé. S'appuyant sur la théorie de Parsons, le modèle EGIPSS conçoit alors et mesure la performance des systèmes de santé à partir de quatre fonctions, décomposées en dimensions et sous-dimensions et qui sont en interaction. Les dimensions et sous-dimensions relatives à chaque fonction sont présentées dans les tableaux 7, 8 et 9:

- 1) **L'atteinte des buts** : cette fonction est liée à la capacité d'un système ou d'une organisation à atteindre ses buts fondamentaux. Cette fonction est composée des dimensions : efficacité, efficience, équité et satisfaction de la population.
- 2) **L'adaptation** : cette fonction permet d'évaluer l'interaction entre un système ou une organisation et son environnement. Cette évaluation concerne à la fois la capacité d'une organisation à acquérir des ressources et à s'adapter aux besoins de son environnement. Cette fonction est composée de six dimensions : la disponibilité des ressources, la viabilité, l'ajustement aux besoins de la population, l'attraction et la rétention du personnel, l'apprentissage et l'innovation et la mobilisation de la communauté.
- 3) **La Production** : cette fonction mesure l'ensemble des éléments qui sont reliés aux différents processus de dispensation de soins au sein des systèmes de santé et des organisations. Elle est déclinée en trois dimensions : le volume, la qualité et la productivité.
- 4) **Le Maintien des Valeurs** : cette fonction symbolise la capacité d'une organisation ou d'un système à maintenir et promouvoir un système de valeurs partagées ainsi que la qualité de vie au travail des employés permettant d'assurer un niveau de motivation nécessaire pour une action individuelle et collective

performante. Elle est composée de deux dimensions : le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail.

Dans les tableaux 7, 8 et 9 on remarque que les dimensions sont déclinées en sous-dimensions. Par exemple la qualité est divisée en quatre sous-dimensions : la qualité technique, la globalité, l'humanisme, la continuité et l'accessibilité.

*Tableau 7 Les dimensions et sous-dimensions de la fonction adaptation (Champagne et Contandriopoulos, 2011)*

<b>Dimensions</b>	<b>Sous-dimensions</b>	<b>Définitions</b>
<b>Disponibilité des ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacités matérielles</li> <li>- Capacités financières</li> <li>- Capacités humaines</li> </ul>	Le niveau de ressources matérielles, humaines et financières disponibles dans l'organisation
<b>Viabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé financière</li> <li>- Capacité d'attraction et de rétention du personnel</li> <li>- Santé administrative</li> </ul>	Capacité d'une organisation à assurer son maintien dans le temps et d'assurer sa capacité de production
<b>Ajustement aux Besoins de la population</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adéquation de l'offre</li> <li>- Facilité d'entrée</li> <li>- Adéquation d'utilisation</li> </ul>	Capacité d'un système à répondre aux besoins de la population grâce à la planification de ses ressources et à la structuration de ses services
<b>Attraction et rétention de la clientèle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacité d'attirer la clientèle</li> <li>- Capacité de rétention</li> <li>- Balance migratoire</li> </ul>	Capacité d'une organisation de maintenir sa présence sur un marché en attirant la clientèle
<b>Apprentissage et Innovation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoption des innovations</li> <li>- Capacité d'innovation et d'apprentissage (utilisation de la connaissance, climat et leadership)</li> </ul>	Capacité du système à innover et à se transformer, à implanter des changements

<b>Mobilisation de la communauté</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Action communautaire</li> <li>- Capital social</li> </ul>	Étendue et intensité du capital social du système, ainsi que le niveau de soutien communautaire et d'appui dont il bénéficie.
--------------------------------------	--	---

*Tableau 8 Les dimensions et sous-dimensions de la fonction atteinte des buts  
(Champagne et Contandriopoulos, 2011)*

Dimensions	Sous-dimensions	Définitions
<b>Efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficacité d'utilisation (courte durée/longue durée/services sociaux)</li> <li>- Efficacité populationnelle (incidence/espérance de vie)</li> </ul>	Résultats de santé attribuables au système de santé (réduction de l'incidence, de la durée, de l'intensité et des conséquences des problèmes de santé).
<b>Efficience</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Value for money</li> </ul>	Résultats de santé en fonction des ressources investies
<b>Équité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des ressources investies</li> <li>- De l'ajustement aux besoins</li> <li>- De qualité des services et des soins</li> <li>- De santé</li> </ul>	Responsabilité collective pour une distribution équitable des services de santé à travers les individus, les groupes et la société en général.
<b>Satisfaction des parties prenantes</b>		Niveau d'appréciation du système parmi la population et les parties prenantes

Tableau 9 Les dimensions et sous-dimensions de la fonction Production (Champagne et Contandriopoulos, 2011)

Dimensions	Sous-dimensions	Définitions
<b>Volume</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Croissance du volume de production</li> <li>- Intensité des services</li> <li>- Couverture</li> </ul>	Volume de production des soins et services
<b>Qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité technique                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécurité</li> <li>- Justesse</li> <li>- Exécution compétente</li> </ul> </li> <li>- Continuité</li> <li>- Globalité</li> <li>- Accessibilité</li> <li>- Humanisme</li> </ul>	La qualité réfère aux processus permettant d'obtenir les meilleurs résultats de santé possibles tels que définis par les normes professionnelles, technologiques et les attentes sociales. Ainsi, la qualité se définit par son niveau de correspondance avec les normes professionnelles et sociales par rapport aux différentes dimensions de la prise en charge.
<b>Productivité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opérationnelle</li> <li>- Clinique</li> <li>- Financière</li> </ul>	Dans le domaine de la santé, la productivité réfère au processus d'optimisation de la production des services de santé en fonction des ressources disponibles

Il est donc impossible d'appréhender une fonction et les dimensions et sous-dimensions la composant sans prendre en compte les interactions entre elles. Cela correspond au processus d'échange décrit par Parsons dans son œuvre.

De même, cette conception laisse à penser que les dimensions et sous-dimensions du modèle sont en interactions et qu'ainsi le niveau de performance de

chacune de celles-ci est dépendant d'autres dimensions et sous-dimensions. Dès lors, nous considérons que le niveau de performance de chaque sous-dimension est déterminé par d'autres sous-dimensions. La présentation de ces relations permet d'élaborer un modèle plus complexe, intégré et présentant les chaînes causales les reliant. Ces relations doivent être justifiées par la convergence d'études scientifiques démontrant leur influence sur la performance des systèmes de santé. La conceptualisation de ces relations de causalité se fait à travers des modèles logiques. Pour l'instant, seul le modèle logique de mesure du maintien des valeurs a été développé.

À l'énoncé de ce pré requis, nous n'abordons plus la performance comme un concept monolithique, statique, mais plutôt comme un « construit multidimensionnel qui permet aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques d'un système, d'une organisation ou d'un programme » (Contandriopoulos et Champagne, 2011) en fonction de l'interaction entre ces diverses fonctions, dimensions et sous-dimensions.

Cette section avait pour objectif de contextualiser notre recherche dans l'univers théorique et institutionnel de la mesure et/ou de l'évaluation de la performance. Cette présentation nous a également permis de dégager les enjeux théoriques et d'utilisation qui servent de point de départ à notre recherche, mais aussi d'objectif de développement. En effet, nous avons établi que certaines dimensions essentielles pour comprendre, analyser et donc mesurer la performance étaient absentes des principaux cadres nationaux et internationaux. De plus, nous avons mis en lumière le manque de robustesse et de validité de ces modèles dans le choix des dimensions mesurées et des relations théoriques entre leurs différentes composantes.



Le modèle EGIPSS tente de remédier à ces lacunes en se basant sur la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons. L'objectif de cette thèse est de développer un modèle logique de mesure de l'une des fonctions de ce cadre : *le maintien des valeurs*.

Selon Parsons, le maintien des valeurs a pour fonction de préserver les modèles culturels et les valeurs du système et de fournir aux individus un sens et une motivation à leurs actions. Cette approche est très conceptuelle et nous devons afin de l'opérationnaliser, l'ancrer dans des phénomènes empiriques et l'adapter au monde de la santé. L'aboutissement de ce travail sera la constitution de dimensions et de sous-dimensions composant la fonction du *maintien de valeurs*. Celles-ci doivent représenter des concepts centraux et valides décrivant l'environnement de travail, et présentant un degré d'évidence scientifique suffisant pour être considéré comme des marqueurs de la performance des systèmes ou des organisations de santé. Nous avons déjà établi que la fonction du *maintien des valeurs* serait composée de deux dimensions : le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail. Cependant, il est nécessaire maintenant de circonscrire conceptuellement ces deux dimensions. Ce sera l'objet de la seconde partie de cette thèse.

La notion de valeur, même si Parsons l'a décrite, a été explorée par de nombreux autres auteurs afin de comprendre les motivations liées aux comportements individuels et aux actions dans une organisation. La seconde dimension n'existe pas dans la littérature. Nous l'avons créé afin de regrouper plusieurs théories et approches, à l'intérieur d'un cadre intégrateur, permettant de relier plusieurs concepts décrivant l'environnement physique de travail, la cognition et les comportements des employés. La prochaine partie sera composée de deux chapitres. Le premier sera consacré à la présentation des principales théories sur les valeurs afin de dégager les propriétés de

ce concept en vue de la construction d'un outil de mesure. Le second sera une synthèse des différents courants théoriques ayant étudié le facteur humain dans les organisations.

**Partie II : DÉTERMINER LES COMPOSANTES  
DU MODÈLE LOGIQUE : De la pertinence du  
choix des concepts à travers un foisonnement  
d'approches et de théories**



### **Chapitre 3 : LE CONCEPT DE VALEUR : origines, fonctions, effets et propriétés.**

Les concepts de valeur et de système de valeurs sont centraux en sciences humaines. Ils ont été étudiés par de multiples champs disciplinaires dont la sociologie, la psychologie, la psychologie industrielle, ou encore la philosophie. Par ailleurs, cette notion a été appliquée à différents niveaux et contextes. En effet, les valeurs sont considérées comme une propriété de plusieurs niveaux d'analyse, la société (Parsons, 1951b), l'individu (Schwartz, 2006, 1990; Rokeach, 1973) ou encore l'organisation (Meglino & Ravlin, 1998; O'Reilly, Chatman et al., 1991). Cependant, la multiplication des niveaux d'application de ce concept a provoqué une certaine confusion quant à la réelle existence de ces valeurs à chacun de ces niveaux d'expression (Handy, 1970),

À la confusion sur les niveaux d'expression des valeurs s'ajoute une certaine ambiguïté concernant la définition du concept et sur ses propriétés empiriques. Cette notion est parfois si étroitement associée à celles de croyance, de besoin, d'attitude ou de norme sociale, qu'elle en devient un synonyme. Ceci a amené Batson (1989 cité par Lefkowitz, 2003) à déclarer que l'utilisation du terme valeurs ne faisait pas réellement de sens dans les sciences humaines. Le philosophe Brandt (1966, cité par Lefkowitz, 2003) a renchéri en ajoutant que « le mot valeur, dans son utilisation ordinaire, est très vague, et que les auteurs faisant des énoncés de valeurs n'y assignent aucun réel sens. De plus, il y aurait de nombreuses raisons de penser que la signification du mot valeur varie d'une personne à l'autre et que son utilisation dépende largement du contexte culturel et de l'histoire de l'individu » (Brandt, 1966 :221 cité par

Lefkowitz, 2003). En effet, ce terme a été utilisé à de multiples fins, parfois même à l'opposé de ses propriétés conceptuelles et empiriques. Pourtant, ce construit conceptuel est extrêmement utile, car il permet de nommer et de circonscrire un phénomène psychologique et culturel, particulièrement difficile à observer. Les valeurs n'existent pas réellement, elles représentent une « idée » permettant de décrire les méta-modèles cognitifs des individus et les fondements culturels des sociétés. Cependant, on trouve, selon les disciplines et les auteurs, de nombreuses définitions des valeurs. Kluckhohn (1951) et Parsons (1951a) les perçoivent comme des orientations qui influencent l'action et marquent ce qui est désirable. Elles ont également été décrites comme des croyances définissant ce qui est préférable pour l'individu (Rokeach, 1989). Elles réfèrent aussi à la personnalité des individus (Allport, 1961, cité par Belsky & Schwartz, 1990) ou à des normes sociales qui servent de standards pour juger et évaluer les actions (Parsons, 1951a).

Confronté à un tel foisonnement de définitions et de conceptions, il est primordial de bien circonscrire et de clarifier le concept de valeur afin de pouvoir l'utiliser dans le modèle logique de mesure de *maintien des valeurs*. Ainsi, l'objectif de ce chapitre est de définir la nature et les propriétés des valeurs, ainsi que leurs effets et niveaux d'expression, afin de construire un outil quantitatif de mesure de valeurs. Torgerson (1967) avance que la mesure d'un phénomène doit s'appliquer aux propriétés de celui-ci plutôt qu'au phénomène lui-même. Ainsi, lors de la conceptualisation du phénomène mesuré, il devient essentiel de décrire ses caractéristiques et ses propriétés afin de créer un outil de mesure qui soit en adéquation avec celles-ci.

Pour ce faire, ce chapitre est constitué autour de cinq parties. La première section présente les approches sociologiques sur les valeurs où nous nous intéresserons aux travaux de Durkheim, Weber, Parsons et Kluckhohn. La seconde section sera consacrée aux approches psychologiques, dans laquelle nous présenterons les théories de Rokeach et Schwartz. Dans la troisième partie, nous approfondirons le lien entre les valeurs et des concepts connexes, souvent utilisés comme synonymes tels que les besoins, les croyances, les attitudes ou les traits de personnalité. La quatrième section sera dédiée à l'étude des différents niveaux d'expression des valeurs et plus particulièrement aux valeurs organisationnelles. Finalement, la dernière section sera une synthèse de l'ensemble des éléments que nous aurons présentés afin de dégager les propriétés, les fonctions et les effets des valeurs.

## **I L'approche sociologique des valeurs**

La sociologie étudie l'interaction entre les humains et la société. Dans ce cadre, les sociologues ont souvent privilégié l'étude de l'action sociale, dans laquelle les valeurs ont une place prépondérante. En effet, de nombreux auteurs qui ont tenté d'analyser et comprendre l'action sociale se sont intéressés à la notion de valeur.

Ce chapitre est structuré autour de deux courants, les classiques avec les travaux d'Émile Durkheim et Max Weber et les fonctionnalistes dont Talcott Parsons et Clyde Kluckhohn sont le fer de lance.

## A Les fondations du concept de valeur en sociologie ou l'opposition entre déterminisme et subjectivité

On retrouve dans de nombreux écrits de Durkheim et de Weber leur conception sous-jacente de la notion de valeur, et la manière dont ils décrivent l'influence des valeurs sur les comportements humains.

Durkheim (1988, 1968) s'est intéressé à la compréhension de l'action humaine à travers l'analyse du suicide et des pratiques religieuses. Il s'intéresse ainsi aux systèmes de signes, de codes sociaux ou encore de croyances, appréhendés comme des construits très proches de la notion de valeur qui structurent et orientent l'action. Selon lui, l'ensemble de ces éléments sont « extérieurs à l'individu, mais sont doués d'une puissance impérative et coercitive en vertu de laquelle ils s'imposent à lui, qu'il le veuille ou non » (Durkheim, 1988 :96). Ils ajoutent que ces éléments « consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir » (Durkheim, 1988 :96).

Ces éléments sont des conventions sociales qui s'imposent à l'individu et lui permettent d'évoluer dans la société sans en être exclu. On comprend donc que Durkheim ne cherche pas l'origine de l'action dans la subjectivité humaine mais plutôt dans des réalités extérieures qui contraignent les individus.

Il propose une analyse basée sur la théorie des « deux consciences » (Rocher, 1992). La première représente la conscience collective constituée par l'ensemble des manières d'agir, de penser et de sentir qui compose l'héritage commun d'une société. « Elles se sont établies au cours de l'histoire, se transmettent de génération en génération, sont admises et pratiquées par la majorité ou la moyenne des personnes de cette société ». (Rocher, 1992 : 24). Les valeurs



sociétales et organisationnelles seraient un des éléments constitutifs de la conscience collective. Les valeurs sont une propriété de la société transmises par l'éducation et la socialisation de ses membres. La conscience individuelle, par contre, renvoie aux composantes privées symbolisées par les traits de caractère ou l'expérience personnelle. Cependant, la conscience collective et les valeurs intériorisées par les individus prédominent et conditionnent en grande partie l'action des individus. L'approche de Durkheim est particulièrement intéressante, car elle confère à la société son propre système de valeurs sur lequel repose son identité.

A contrario, Weber aborde la notion d'action en fonction de la subjectivité de l'acteur et donc du sens de l'action pour l'individu. Cette approche ne traite pas le valeur comme un instrument de coercition, mais comme la source du sens de l'action. Pour lui, l'action humaine est sociale, du fait de la signification subjective que l'individu ou les individus qui agissent, y attachent. Elle tient compte du comportement des autres et en est affectée dans son cours (Weber, 1947, cité par Rocher, 1992). Ainsi, l'action n'existe que dans le cadre d'une interaction sociale et ne peut exister sans que l'individu lui confère un sens. Enfin, l'individu est un être interprétatif, car il comprend son action grâce au sens qu'il lui assigne et au sens de l'action des autres (Weber, 1995).

Ainsi, même si Weber n'a pas défini directement le concept de valeur, il en a décrit deux caractéristiques essentielles. Les valeurs sont des référents représentant des symboles qui permettent d'assigner un sens à l'action. Elles ont une dimension subjective propre à chaque individu lui permettant d'interpréter le monde et ses propres actions. Deuxièmement, le partage des valeurs est un prérequis afin de se comprendre et de pouvoir mutuellement

interpréter les actes d'autrui rendant, de ce fait, possibles l'activité humaine et l'action collective.

Durkheim et Weber ont posé les fondements de deux grandes conceptions des valeurs. La première perçoit les valeurs comme fondement normatif de l'action sociale renvoyant aux normes et aux sanctions sociales. Dans cette optique les valeurs sont coercitives et contraignent l'individu. La seconde conception appréhende les valeurs comme profondément ancrées dans l'individu et source de son interprétation du monde et de ses actes.

### B Les valeurs comme fonction et fondement des normes sociales

La perspective fonctionnaliste sur les valeurs a été principalement développée par deux auteurs : Parsons et Kluckhohn.

#### *B.1 Parsons ou la naissance de l'approche fonctionnaliste*

La perspective de Parsons a déjà été abordée dans le chapitre précédent. Cependant, nous voudrions apporter quelques précisions et expliciter les raisons pour lesquelles de nombreux auteurs classent l'approche de Parsons comme une théorie normative de l'action sociale.

Reprenons les prémisses de la théorie de l'action sociale. La tenue de l'action nécessite l'existence de plusieurs éléments : un sujet-acteur, une situation, des symboles qui donnent une signification ainsi que des règles et des normes qui orientent l'action (Parsons, 1951a). Dans le chapitre 2, les valeurs sont abordées comme les éléments qui orientent l'action en fournissant un sens aux acteurs, des standards d'appréciation et de jugement permettant aux individus d'évaluer des situations ou des objets (Parsons, 1951a). Elles représentent également

un ensemble de préférence touchant aux aspects généraux de l'existence. Cependant, malgré l'acceptation de la subjectivité de l'action et son caractère interprétatif, il appréhende les valeurs comme étant « imposées » aux individus. Selon Parsons, elles sont un élément central de la culture. D'ailleurs, Kroeber et Parsons (1958, cités dans Bourricaud, 1955) définissent la culture comme un contenu, des modèles et des systèmes de valeurs, d'idées et de symboles transmis et créés qui modèlent les comportements humains et les artefacts en découlant. Ainsi, l'action est soumise à des normes qui sont construites à partir du système de valeurs qui s'exprime dans un système de symbole (Bourricaud, 1955). Dès lors, Parsons fait des valeurs la source des normes sociales et des systèmes de symbole conférant un sens à l'action. Ces valeurs ne sont pas données ou issues des besoins des individus comme certains auteurs l'avancent, mais construites socialement et dérivant d'un consensus social permettant d'intégrer une pluralité d'actions particulières. D'autre part, les valeurs existent dans et à travers un système qui les ordonne et structurent leur interdépendance (Bourricaud, 1955). C'est justement la fonction du maintien des modèles culturels qui permet cela. Elle sert à préserver les structures de valeurs et à assurer la cohérence et le partage de celles-ci à l'intérieur du système (Parsons, 1973 a et b). Le partage de ces valeurs est soutenu par le processus de socialisation et d'internalisation des valeurs.

Ainsi, Parsons admet la subjectivité de l'individu dans son interprétation des valeurs, car celle-ci est essentielle pour motiver l'individu. Cependant, les valeurs existent avant tout dans l'espace social qui les « impose » à l'individu puisque le sous-système de la personnalité est déterminé par le sous-système culturel. De ce fait, les valeurs sont traduites en « normes » et en standards définissant des comportements préférables qu'il convient de respecter. Les valeurs ne sont pas construites par l'individu, mais intériorisées par le processus de

socialisation. La stabilité de la société ou du système dépend du maintien des structures de valeurs permettant aux êtres humains de vivre ensemble.

## *B.2 La théorie de Kluckhohn*

Kluckhohn.C (1951) a approfondi le travail de Parsons sur les valeurs et les propriétés de l'orientation des valeurs.

### *B.2.a La définition des valeurs selon Kluckhohn*

Kluckhohn propose dans *Toward a General Theory of Action* une définition des valeurs et de leurs fonctions sociales (Kluckhohn, 1951). Selon lui, « une valeur est une (a) *conception*, (b) *explicite ou implicite*, distinctive d'un individu ou d'un groupe, de ce qui est (c) *désirable* et qui influence la (d) *sélection*, à partir de modèles disponibles, des moyens et des fins des actions » (p 395). Il ajoute que les valeurs structurent simultanément trois éléments constitutifs de l'esprit, soit l'affectif, le cognitif et le conatif. L'affectif renvoie au *désirable*, aux sentiments et à l'humeur. Le cognitif réfère aux *conceptions* du monde et donc à la connaissance. Et finalement, le conatif concerne la sélection des intentions comportementales (façon d'agir favorable ou non). Ainsi, sa définition est composée de quatre éléments majeurs :

(a) Les valeurs sont des *conceptions* marquant une préférence qui sont choisies moralement, et justifiées rationnellement ou d'après des jugements esthétiques. Une conception implique la recherche de ce qui est désirable, référant, non pas au désir profond de l'individu, mais à ce qu'il estime devoir désirer.

(b) Les valeurs sont *implicites* ou *explicites* par nature. En effet, il est rare que les individus explicitent et verbalisent les valeurs sous-jacentes à leurs actions. Néanmoins, les valeurs sous-jacentes à l'action peuvent potentiellement être étudiées par un observateur extérieur qui tente de comprendre la régularité des comportements d'un individu, d'un groupe ou d'une nation. Cependant, malgré leur caractère implicite, elles peuvent être explicitées, soit par l'individu lui-même, soit par un observateur extérieur.

(c) La notion de désirable ou de désirabilité doit être soigneusement expliquée, car c'est souvent la propriété fondamentale utilisée par toutes les théories s'intéressant aux valeurs. Cette notion renvoie en partie à une considération éthique de ce qu'il est bien, bon, mauvais ou mieux de faire. Les valeurs définissent donc les limites de ce qu'il est permis de faire. Dès lors, elles servent à canaliser les impulsions des individus qui s'exprimeraient spontanément si les valeurs étaient absentes. Dans un système social, les valeurs servent à réguler et prédire les comportements. De ce fait, elles apportent un élément de prédictibilité dans la vie sociale. Ainsi, par la combinaison de la conception et du désirable, les valeurs établissent une union entre la raison et les sentiments. Sans elles, la vie en communauté serait impossible, tel que le suggère Kluckhohn (1951 : 400) : « Le fonctionnement du système social dans son ensemble serait mis en échec dans l'atteinte des buts collectifs des individus ; les individus ne pourraient pas obtenir ce dont ils auraient besoin de leurs congénères, en terme personnel et émotionnel ».

(d) Enfin, la notion de *sélection* correspond à un concept proche de celui de choix, mais philosophiquement plus neutre. Cela signifie qu'à l'intérieur d'une configuration particulière l'individu effectue des choix en fonction de leurs valeurs.

### B.2.b La fonction des valeurs et de l'orientation des valeurs

Tout comme Parsons, Kluckhohn fait des valeurs un aspect central de la culture et distingue les valeurs des orientations valorielles. En effet, selon lui, « la culture consiste en des modèles de pensées, de sentiments, de réactions, acquis et transmis par des symboles constituant les accomplissements distinctifs de groupes d'individus, incluant les incarnations à travers des artefacts. Le noyau de la culture consiste en des traditions, des idées et les valeurs qui leurs sont attachées » (Kluckhohn, 1951 :386). Il ajoute qu'il est plus adapté d'utiliser le terme d'orientation valorielle pour toutes les valeurs qui sont générales, organisées et qui incluent un jugement existentiel. Ces orientations réfèrent à la façon dont un groupe particulier appréhende la structure de l'univers, les relations entre les hommes et l'univers et les relations entre les hommes. Ainsi, l'orientation valorielle ajoute un élément existentiel aux composantes affectives, conatives et cognitives. Dès lors, les orientations valorielles donnent aux groupes ou à la société un sens à leurs actes et à la vie, et comprennent simultanément des postulats normatifs et existentiels. Il définit d'ailleurs l'orientation valorielle « as generalized and organized conception, influencing behavior, of nature, of man's place in it, of man's relation to man, and of the desirable and non desirable as they may be held by individuals or, in the abstract typical form, by groups » (Kluckhohn, 1951:411). Ces orientations valorielles peuvent autant être une caractéristique des groupes que des individus. De plus, elles peuvent être, comme les valeurs, implicites ou explicites.

Malgré les différences que nous venons de mettre en lumière entre les valeurs et les orientations valorielles, Kluckhohn tente de définir les différentes dimensions ou fonctions constitutives de ces deux concepts. Selon lui, il en existe sept :

- 1) **Une dimension de modalité** : dans ce cadre, les valeurs peuvent être positives ou négatives
- 2) **Une dimension de contenu** : les valeurs peuvent être esthétiques, cognitives ou morales.
- 3) **Une dimension d'intention** : les valeurs réfèrent à une manière préférée ou approuvée d'agir.
- 4) **Une dimension de généralisation** : les valeurs peuvent être générales ou spécifiques à certaines situations.
- 5) **Une dimension d'intensité** : les valeurs n'ont ni la même intensité ni la même importance dans la société ou pour les individus. La force d'une valeur peut être déterminée par le niveau de sanction interne ou externe que l'on y associe. Par ailleurs, les valeurs ne seraient pas basées sur une hiérarchie linéaire. En effet, il existerait des valeurs centrales et des valeurs périphériques, ce qui expliquerait les variations entre les groupes. De plus, il existerait, dans une société, différents niveaux de choix de valeurs selon l'âge, la classe sociale et le travail accompli.
- 6) **Une dimension d'étendue** : les valeurs peuvent également être analysées selon l'étendue de leur champ d'application. Certaines valeurs ne concernent qu'un seul individu, d'autres le groupe et certaines sont universelles. Ainsi, l'étendue fait référence à la propagation des valeurs et au niveau de partage de celles-ci.
- 7) **Une dimension d'organisation** : cette dimension renvoie à la question de la hiérarchie des valeurs. Celle-ci détermine la cohérence des comportements tant d'un individu que d'un groupe. Sans elle, la vie ne serait qu'une séquence de réactions aux stimuli. Il

ajoute qu'il existe des valeurs prioritaires qui sont plus générales et contribuent à la cohérence du système.

### C Vers une réconciliation

Est-ce que les perspectives de Durkheim, Weber, Parsons et Kluckhohn sur les valeurs sont réconciliables ? Les valeurs sont un construit complexe référant et expliquant de nombreux aspects du fonctionnement de la société, des manières d'agir des individus. Le sociologue Guy Rocher a proposé une approche reflétant cela. Selon lui, les valeurs se situent simultanément dans la conscience des individus et dans la réalité sociale. Une valeur est « une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaisse comme idéale et qui rend désirables ou estimables les êtres ou les conduites auxquelles elle est attribuée » (Rocher, 1992 : 70). Cette valeur idéale n'existe que par l'adhésion des membres de la société. De plus, les valeurs se manifestent dans les choses ou les conduites qui les expriment d'une manière concrète ou d'une manière symbolique (Rocher, 1992).

De cette définition découlent trois considérations. Tout d'abord, il existe une différence entre les valeurs et les jugements de valeurs. Un jugement de valeur « porte sur des êtres ou des conduites qui sont jugés à la lumière de certaines valeurs » (Rocher, 1992 : 71). Les valeurs deviennent un critère de jugement auxquels plusieurs individus se réfèrent, afin que ce jugement soit valide et socialement accepté. Le second élément s'applique à la relation entre les conduites des individus et les valeurs, puisque ces dernières inspirent les conduites par l'imposition de normes dictant des modèles de conduites. Ceux-ci sont structurés par les valeurs et ont un pouvoir de contrainte ne reposant pas uniquement sur des sanctions positives



ou négatives. Enfin, l'existence de ces modèles et leur acceptation collective provient de l'adhésion aux valeurs, ce que Rocher (1992) appelle « l'orientation aux valeurs » qui est l'aspect le plus profond de l'orientation normative de l'action.

## **II L'approche psychologique des valeurs**

L'étude des valeurs est une préoccupation centrale en psychologie. De nombreux débats existent sur l'étiologie des valeurs et la nature même des valeurs. Sont-elles inhérentes à l'homme ou issues d'une construction sociale, une expérience humaine, un besoin ou un dispositif cognitif ?

Maslow (1954) a tenté de construire une psychologie des valeurs basée sur les besoins. En effet, il fait équivaloir les valeurs à des besoins qu'il convient de combler tant d'un point de vue physiologique que psychologique. Ces besoins sont hiérarchisés selon leur priorité allant du purement physiologique jusqu'à l'auto-actualisation (Maslow, 1954). Chacun de ces besoins est relié à des valeurs. Ainsi, le besoin d'actualisation de soi ou d'autoréalisation correspond à la valeur d'accomplissement. En plus d'être échelonnés, ces besoins et les valeurs y correspondant représentent des buts ultimes que l'homme tente d'atteindre.

À l'inverse Goldstein (1959, cité par Goyer-Michaud et Debuyst, 1973) ne conçoit pas les valeurs comme reliées à ses besoins, mais comme une composante de l'essence de l'homme. De ce fait, elles ne sont pas déterminées par des facteurs extérieurs ou des convictions sociales. Elles sont des moyens grâce auxquels on atteint la réalisation de soi. Ainsi, « la valeur ne se réfère donc pas à un contenu précis, mais à cette expérience d'équilibre entre la nature d'un individu et son monde » (Goldstein, 1959 :181, cité par Goyer-Michaud et

Debuyst, 1973). Enfin, Spranger (1924, cité par Goyer-Michaud et Debuyst, 1973) avance que les valeurs n'ont de sens que dans un contexte psychique. Elles sont avant tout des actes mentaux découlant des processus cognitifs des individus. Ces actes mentaux détermineraient le caractère et le comportement des individus. De plus, les valeurs influenceraient la direction de la vie, ainsi que les expériences des individus.

Cette brève présentation introduit aux multiples débats qui entourent le concept de valeur en psychologie. Il est impossible de présenter toutes les théories existantes sur ce sujet. Ainsi, nous avons choisi d'exposer les deux psychologues qui ont le plus influencé l'étude des valeurs durant ces dernières décennies : Milton Rokeach et Shalom Schwartz.

### A La théorie de Milton Rokeach

Milton Rokeach est l'un des auteurs fondamentaux dans l'étude des valeurs et des systèmes de valeurs. Il a consacré plusieurs ouvrages à l'étude de la nature des valeurs et aux méthodes pour les mesurer.

#### *A.1 Nature et définition des valeurs*

Cinq hypothèses ont orienté son travail : (1) le nombre de valeurs qu'un individu possède est relativement petit, (2) tous les hommes possèdent les mêmes valeurs, mais à des degrés différents, (3) les valeurs sont organisées en système, (4) les antécédents des valeurs peuvent être retrouvés dans la culture, la société, les institutions et la personnalité, (5) les conséquences des valeurs humaines peuvent se manifester dans tous les phénomènes (Rokeach, 1973).

Il définit les valeurs comme « une croyance durable qu'un mode spécifique de comportement ou but de l'existence est personnellement ou socialement préférable à un autre mode de comportement ou but de l'existence opposé ou convergent » (Rokeach, 1973 :5). Il ajoute quelques années plus tard que les valeurs représentent « une conception désirable des moyens et des fins » existant « au niveau macro autant qu'au niveau micro ». (Rokeach, 1989 :775).

S'appuyant sur ces hypothèses, Rokeach (1973) attribue aux valeurs les propriétés suivantes qui permettraient de comprendre leur nature :

- 1) **Les valeurs sont persistantes.** Cela ne signifie pas qu'elles sont complètement stables sinon les changements sociaux seraient impossibles. Néanmoins, il existe une certaine stabilité permettant une cohérence et une continuité sociétale. Cette persistance provient du mode d'apprentissage des valeurs. En effet, celles-ci seraient apprises indépendamment les unes des autres. Néanmoins, lorsque l'individu, en grandissant, est confronté à des choix en situation, cela l'oblige à construire cognitivement une gradation entre les différentes valeurs. Cette gradation aboutit à un système organisé hiérarchiquement où chaque valeur est ordonnancée en fonction de sa priorité.
- 2) **Les valeurs sont des croyances.** De ce fait, comme les croyances, les valeurs ont trois composantes : cognitive, affective, comportementale. D'un point de vue cognitif, les valeurs représentent une conception de ce qui est désirable, selon les mêmes orientations que Kluckhohn.C (1951). La dimension affective marque un sentiment d'engagement dans la défense ou la lutte pour certaines valeurs. Enfin, la composante comportementale, lorsqu'elle est activée, mène à l'action.

3) **Les valeurs réfèrent à des modes de conduite ou un état final de l'existence.**

Rokeach (1973) met les valeurs en relation avec des modes de conduite ponctuels ou des états terminaux de l'existence. En outre, il distingue les valeurs instrumentales et les valeurs terminales. Ces dernières représentent des objectifs durables et à long terme tant pour l'individu que pour la société. En revanche, les valeurs instrumentales réfèrent à des modes de comportements permettant de mener à bien une action déterminée. Cependant, Rokeach (1973) avance que la distinction entre valeurs instrumentales et terminales n'est pas définitive. En effet, une valeur instrumentale peut devenir dans certaines situations une valeur terminale. Le moyen se transformerait alors en but.

4) **Une valeur est une préférence aussi bien qu'une conception de ce qui est préférable.**

Rokeach à l'inverse de Kluckhohn ne définit pas les valeurs comme une conception du désirable, du fait de la difficulté à définir ce qui est désirable. Selon lui, les valeurs établissent un rapport de « préférence » entre une chose et une autre ou entre un mode de comportement et une finalité de l'existence. Le désirable ne semblerait rien d'autre qu'une forme de préférence. La préférence ne s'applique pas uniquement aux objets et aux comportements, mais aussi aux valeurs elles-mêmes à l'intérieur du système de valeurs.

*A.2 Les valeurs sont organisées en système*

Les valeurs ne sont pas indépendantes, mais organisées en système à l'intérieur duquel elles sont ordonnancées selon leur importance relative. « Un système de valeurs est une organisation durable de croyances relatives à des manières de se conduire, préférables pour l'individu, ou des états finaux de l'existence pouvant être classés, selon leurs importances relatives» (Rokeach, 1973 : 5). Ainsi, le comportement des individus n'est pas la conséquence

d'une valeur, mais d'un ensemble de valeurs en interrelation. En effet, les valeurs sont organisées dans un système hiérarchisé, après avoir été apprises et intégrées suite au processus de socialisation. Elles sont donc priorisées les unes par rapport aux autres. Cependant, des changements culturels ou sociétaux ou provenant de l'expérience personnelle peuvent modifier ce système en transformant la hiérarchisation des valeurs.

### *A.3 Les valeurs ont des fonctions*

L'œuvre de Rokeach est construite autour d'une question centrale : à quoi servent les valeurs ?

Elles serviraient de standards guidant les activités quotidiennes et représentant une source de motivation. Le système de valeurs est employé comme un plan général pour résoudre les conflits et pour prendre des décisions.

**1) Les valeurs comme standards :** cet aspect recouvre plusieurs fonctions relatives aux comportements humains et l'interaction avec la société. En effet, les valeurs permettent (1) aux individus de se positionner face à des problèmes sociaux, (2) de se présenter aux autres, (3) d'évaluer et de juger. Ainsi, les valeurs sont centrales dans le processus de comparaison de soi par rapport aux autres en termes de morale et de compétence. Enfin, elles ont une fonction psychologique d'auto-contrôle permettant de rationaliser les attitudes, les croyances et les comportements afin qu'ils soient personnellement et socialement acceptables.

**2) La fonction de motivation :** la première fonction des valeurs et du système de valeurs serait de guider l'action humaine au quotidien. Elles possèdent donc une composante

motivationnelle très importante. En effet, les valeurs instrumentales motivent l'action puisqu'elles projettent un type de comportement idéal pour atteindre un but. De même, les valeurs terminales sont des sources, car elles représentent des buts ultimes. Un autre élément fait des valeurs une source de motivation puisqu'elles permettent de maintenir et d'augmenter l'estime de soi et de défendre ego et ses choix.

**3) Le système de valeurs comme plan général permettant de résoudre les conflits et prendre des décisions.** Chaque situation imposant des choix aux individus, le système de valeurs représente une organisation de principes et de règles permettant de choisir entre des alternatives, résoudre des conflits et prendre des décisions.

#### B L'approche de Schwartz

Schwartz a proposé une théorie de la structure psychologique universelle des valeurs. Son objectif était de développer une théorie expliquant la dynamique des relations entre les valeurs afin de découvrir celles qui étaient compatibles et celles qui s'opposaient. Selon lui, les valeurs représentent l'expression de domaines de motivation universels (Schwartz, 1990, 2006). En effet, il décrit les valeurs par leur contenu et par la structure des domaines de motivation que celles-ci représentent et expriment de façon universelle (Schwartz & Bilsky, 1990). Ces valeurs sont structurées pour rendre compte des relations d'opposition et de compatibilité et non pas leur importance relative. Il existe donc une dynamique d'opposition et de compatibilité entre elles. Par exemple, la bienveillance s'oppose au pouvoir, tandis que d'autres sont associées comme la conformité et la sécurité (Schwartz, 2006). Il postule qu'il existe des structures de valeurs similaires entre les groupes appartenant à des cultures différentes. Ces valeurs seraient reconnues dans toutes les cultures (Schwartz, 2006). Cette

universalité proviendrait de leur source. En effet, durant son existence l'homme fait face, quelle que soit sa culture, à trois nécessités : satisfaire les besoins biologiques, permettre l'interaction sociale et assurer le bon fonctionnement et la survie du groupe. Par contre, la structure des valeurs et sa hiérarchie seraient différentes d'un contexte culturel à un autre. Ainsi, les valeurs ne seraient pas priorisées de la même manière d'un groupe à un autre ou d'une société à une autre (Schwartz, 2006).

Les valeurs décrites par Schwartz (2006) sont au nombre de dix et représentent également les types motivationnels : l'autonomie, la stimulation, l'hédonisme, la réussite, le pouvoir, la sécurité, la conformité, la tradition, la bienveillance, l'universalisme,

### *B.1 La nature des valeurs selon Schwartz*

Schwartz (1990, 2006) s'est inspiré des travaux de Parsons (1951a et b), Rokeach (1973) et Kluckhohn (1951) pour déterminer les caractéristiques des valeurs. Les valeurs auraient six caractéristiques (Schwartz, 2006 : 931) :

- 1) **Les valeurs sont des croyances.** Elles sont indissociables de l'affect et des sentiments des individus.
- 2) **Les valeurs ont trait à des objectifs désirables** qui motivent l'action
- 3) **Les valeurs transcendent les actions et les situations spécifiques.**
- 4) **Les valeurs servent d'étalon ou de critères.** Les valeurs servent de référent pour la sélection et l'évaluation des actions, des politiques, des personnes ou des événements. À l'aide de ces critères, il est possible de déterminer ce qui est bon ou mauvais, justifié ou

légitime. Par contre, les valeurs sont rarement conscientes. Cependant, elles peuvent le devenir lorsqu'il y a des conflits entre les différentes valeurs.

- 5) **Les valeurs sont classées socialement et pour l'individu par ordre d'importance** les unes par rapport aux autres.
- 6) **L'importance relative de multiples valeurs guide l'action.** Cependant, toute attitude ou comportement implique plus d'une valeur. C'est l'arbitrage, le choix entre des valeurs en compétition qui guide les attitudes et les comportements. Par ailleurs, les valeurs contribuent à l'action dans un contexte. De plus, une action motivée par la mise en pratique d'une valeur a des conséquences psychologiques et sociales. D'un point de vue psychologique, lorsqu'un individu veut choisir entre deux actions, il peut s'apercevoir que celles-ci sont psychologiquement dissonantes, car elles opposent deux valeurs. Socialement, les individus peuvent être sanctionnés pour leur non-conformité aux valeurs dominantes ou la contradiction entre l'action choisie et les valeurs que la personne professe.

Cependant, pour Bilsky et Schwartz (1994), cette définition est incomplète, car elle n'identifie pas le contenu permettant de distinguer une valeur d'une autre. Cette distinction proviendrait du contenu motivationnel de chaque valeur. En effet, les valeurs seraient des représentations cognitives des buts humains importants, à propos desquelles les être humains devraient communiquer afin de coordonner leur comportement. Ainsi, « ce qui distingue une valeur d'une autre est le type de motivation ou de buts qu'elle représente » (Bilsky & Schwartz, 1994).



## *B.2 De la conformité des valeurs*

Schwartz (2006) a montré qu'il existait un consensus sur les valeurs à un niveau panculturel. La bienveillance, l'universalisme et l'autonomie sont des valeurs qui arrivent souvent en tête dans la hiérarchie des valeurs, alors que la stimulation et le pouvoir arrivent en dernier.

Selon lui, cette conformité dans la hiérarchie des valeurs provient de leur fonction. En effet, s'inspirant de Parsons, il énonce que la fonction de base des valeurs est d'assurer le maintien de la société et de s'assurer du contrôle des comportements. Certaines valeurs seraient plus désirables que d'autres pour maintenir la société et assurer sa prospérité. Dans cette optique, deux mécanismes sont cruciaux. Tout d'abord, l'intériorisation des valeurs qui permet un autocontrôle des individus, et l'utilisation des valeurs comme justification vis-à-vis des autres pour prouver que le comportement est approprié et légitime (Schwartz, 2006).

Contrairement à l'approche sociologique qui appréhende les valeurs comme un construit social, de nombreux psychologues conçoivent l'origine des valeurs comme imprégnée dans l'homme. Ils ont cherché à comprendre comment les valeurs se structuraient dans la psyché des individus, et comment elles influençaient leurs comportements. Les aspects sociaux, déterministes et normatifs sont souvent absents de leurs approches. Ainsi, les valeurs ont des composantes cognitives, affectives, conatives et existentielles. Elles n'opèrent pas indépendamment de l'organisme biologique ou de l'espace social. Elles réfèrent à des standards de ce qui est désirable plutôt que désiré et elles sont organisées en un système.

### **III Circonscrire le concept de valeur**

En psychologie, sociologie et philosophie, nombre de développements entourant le concept de valeur concernent la distinction entre ce concept et d'autres notions relativement similaires. En effet, intérêt, attitude, besoin, croyance, trait de personnalité sont tantôt appréhendés comme des phénomènes déterminés par les valeurs, tantôt abordés comme synonymes.

#### A Valeur et intérêt

La question de la relation entre intérêt et valeur soulève une double interrogation. En sociologie, il existe un débat sur les origines de l'action. Pour certains, l'action est déterminée par l'intérêt des individus. Pour d'autres, ce sont les valeurs et les normes sociales en découlant qui sont à l'origine de l'action. Selon la première approche, c'est l'action qui génère les valeurs, tandis que les tenants de la deuxième approche appréhendent l'action comme découlant des valeurs (Rocher, 1992). En sociologie, ces deux concepts sont clairement distincts. Par contre, en psychologie ou en philosophie, le débat concerne la nature même de ces deux concepts et leur possible similitude.

Dans la recherche sociologique s'intéressant aux sources de motivation de l'action, certains auteurs ont privilégié, tels Coleman (1998) avec la théorie du choix rationnel ou Crozier (1977) avec la théorie de l'acteur stratégique, une approche stratégique et rationaliste. Dans ce cadre, l'action est muée par l'intérêt individuel et collectif. L'individu détermine rationnellement les buts qu'il veut atteindre et ce qu'il désire obtenir. L'action a pour objectif de remédier à un état d'insatisfaction (Feertchack, 1996). Kuty (1997) ajoute que cette

conception tend à définir l'individu selon sa position sociale et les stratégies qu'il emploie. A contrario, expliquer la genèse de l'action par les valeurs et la culture introduit une composante symbolique et affective. En effet, les valeurs symbolisent un idéal et possèdent deux composantes : des sentiments puissants, soit une dimension affective et une légitimité permettant de juger du bien-fondé de l'acte (Kuty, 1997).

En psychologie, Perry (1954, cité par Rokeach, 1973) affirme que les valeurs et les intérêts sont des concepts identiques, car toute valeur est un objet d'intérêt. Cependant, Rokeach (1973) pense que les intérêts recouvrent une réalité moins large et surtout moins ancrée cognitivement. En effet, on ne peut déterminer sur la base de l'intérêt un comportement idéal, ni un état final de l'existence. De ce fait, l'intérêt n'aurait pas la portée universelle des valeurs. Cependant, il semble que les intérêts découleraient partiellement des systèmes de valeur des individus. Les valeurs déterminent plus profondément et durablement l'action et surtout celles-ci ont la propriété de transcender les intérêts.

### B Valeur et attitude

La seconde distinction concerne les concepts d'attitude et de valeur. Thomas et Znaniecki (1918 cités par Feertchak, 1996) abordent les valeurs comme des aspects culturels essentiels et objectifs à la vie sociale, tandis que les attitudes sont des aspects subjectifs propres aux individus. Plus précisément, ils définissent les valeurs comme « n'importe quelle donnée ayant un contenu empirique accessible aux membres d'un groupe social et une signification qui en fait, ou pourrait en faire, un objet d'activité » (Thomas et Znaniecki 1918, cités par Feertchak, 1996). L'attitude, elle, réfère plutôt à « un processus de la conscience individuelle qui détermine l'activité réelle ou possible de l'individu dans le monde social »

(Thomas et Znaniecki, cités par Feertchak, 1996). De ce fait, l'aspect subjectif propre à la conscience individuelle serait plus à même d'expliquer les comportements des individus que les valeurs qui seraient communes au groupe.

Pour Rokeach, « une attitude est une organisation relativement durable de croyances concernant un objet ou une situation, et qui prédispose un individu à réagir d'une certaine manière » (1968 : 112), alors que les valeurs concernent une croyance renvoyant à un mode de comportement préférable ou un état final de l'existence (Rokeach, 1973). L'attitude se concentre sur un objet ou une situation alors que les valeurs transcendent plusieurs objets et situations. De plus, les valeurs représentent des standards pour l'action qui peuvent être généralisables. Ceci n'est pas le cas pour les attitudes. Enfin, les valeurs occuperaient une place centrale dans le système cognitif des individus faisant de celles-ci un déterminant des attitudes (Rokeach, 1973). Les deux approches que nous venons de présenter sont différentes, mais toutes deux semblent concevoir les attitudes comme une notion plus subjective et individuelle, plus utile pour décrire le comportement des individus, mais moins pertinente pour analyser le fondement de comportements collectifs.

### C Valeur et besoin

De nombreux auteurs appréhendent les valeurs et les besoins comme étant équivalents. Maslow (1954) décrit l'accomplissement autant comme un besoin qu'une valeur. De son côté, Rokeach (1973) affirme plutôt que ces deux concepts ne devraient être confondus. Selon lui, les besoins sont inhérents à tous les êtres vivants, alors que les valeurs sont propres à l'homme. Ainsi « les valeurs sont une représentation et une transformation cognitives des besoins individuels, mais aussi des demandes sociales et institutionnelles » (Rokeach, 1973 :

20). Cependant, besoins et valeurs sont intimement liés. Pour Schwartz (1990), les valeurs découleraient directement de l'existence des besoins qu'il considère comme universels. Kluckhohn (1951) ajoute que les valeurs proviennent des besoins, mais les créent également.

#### D Valeur et croyance

Il existe un débat afin de déterminer si les valeurs et les croyances relèvent d'un même phénomène. Pour Kluckhohn (1951), les valeurs diffèrent des croyances par l'aspect affectif et sentimental que les individus leurs attachent et l'engagement dans l'action qu'elles impliquent. Il va plus loin en affirmant que si une action provient d'une croyance, alors cela signifie qu'une valeur est mobilisée. De plus, une croyance, au contraire d'une valeur, n'implique ni une dimension de sélection ni l'existence d'un système organisé de valeurs.

Par contre, pour Rokeach (1973), une valeur est également une croyance puisqu'elles ont toutes deux des composantes existentielles, évaluatives et prescriptives sur les comportements humains. Ainsi, une valeur serait une croyance qui permet de prescrire ou proscrire un comportement.

#### E Valeur et trait de personnalité

Pour Guilford (1959, cité par Bilsky & Schwartz, 1994), la personnalité réfère à des modèles uniques de traits. Un trait représente « n'importe quel aspect reconnaissable et relativement durable qui diffère d'un individu à un autre » (Bilsky & Schwartz, 1994 :165). Les valeurs sont un de ces traits. Rokeach (1973), quant à lui, croit plutôt que les valeurs et les traits de personnalité ne peuvent être considérés comme similaires puisque les traits de

personnalité sont des modes de comportement alors que les valeurs sont des critères individuels pour juger de la désirabilité d'un comportement ou d'un événement. Deuxièmement, les traits de personnalité varient dans la façon dont les individus les exhibent, tandis que les valeurs varient en fonction de l'importance que les individus leur accordent. Par ailleurs, Bilsky (1994) avance qu'il existe une relation forte entre la personnalité et les valeurs qui découleraient de la priorité donnée à certaines valeurs. En effet, la structure de valeur sous-tend les traits de personnalité. Son étude démontre qu'il existe une association entre les valeurs prioritaires chez un individu et ses traits de personnalité.

Croyances, attitudes, besoins, intérêts, traits de personnalité sont tous reliés au concept de valeur. Les intérêts représentent un construit cognitif basé sur une stratégie rationnelle, initiée et structurée par les méta-cadres cognitifs et une évaluation des situations qui reposent sur les valeurs. Les attitudes découlent également des valeurs et se concentrent sur un objet et une situation précise. Les besoins, par leurs composantes biologiques et sociales, semblent être le socle de la construction de valeurs individuelles et sociétales. Les valeurs sont en partie issues des besoins, mais servent aussi à contrôler les pulsions. Ces pulsions entraînent une recherche de satisfactions immédiates qui irait à l'encontre de ce qui est acceptable dans la société. Les croyances forment un des socles permettant le développement des valeurs, au point d'associer les valeurs à un ensemble de croyances (Rokeach, 1973). Finalement, les traits de personnalité seraient en grande partie structurés autour des valeurs des individus.

## **IV Les niveaux d'expression des valeurs ou la pertinence de l'étude des valeurs organisationnelles**

### A Les différents niveaux d'expression et d'analyse des valeurs

L'un des problèmes théoriques et opérationnels reliés à l'étude des valeurs est la détermination du niveau d'expression et d'analyse. À quel niveau les valeurs agissent ou s'exercent-elles ? (Agle & Caldwell 1999 ; Rousseau, 1985)

Les valeurs sont-elles l'apanage des individus ou existent-elles au niveau de la société ou de l'organisation? Il est difficile de trancher tant les points de vue des auteurs divergent. Meglino & Ravlin (1998), spécialistes des valeurs organisationnelles, affirment qu'une organisation ne possède pas de valeurs propres en dehors des valeurs de ses membres. La réalité est probablement plus complexe. De nombreuses théories ont tendance à analyser et concevoir l'expression des valeurs à plusieurs niveaux en interrelation. Pour Hofstede (2001), les valeurs s'expriment et opèrent autant au niveau individuel, institutionnel, organisationnel que dans l'ensemble de la société (Hofstede, 2001). Selon lui, celles-ci sont des méta-cadres cognitifs représentant des programmes permettant d'agir. Il distingue trois niveaux de programmes mentaux: l'universel, le collectif et l'individuel. Au niveau universel, les programmes mentaux sont partagés par tous les êtres vivants. Le niveau collectif est partagé par certains individus, mais pas tous. Ce niveau correspond à celui de l'organisation. Le niveau individuel a un côté unique, propre à la personne et marquant sa personnalité.

Agle & Caldwell (1999), dans leur analyse des valeurs en gestion, concluent également que les valeurs existent à tous les niveaux et que celles-ci sont en interaction. De ce fait,

chacun de ces niveaux d'expression, d'observation puis d'analyse doit être articulé. Il base son affirmation sur plusieurs travaux dont ceux de Posner (1983), Perrow (1986) ou Miller (1978) qui analysent tous l'expression des valeurs à plusieurs niveaux. Selon Perrow (1986), cinq niveaux doivent être pris en compte : le niveau individuel, organisationnel, institutionnel, sociétal et global. Miller (1978) décrit les différents niveaux en termes de hiérarchie de système dans l'univers. Selon lui, on trouve en premier lieu l'organisme, puis le groupe, l'organisation et enfin les systèmes supranationaux.

Ainsi, les valeurs peuvent être observées et analysées à chacun de ces niveaux. De plus, il est possible d'analyser l'interaction entre les différents niveaux. L'analyse la plus commune de cette interaction découle des études sur la congruence ou le partage des valeurs entre les individus et la société ou une organisation. Dès lors, cela signifierait que les organisations auraient leurs propres valeurs différentes ou similaires des valeurs de leurs membres. Celles-ci s'exprimeraient à travers les principes qui guident l'organisation, les formes de régulation, les types de structure ou les croyances perçues comme dominantes par les membres de l'organisation (Liedtka, 1991).

Cette approche est partagée par de nombreux auteurs spécialistes des valeurs ou de la culture organisationnelle (Schein 1985 ; Liedtka, 1991). Cependant, tout comme au niveau sociétal, il y a une interinfluence entre les valeurs des membres de l'organisation et les valeurs de l'organisation. En effet, VanMannen et Schein (1979) (cités par Agle & Caldwell, 1999) ont montré que les organisations modifient les valeurs de leurs membres par l'intermédiaire du processus de socialisation professionnelle.



## B De l'existence des valeurs organisationnelles

Il existe plusieurs niveaux d'expression des valeurs au sein d'une organisation : les valeurs organisationnelles véhiculées par les orientations stratégiques, la politique de l'organisation et les décisions des dirigeants, et les valeurs des membres de l'organisation, elles-mêmes subdivisées en fonction des catégories socioprofessionnelles. Ces différents niveaux d'expression des valeurs se côtoient et s'influencent. Les valeurs dans le contexte organisationnel ont été étudiées selon diverses perspectives. On trouve deux champs principaux, l'étude de la culture organisationnelle (Schein, 1985 ; Deal, Kennedy, 1982 ; Quinn, 1991) et les études s'intéressant à la congruence entre les valeurs de l'organisation et celles des employés (Meglino & Ravlin, 1998 ; Edwards, Cable et al., 2006). Par ailleurs, on trouve également toute une série d'études s'intéressant à l'influence des valeurs sur les mécanismes de prise de décision des gestionnaires (England, 1967 ; Lidtka, 1989) ou l'impact des valeurs sur les structures organisationnelles (Hinings, Thibault et al., 1996). Nous reviendrons plus en détail sur les deux premiers courants dans le chapitre 4. Dans cette partie, nous nous consacrerons à la conception de la notion de valeur dans la théorie des organisations.

### *B.1 Conception des valeurs organisationnelles*

Les valeurs organisationnelles ou les valeurs des membres de l'organisation se distinguent des valeurs sociétales. Elles sont influencées par elles, mais elles réfèrent à un autre contexte plus précis. De nombreuses études sur les valeurs ont adopté la position selon laquelle les valeurs au travail sont des expressions spécifiques de valeurs plus générales découlant des valeurs sociétales (Lefkowitz, 2003). Ainsi, les valeurs organisationnelles ou au

travail seraient des applications adaptées et plus « pratiques » des valeurs sociétales. Elizur et Sagie (1999, cités par Lefkowitz, 2003) avancent que « la comparaison entre valeurs sociales et au travail a été observée principalement par rapport à leurs ordonnancements plutôt que dans l'importance relative des valeurs individuelles. « La différence qui a été trouvée dans la hiérarchie des valeurs entre les valeurs sociales et les valeurs au travail indique que l'importance des valeurs personnelles n'est pas indépendante du contexte. Au contraire, cela dépend de l'environnement dans lequel les valeurs sont considérées ». (Elizur et Sagie (1999 :85, cités par Lefkowitz, 2003). Lefkowitz (2003) ajoute que selon plusieurs études les questionnaires hiérarchisent différemment leurs valeurs au travail et leurs valeurs personnelles.

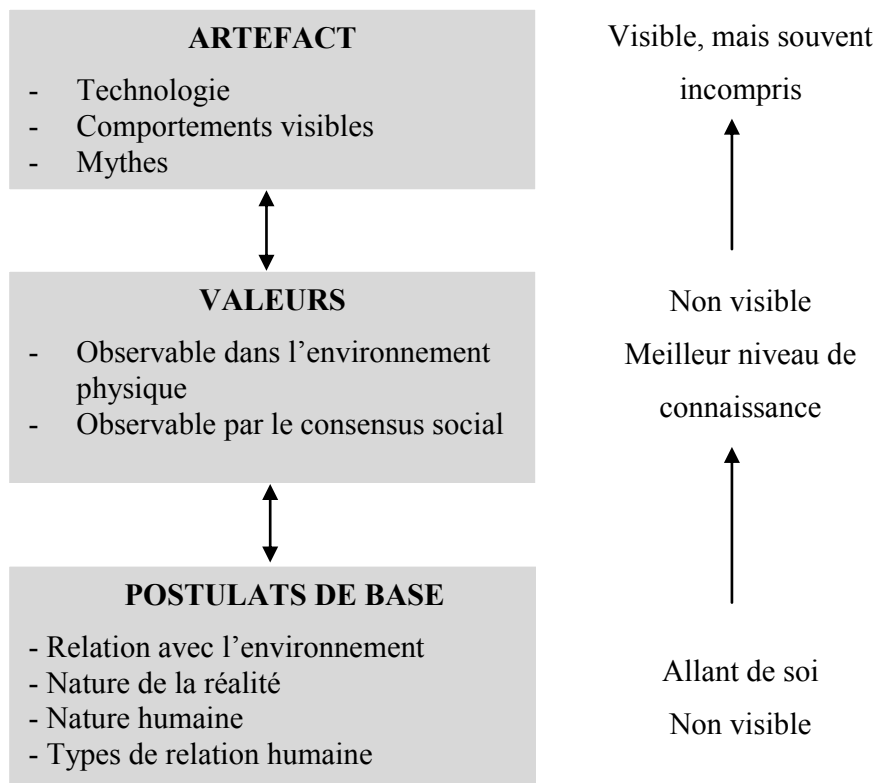
England (1967) et Liedtka (1989) avancent que les valeurs à l'œuvre dans une organisation ont une portée plus instrumentale ou opérationnelle que les valeurs sociétales. En effet, celles-ci permettent de déterminer la perception d'un problème et sa définition, ainsi que l'élaboration des solutions. Ainsi les valeurs seraient cognitivement la première étape avant l'élaboration de processus rationnels de résolution de problèmes (Liedtka, 1989). Cependant, Haberstroh et Gerwin (1972, cité par Liedtka, 1991) avancent que les décisions sont affectées « pas uniquement par les valeurs individuelles du preneur de décision, mais aussi par les valeurs des autres auxquelles le preneur de décision se sent obligé de répondre ». Cette force de prescription des valeurs provient de la place centrale qu'elles occupent dans la culture organisationnelle, comme fondement des systèmes d'interprétation.

### *B.2 Les valeurs comme fondement de la culture organisationnelle*

Les valeurs sont jugées centrales dans une organisation, car elles représentent le fondement de la culture organisationnelle (Schein, 1985 ; O'Reilly, Chatman et al.,1991).

Celles-ci sont conscientes ou inconscientes et agissent comme l'élément définissant et structurant les normes, les symboles, les rituels et l'ensemble des aspects culturels qui en découlent (O'Reilly, Chatman et al., 1991). La perspective la plus utilisée est celle de Schein (1985) qui a défini la culture organisationnelle comme « un modèle de postulats, de valeurs fondamentales, inventés, découverts, ou développés par un groupe donné, au fur et à mesure qu'il fait face à des problèmes d'adaptation externe (environnement) et d'intégration interne (relations réciproques) qui ont été suffisamment longtemps et avec succès considérés comme valides et dignes d'être transmis aux nouveaux membres du groupe comme la manière juste de percevoir, de penser, de ressentir face à des problèmes ».

Schein.E (1985) a identifié trois niveaux pour analyser et comprendre la culture :



Les éléments composant la culture vont de l'inconscient vers les expressions objectives de celle-ci. La culture est formée de postulats de base symbolisant les conceptions ontologiques leur permettant de se représenter le monde. Ceux-ci concernent la nature de l'activité humaine, la nature de la réalité et du temps, ainsi que la nature de l'homme. Au deuxième niveau interviennent les valeurs et les normes qui constituent les principes sociaux, des objectifs et des modèles tenus dans une culture pour avoir une qualité intrinsèque (Hatch, 2000). Les valeurs définissent ce qui a de l'importance, alors que les normes clarifient ce qui est considéré comme normal ou anormal. Enfin, le troisième niveau est celui des artefacts qui constituent les éléments les plus visibles, tangibles et audibles des éléments d'une culture organisationnelle. Cette typologie a été utilisée comme point de départ de nombreuses études sur la culture organisationnelle et les valeurs afin de sélectionner des objets d'études (les valeurs, les comportements, les rites) (O'Reilly, Chatman et al., 1991; Rousseau 1990; Cooke et Szumal 1993).

### *B.3 De l'expression des valeurs organisationnelles*

Les valeurs organisationnelles s'expriment à travers les stratégies, la définition des missions et des priorités de l'organisation. Elles influencent également l'allocation des ressources. Sur cette base, la littérature sur le management s'est intéressée à l'influence des valeurs sur le processus de décision (Beyer, 1981 cité par Liedtka, 1989). Selon Liedtka (1989), elles orienteraient la définition des buts d'une organisation et de ce fait la sélection des critères d'évaluation des décisions mis en place afin de les atteindre (Liedtka, 1989). Au-delà de ces aspects, les valeurs façonnent et s'expriment dans les structures mêmes d'une organisation.

En effet, les structures d'une organisation ne peuvent être pensées comme des instruments ne véhiculant, ou n'étant basées sur une valeur (Hinings, Thibault et al, 1996). Au contraire, il faut les aborder comme des représentations des valeurs et des intérêts de certains acteurs institutionnels et organisationnels (Ranson, 1980; Hinings, Thibault et al., 1996). On retrouve le lien entre structure et valeurs dans deux courants théoriques, celui de la culture organisationnelle et celui de la théorie institutionnelle. Dans le courant de la culture organisationnelle, une culture « forte » basée sur un système de valeurs partagées soutient la structure et les actions (Deal et Kennedy, 1982 ; Peters et Waterman, 1982).

Selon la théorie institutionnelle, ce sont les valeurs extérieures à l'organisation qui jouent un rôle majeur sur la structure des organisations (Meyer, 1977, 1983 ; DiMaggio, 1991, cité par Hinings, Thibault et a.l, 1996). En effet, les organisations doivent s'adapter aux valeurs dominantes de la société ou de leur secteur d'activité. Ces valeurs décrivent les moyens légitimes et appropriés de production, ainsi que le choix dans les formes d'arrangements organisationnels. De cette manière, si on les conçoit comme un instrument permettant d'atteindre des résultats et de remplir une mission, les structures sont porteuses et façonnées par les valeurs de l'organisation ou du milieu dans lequel l'organisation évolue.

## **V Vers une synthèse : origine, fonctions et propriétés des valeurs**

Notre présentation sur le concept de valeur ne recouvre pas l'ensemble des aspects qui ont été développés dans la littérature. Néanmoins, les développements théoriques les plus acceptés ont été abordés et nous ont permis de dégager les propriétés, les fonctions et les diverses définitions qui sont appliquées au concept de valeur. Dans cette section, nous allons

synthétiser l'ensemble de ces éléments, proposer une définition du concept de valeur ainsi que les propriétés qui seront notre point de référence pour le reste de notre travail.

### A Comment définir les valeurs ?

Plusieurs conceptions de la nature des valeurs se côtoient. Les valeurs sont décrites comme un état interne ou des méta-cadres cognitifs qui ont été abordés comme un ensemble de croyances (Rokeach, 1973; Schwartz, 1990), l'expression de besoins (Maslow, 1954), une conception de ce qui est désirable (Kluckhohn, 1951) ou préférable (Rokeach, 1973), des standards ou des normes (Parsons, 1951a), des motivations universelles (Schwartz, 2006), permettant de faire des choix entre des comportements ou des finalités de l'existence (Rokeach, 1973; Kluckhohn, 1951). Les valeurs orientent l'individu vers un but (Lefkowitz, 2003), mais celui-ci n'est pas uniquement instrumental, mais également existentiel puisqu'il englobe une conception du monde, des types de relations humaines et des modes de conduites associés avec cette finalité.

Ainsi, il semble difficile de trancher sur la nature exacte de ce construit. En effet, par nature, il est une construction intellectuelle permettant de décrire des phénomènes psychiques que l'on ne peut ni circonscrire, ni observer, ni reproduire. Deux aspects de ce concept semblent indiscutables et sont parfaitement décrits par Lefkowitz.J (2003 :139) : « Les valeurs sont des représentations cognitives relativement stables de ce qu'une personne croit être les standards de conduite et des finalités générales désirables. Elles ont des composantes affectives et évaluatives » et j'ajouterais existentielles, « qui sont vécues en fonction de leur importance par rapport au moi individuel. Elles ont une composante motivationnelle qui sert à

initier et guider les individus dans leurs évaluations, choix et actions ». Finalement, elles fournissent un sens à l'action et au monde et permettent leurs interprétations.

Cependant, ces définitions ne décrivent ni les niveaux d'expression des valeurs, ni leurs origines.

### B Origine des valeurs et niveaux d'expression

Les valeurs sont-elles un pur construit social ou existent-elles dans l'homme indépendamment d'une structure sociale particulière ?

Cette question semble opposer sociologues et psychologues. Parsons (1951 a et b) aborde les valeurs comme une structure constitutive des systèmes d'action, intériorisés par l'individu à travers le sous-système de la personnalité. De ce fait, les valeurs sont construites en dehors de l'individu et lui sont inculquées. Une fois intériorisées, elles sont interprétées et fournissent un sens et une motivation à l'action. Ainsi, les valeurs deviennent autant une caractéristique de l'individu que du groupe ou de la société (Kluckhohn, 1951). Les valeurs s'expriment au niveau individuel, organisationnel ou sociétal, mais l'origine des valeurs serait purement sociétale. Cette posture explique la vision normative de Parsons et sa description en termes de standard de comportement. Selon Williams (1979, cité par Koivula, 2008) une norme est une demande, une attente et une règle. Elle est spécifique et obligatoire et reliée aux critères de désirabilité émanant d'une valeur. Dans ce sens, les valeurs contraignent les comportements individuels. Les individus respectent les normes ou les standards attendus par les groupes ou la société afin d'être acceptés par celle-ci et d'éviter les sanctions associées aux comportements déviants.

À l'inverse, en psychologie, les valeurs sont appréhendées comme un élément inhérent à l'homme provenant de ses besoins biologiques ou de son essence même. De ce fait, les antécédents des valeurs se trouvent dans la culture, la société, les institutions autant que dans la personnalité (Rokeach, 1973). Les valeurs sont donc certes socialement construites et intériorisées, mais elles trouvent aussi leurs origines dans l'homme lui-même indépendamment de la société. Les valeurs proviendraient de l'expérience personnelle et de l'importance que l'individu leur attribue. C'est à travers elles qu'un individu est capable de faire des choix (Feather, 1995). Feather (1995) associe donc expériences et valeurs. Cela sous-tend un processus de sélection en termes d'intensité, de hiérarchie dans le système de valeurs des individus, en fonction des processus cognitifs et affectifs associés aux expériences. De plus, un tel phénomène ne peut se faire sans autoréflexivité et donc un processus conscient de recherche des motivations associées à l'action.

Notre position s'inspire de ces deux approches, si bien que les valeurs sont ancrées et peuvent être générées autant au niveau individuel, organisationnel que sociétal. Après avoir exploré l'origine des valeurs, il est utile d'en explorer leurs fonctions et leurs effets sur l'individu et la société.

### C Fonctions et effets des valeurs

Une fonction renvoie au rôle que joue un élément (Petit Robert, 2012). Par ailleurs, on la définit également comme une propriété qui rend possible une activité. Ainsi, il n'est pas aisé de distinguer les fonctions, des propriétés d'un objet. Cependant, nous considérons une propriété comme les qualités propres et/ou les caractéristiques qui appartiennent à un objet



(Petit Robert, 2012). Les valeurs semblent avoir trois grandes fonctions : orienter les conduites, permettre de faire des choix et maintenir les systèmes.

Premièrement, les valeurs inspirent les conduites et régulent les comportements en fournissant une vision globale de l'existence et du monde (Rocher, 1992; Rokeach, 1973; Schwartz 1990; Parsons 1951a). Elles permettent également de juger d'une situation et de faire des choix (Kluckhohn 1951; Rokeach, 1973; Schwartz, 1990, 2006). La question sous-jacente à cette affirmation renvoie aux mécanismes individuels et sociétaux qui influencent les comportements et les choix des individus.

Au niveau individuel, les valeurs donnent un sens aux actions et fournissent une orientation vers un but ou un état, source de motivation pour l'action. Cependant, ces actions sont régulées en fonction des règles dominantes de l'espace social dans lequel elles se développent. En effet, les valeurs assurent le maintien de la société et le contrôle des comportements en définissant ce qui est socialement acceptable et désirable. En outre, c'est à travers ce mécanisme que se conçoit la différence entre ce qui est désiré et désirable. Si l'individu tente de satisfaire l'ensemble de ses désirs, alors tous les types de comportements initiés par des pulsions deviennent envisageables, même les plus déviants. Ainsi, les valeurs fixent le désirable, canalisent les pulsions et les comportements humains, en définissant ce que l'on est en droit de désirer historiquement, socialement et donc moralement. Ceci est profondément interrelié avec la construction des normes et standards de comportements, voire même de pensée. Ces éléments émanant des valeurs sont liés à l'autorité, que l'on peut aussi décrire en termes de légitimité sociale des valeurs. Cette légitimité est dépendante à la fois de la cohérence des valeurs fonction du développement de la société, et de son acceptation par les

membres de la société ou du groupe. Le partage et la légitimité sont, selon nous, des propriétés des valeurs. Donc, cette autorité provient d'abord de l'accord collectif. Si cet accord est remis en question ou ne fonctionne plus, l'autorité ne se base plus sur l'accord, mais la force pour imposer les normes et les standards régulant la société. Normalement, l'autorité exclut l'usage de moyens extérieurs de coercition : là où la force est employée, l'autorité proprement dite a échoué (Arendt, 1972).

Cela nous amène à la troisième fonction des valeurs : maintenir la viabilité et la cohérence des systèmes en fournissant une vision commune. Celle-ci assure la prédictibilité des comportements, la communication et la collaboration entre les individus.

#### D Propriétés des valeurs

Les valeurs présenteraient cinq propriétés principales :

- 1) Les valeurs traduisent des préférences individuelles ou sociétales (Kluckhohn, 1951) qui orientent l'action des individus et du système. Au moment d'agir ou de choisir, les individus sont face à un choix entre des valeurs qui sont concurrentes. Cet aspect est intimement lié aux deux autres propriétés des valeurs : leur intensité et leur organisation en système.
- 2) Les différentes valeurs présentes dans une société ou chez un individu n'ont pas la même intensité (Hofstede, 2001). En effet, les valeurs n'ont ni le même poids et ni la même force d'orientation des comportements. Cela signifie que parmi les valeurs dominantes d'une société, certaines seront plus souvent préférées à d'autres. On avance communément que la liberté et l'égalité sont des valeurs dominantes de la plupart des pays occidentaux.

Pourtant, elles n'ont pas la même intensité selon les pays et cela se répercute dans les décisions. En effet, les sociétés d'Europe de l'Ouest, comme l'Allemagne ou la France, ont tendance à privilégier l'égalité, alors que les États-Unis se basent plus sur la liberté.

- 3) Les valeurs sont organisées dans un système (Rokeach, 1973; Parsons, 1951a; Kluckhohn, 1951; Hofstede, 2001; Schwartz & Bilsky 1990; Rocher, 1992). Cependant, le point de vue des auteurs diverge sur la nature de ce système. Pour Rokeach (1973), le système est basé sur une hiérarchie de valeurs allant de la plus importante à la moins importante pour l'individu. Par contre, Kluckhohn (1951), le système serait conçu autour de valeurs principales et de valeurs périphériques. Enfin pour Schwartz & Bilsky (1990), ce système est encore plus complexe. En effet, il admet l'existence d'une hiérarchie de valeurs à laquelle il ajoute une notion de complémentarité ou d'opposition entre les valeurs. En effet, certaines représenteraient des bases motivationnelles communes pour l'individu et d'autres seraient en complète opposition dans leurs orientations de l'action.

Kluckhohn et Strodtbeck (1961, cité par Rocher, 1992) ont travaillé sur la question des valeurs et des choix valoriels. Leur étude leur a permis de construire quatre postulats. Premièrement toutes les sociétés sont soumises à des choix face à des problèmes majeurs. Deuxièmement, les solutions privilégiées varient d'une société à une autre. Troisièmement, le système de valeurs d'une société n'est pas uniquement composé de valeurs dominantes. Au contraire, les «valeurs forment un ensemble dans lequel s'entremêlent, dans des formes hiérarchiques variables, valeurs dominantes et valeurs variantes» (Rocher, 1992 : 77). Enfin, les valeurs variantes permettent aux individus une certaine adaptation.

Dans notre travail, nous privilégierions l'approche de Schwartz.S et de Rokeach.M Ainsi, nous croyons que chaque valeur a une intensité différente, mais que celle-ci diffère selon les situations et le type de choix valoriel auquel l'individu est confronté. Cette intensité n'est donc pas absolue, mais relative à la situation et au niveau de compatibilité ou de répulsion entre les valeurs à l'œuvre.

- 4) Les valeurs sont stables et en peu grand nombre autant pour l'individu que dans la société (Rokeach, 1973). Néanmoins, des changements valoriels sont possibles. Ceux-ci proviendraient d'une modification de l'ordonnement et donc du système de valeurs. Ainsi, les valeurs d'une société seraient stables à travers le temps, alors que leur importance aurait tendance à varier. Le fait de donner la priorité à une valeur plutôt qu'à une autre requiert un processus mental basé sur l'évaluation du poids absolu de chaque valeur indépendamment des autres.
- 5) Finalement, les valeurs sont partagées et, de ce fait il existe un certain consensus interindividuel entre les individus et la société sur les valeurs dominantes (Kluckhohn, 1951; Parsons, 1951a; Kuty, 1997; Meglino, 1998). Ce consensus nécessite l'adhésion des individus.

Ainsi, un projet de recherche quantitatif visant à créer un instrument de mesure sur les valeurs, fondé sur le développement d'un questionnaire, devrait reproduire des situations d'opposition entre des valeurs nécessitant un choix de la part des individus afin d'agir. Deuxièmement, ce questionnaire devrait contenir un nombre restreint de valeurs. Enfin, il devrait permettre d'en mesurer les propriétés principales soit :

- L'intensité de chaque valeur correspondant au niveau de valorisation qu'accorde un individu à une valeur
- La hiérarchie des valeurs
- Le degré d'accord interindividuel concernant chaque valeur, mais aussi le degré d'accord dans la hiérarchie des valeurs, car c'est le partage d'un certain système de valeurs qui importe plus que le partage de certaines valeurs.



## **Chapitre 4 : ANALYSER ET COMPRENDRE LE FACTEUR HUMAIN DANS LES ORGANISATIONS : d'une littérature éparsée à la création du concept générique de qualité de vie au travail.**

Cette section est consacrée aux multiples courants et théories qui se sont intéressés aux comportements des employés dans leur milieu de travail ainsi qu'à l'interaction entre l'homme et l'organisation, et son influence sur les perceptions, les attitudes ainsi que la performance individuelle et organisationnelle.

Ces questions ont été abordées par plusieurs disciplines au cours du siècle dernier dont la psychologie organisationnelle, la théorie des organisations ou les sciences infirmières. Chacune de ces théories ou de ces approches ont développé leurs propres concepts afin d'analyser le comportement humain et sa relation avec l'organisation. Nous pensons que ces théories sont complémentaires afin de comprendre la dynamique interne des organisations. Leur assemblage au sein d'un modèle logique de mesure nous semble essentiel afin d'évaluer la performance d'une organisation ou d'un système de santé sous l'angle du *maintien des valeurs*.

Par ailleurs, pour de nombreux auteurs, toutes ces approches visent à expliquer et comprendre la motivation au travail, soit les divers facteurs organisationnels et psychologiques provoquant une attitude positive et un engagement envers l'organisation et les diverses tâches à effectuer. Cependant, la notion de motivation reste un concept flou et très peu opérationnalisé. Ainsi, nous ne cherchons ni à comprendre, ni à mesurer la motivation, mais

plutôt à dégager des concepts représentant des phénomènes psychologiques et organisationnels essentiels pour expliquer et juger de la performance d'une organisation ou d'un système du point de vue de l'interaction entre les employés et leur environnement de travail.

La sélection de ces concepts doit permettre l'élaboration d'un modèle complexe, intégré et présentant les chaînes causales reliant les différents phénomènes analysés et mesurés. Leur choix doit être justifié par la convergence d'études scientifiques démontrant leurs influences sur la performance des systèmes de santé.

Pour ce faire, nous avons procédé à plusieurs revues de la littérature de divers courants dont les théories de la motivation, les théories du climat, la théorie de la congruence, les théories sur la culture organisationnelle, les approches sur le milieu sain de travail et finalement les études en sciences infirmières.

## **I Les fondations**

La prise en considération du facteur humain dans les organisations émerge dans les années 30 suite aux limites de l'approche taylorienne, basée sur une rationalisation des relations au travail et de la production, ayant provoqué une déshumanisation du travail (Plane, 2003). Dans ce contexte, le courant de l'école des relations humaines apparaît, principalement préoccupé par les aspects psychologiques de la vie au travail et les relations de groupes. Les premiers travaux sont menés par Mayo (1933) dans le contexte des études d'Hawthorne sur la productivité des employés au travail. Ces travaux ont permis de tirer trois conclusions importantes. Tout d'abord, l'amélioration de la production ne dépend pas uniquement des conditions objectives de travail, mais aussi de l'attention portée aux employés.



Deuxièmement, les relations interpersonnelles et la cohésion des équipes semblent être un aspect majeur pour le bien-être des employés et la productivité. Enfin, Mayo (1933) constate dans son étude que des normes et des valeurs sociales sont à l'œuvre dans les groupes de travail et qu'elles conditionnent les comportements. Peu après, Lewin (1951) s'est penché sur les comportements au travail. Il a analysé les relations entre les individus et leur environnement de travail et l'impact de celles-ci sur les comportements. Lewin (1951) exprime cette relation à travers une formule :  $B = f(P,E)$ ; B représentant le comportement (behavior), E l'environnement et P la personne. Le comportement est donc issu d'une interaction entre l'individu et son environnement. L'école des relations humaines ainsi que Lewin se sont intéressés à la qualité de l'interaction entre l'environnement de travail et les employés, et son impact sur la performance. Néanmoins, à partir des années 50 est né un nouveau mouvement qui étudie les déterminants des attitudes individuelles et leurs impacts sur la motivation au travail. De nombreuses théories apparaissent, construites autour de nouveaux concepts tels que les besoins ou la satisfaction au travail.

L'une des premières théories est celle de la hiérarchisation des besoins développée par Maslow (1954) où il étudie la relation entre les besoins et la motivation. Selon lui, il existerait une hiérarchie provenant d'une série de buts correspondant à des besoins primordiaux pour les individus. Le comportement des individus serait donc orienté vers la satisfaction de ces besoins. Ceux-ci sont ordonnancés en séquence; la première correspond aux exigences physiologiques des individus, la seconde renvoie à la recherche de la sécurité. La sécurité se manifeste par « a common preference for a job with tenure and protection, the desire for a saving account, and for insurance of various kinds » (Maslow 1954:379). Le troisième besoin est celui d'amour. Le quatrième besoin réfère à l'estime. En effet, les individus ont le besoin

d'être reconnus par ceux qui les entourent et d'appartenir à un ensemble social plus large. Enfin, le dernier besoin est celui d'accomplissement. En effet, celui-ci réfère « to the desire for self-fulfillment, namely, to the tendency for him to become actualized in what he is potentially » (Maslow, 1943: 382 cité par Latham, 2007).

Au début des années 50, McGregor introduit la théorie X et la théorie Y qui opposent deux modèles de gestion des ressources humaines. En effet, la théorie X émet l'hypothèse que les employés sont passifs sans l'intervention des gestionnaires, du fait de la nature indolente et du manque d'ambition des individus (Latham, 2007). McGregor conclut après ces recherches que la théorie X semble être une approche inadéquate à l'étude de la motivation. Selon lui, il faut établir une théorie qui est construite sur les bonnes hypothèses concernant la nature humaine permettant d'explicitier l'aspect humain des entreprises. Il la dénomme théorie Y. Ainsi, la théorie X se concentre sur le contrôle alors que la théorie Y vise l'autocontrôle. « The motivation, the potential for development, the capacity for assuming responsibility, the readiness to direct behavior toward organizational goals are all present in people. Management does not pull them there. A responsibility of management is to make it possible for people to recognize and develop these human characteristics for themselves » (McGregor, 1960:6, cité par Latham, 2007). L'application de cette théorie a donné lieu à l'apparition de la gestion par objectifs et l'accroissement de la participation à la prise de décision.

Les théories que nous venons de présenter se concentraient sur les facteurs expliquant l'attitude des individus au travail, leur nature profonde ou les besoins. Néanmoins aucune ne s'intéresse aux caractéristiques ou au contenu du travail pour expliquer les attitudes ou les comportements au travail. Deux chercheurs ont tenté de pallier à ces lacunes en développant

des approches centrées sur le contenu du travail et les caractéristiques de l'organisation : tout d'abord Herzberg (1978) avec la théorie de l'hygiène-motivation et Hackman et Oldman (1971) avec la théorie sur les caractéristiques du travail.

Herzberg (1978) montre par ses recherches que la satisfaction et l'insatisfaction ne correspondent pas à deux extrêmes d'un même continuum. En effet, la plupart des organisations seraient constituées de deux groupes d'employés caractérisés par des besoins différents. Le premier groupe cherche l'accomplissement personnel et l'autonomie au travail correspondant aux facteurs de motivation, le second groupe est à la recherche d'un environnement et des conditions de travail qui compensent le fait d'aller travailler. Ce sont les facteurs d'hygiène. Herzberg (1978), par ses travaux, a montré que les sources de satisfaction et les besoins influençant la motivation au travail différaient selon les groupes d'individus. Par ailleurs, il a mis de l'avant l'importance du contenu du travail, de la responsabilisation et de l'autonomie professionnelle pour expliquer la satisfaction et la motivation des employés. Les travaux d'Hackman & Oldman (1971) suivent cette direction avec une réflexion sur l'enrichissement du travail. Ces deux auteurs ont développé une étude afin de mesurer le potentiel de motivation d'un emploi en fonction des besoins d'accroissement, d'épanouissement et d'apprentissage des individus. Plus spécifiquement, ces besoins sont de trois ordres : « a) des expériences significatives, soit un emploi qui est aligné avec les valeurs de l'individu, b) la responsabilisation (imputable et responsable pour le travail réalisé), c) la connaissance des résultats (un retour sur le niveau de performance et de compétence) » (Latham, 2007 :40).

Ces divers courants théoriques sont supportés par des concepts, tels que la satisfaction au travail ou les besoins afin d'expliquer la motivation. De même Lewin a posé les bases pour une réflexion plus approfondie sur le niveau de congruence entre une organisation et des individus. Les auteurs que nous venons de présenter ont été très critiqués pour leurs hypothèses sous-jacentes basées sur l'universalité des besoins (Latham, 2007). Salancik et Pfeffer (1977, cite par Latham, 2007) ajoutent que ces théories manquent d'un ancrage plus robuste dans les processus sociaux et culturels expliquant la motivation ainsi qu'une meilleure compréhension des processus qui mènent à la construction sociale du travail et des caractéristiques de celui-ci.

Pour répondre à ces commentaires, les théories de la motivation se sont affinées, menées par la théorie de la fixation des objectifs de Locke.E et la théorie sociale cognitive de Bandura.A. Parallèlement est apparu le concept de climat s'intéressant aux phénomènes de groupe et à la construction des perceptions individuelles et collectives.

## **II La théorie de la motivation**

Latham (2005, 2007) a écrit divers articles et livres sur l'évolution des théories motivationnelles. Les théories de la motivation sont décrites comme centrales dans l'étude des comportements organisationnels (Latham, 2005). Elles regroupent divers champs d'études dont l'analyse de la culture nationale, les caractéristiques du travail, la congruence entre la personne et l'environnement et d'autres types de variables telles que le climat et la culture organisationnelle, le leadership et l'analyse du fonctionnement des équipes de travail (Latham, 2005). La notion de cognition est au centre de toutes ces théories. Leur développement a mené

à une révolution cognitive permettant une meilleure prise en compte des facteurs psychologiques dans l'analyse du comportement et de la motivation des individus. Ainsi, cognition et motivation sont inextricablement liées puisque la motivation se développe à travers la cognition des individus. Celle-ci est basée sur les besoins, les valeurs et le contexte qui permet d'établir les buts et les stratégies pour les atteindre (Latham, 2007).

Le terme cognition rassemble l'ensemble des processus mentaux intervenant dans l'acquisition chez l'individu de connaissance et de compréhension, comme la pensée, le savoir, les perceptions, les souvenirs, les jugements et le raisonnement (Oxford dictionnaire). La notion de motivation est « un construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (Vallerand et Thill, 1993 :8). Elle correspond à « un processus qui détermine comment l'énergie est utilisée pour satisfaire ses besoins » (Prichard, cité par Latham, 2007 :175). De ce fait, elle inclut une direction, une intensité et une persistance dans l'allocation des ressources énergétiques. On retrouve dans cette approche les mêmes caractéristiques développées par Parsons dans son analyse des valeurs.

Pour Latham (2007), la plupart des théories du comportement organisationnel, ou touchant à l'analyse des perceptions individuelles ou collectives au travail relèvent de la théorie de la motivation. Néanmoins, plusieurs théories dont celle du climat ou de la congruence environnement-individu ne se réclament pas des théories de la motivation, car elles abordent les phénomènes cognitifs selon d'autres angles. Dans cette section, nous décrivons les théories se réclamant plus directement du courant motivationnel. Les deux

théories dominantes sont : la théorie de la fixation des objectifs (goal setting) et la théorie sociale cognitive.

#### A La théorie de la fixation des buts

Cette théorie tente de répondre à la question « comment motiver les individus » et propose la solution : « en fixant des objectifs ». C'est Locke qui développe en premier cette théorie sur le postulat que l'action des individus serait consciemment motivée par un but à atteindre (Miner, 1980). Cette théorie est basée sur l'hypothèse que les objectifs seraient déterminés par des processus cognitifs et des réactions affectives, et seraient les antécédents qui influenceraient le plus fortement le comportement. Le but n'est pas d'expliquer les processus qui pourraient relier cognition, affect, objectif et comportement. L'unique préoccupation est de comprendre comment des objectifs peuvent avoir un impact sur le comportement au travail. Cette théorie repose sur un second postulat qui énonce que les individus se comporteraient de façon rationnelle et consciente (Roussel, 2000). Locke associe la difficulté des objectifs à atteindre et le niveau d'atteinte de ces objectifs avec la motivation. En effet, plus le but à atteindre est élevé ou difficile plus la motivation et la performance individuelle sont grandes (Miner, 1980).

On constate que les concepts de but et de valeur sont intimement liés dans l'approche de Locke (2000, cité par Latham, 2007) puisque selon lui les objectifs sont des expressions situationnelles de valeurs spécifiques. Cela rejoint la perspective de Schein (1985) qui appréhende les buts de l'organisation comme le reflet des valeurs et de l'engagement des leaders de l'organisation. De ce fait, Locke donne à la notion de but de nombreuses propriétés définissant les valeurs individuelles. En effet, les buts auraient trois attributs : un contenu, une

intensité et la persévérance. Le contenu réfère à la nature de l'activité ou à la réalisation souhaitée, alors que l'intensité renvoie à l'importance de l'objectif pour l'individu. De ce fait, les objectifs régulent le niveau d'énergie dépensé par l'individu, selon le contenu et l'intensité que l'individu leur confère. Ainsi, les buts influencent la direction de l'action et le niveau d'effort fourni. Le processus de fixation des objectifs par l'individu ou l'acceptation par l'individu des objectifs fixés par l'organisation est précédé par un processus cognitif individuel d'analyse permettant d'évaluer la situation. En effet, l'individu va comparer les buts aux valeurs et aux réactions émotionnelles anticipées résultant de l'écart entre ce qui existe et ce qui est recherché (Miner, 1980). L'étude de la fixation des buts sur les attitudes et les comportements individuels a été utilisée pour analyser d'autres phénomènes tels que la satisfaction au travail et la congruence entre les individus et l'organisation. En effet, Locke (1969, 1970, cité par Miner, 1980) analyse la satisfaction dans la perspective de l'atteinte des buts. La satisfaction serait fonction de la divergence entre la performance recherchée et la performance réelle. Ainsi, l'atteinte des objectifs procurerait à l'individu du plaisir qui serait défini comme de la satisfaction.

Les buts ont également été analysés sous l'angle de la congruence interindividuelle et entre les employés et l'organisation. Le niveau de congruence entre les buts serait central dans le phénomène d'attraction-sélection-attribution, permettant de comprendre pourquoi un employé s'intéresse, choisit et reste dans une organisation (Schneider & Reichers, 1983). En effet, les individus peuvent percevoir leur but individuel comme étant coopératif, compétitif ou indépendant par rapport à ceux de l'organisation ou des individus avec qui ils travaillent (Latham, 2007). Dans le premier cas, les individus appréhendent leurs buts respectifs comme positivement associés, entraînant une plus grande coopération. Dans le second cas, les

objectifs sont perçus comme négativement associés. Cela provoque une compétition entre des buts qui semblent concurrents. De ce fait, on assiste à une augmentation des conflits et l'apparition d'un phénomène de rétention de l'information au sein de l'organisation. Enfin dans le cas de l'indépendance, les individus voient peu de relations entre leurs buts respectifs.

## B La théorie sociale cognitive

Cette théorie développée par Bandura a joué un rôle majeur dans la compréhension de la motivation au travail. Elle intègre trois éléments en interaction : l'environnement, la personne et son comportement. Selon lui, l'environnement influencerait les comportements, mais ce sont les facteurs cognitifs qui joueraient un rôle prépondérant puisqu'ils inspirent à la fois le comportement des individus et leur perception de l'environnement (François & Botteman, 2002). Les perceptions individuelles auraient un rôle plus important dans la détermination du comportement des individus que les conditions réelles dans lesquelles se trouve l'individu. Ainsi, pour Bandura (1980, cité par François & Botteman, 2002), les humains ne répondent pas seulement à des stimuli, ils les interprètent. Cette théorie semble complémentaire à celle de la fixation des objectifs. Trois aspects conceptuels de cette théorie peuvent contribuer à mieux comprendre la motivation au travail des individus : le sentiment d'efficacité personnel, les résultats attendus et l'effet pygmalion (Latham, 2007).

Le sentiment d'efficacité personnel (SEP) influe positivement sur la motivation et la performance des individus (Luthan, 1998, cité par Latham, 2007). En effet, les individus présentant un fort SEP ont tendance à se fixer des buts plus difficiles à atteindre. De plus, en cas d'échec, les individus ont tendance à redoubler d'effort pour atteindre leur but (Latham, 2007).



Les résultats attendus de l'action entreprise par l'individu influencent également le niveau de motivation et de performance des individus. Cet élément doit être pensé en interaction avec la SEP. En effet, lorsque la SEP d'un individu est élevée et les résultats attendus sont faibles, les comportements individuels ont tendance à devenir dysfonctionnels. Ainsi, il est nécessaire de comprendre les attentes en termes de résultats des individus afin d'analyser ou changer leurs comportements (Latham, 2007)

Enfin le dernier élément correspond à l'effet pygmalion où le sentiment d'efficacité personnel d'un individu est affecté par une tierce personne, dans une organisation par le leader ou le supérieur hiérarchique (Latham, 2007). Cela se produit à travers un processus de persuasion où la tierce personne utilise son statut pour modifier les perceptions et les comportements des individus. Dans ce cas, le supérieur hiérarchique transmet ses attentes à ses subordonnées par l'accroissement du sentiment d'efficacité personnel. Une méta-analyse (McNatt2000, citée par Latham, 2007) a synthétisé les résultats expérimentaux sur ce sujet. En effet, des attentes importantes d'un leader envers ses employés tendent à améliorer le leadership de la personne qui accroît le sentiment d'efficacité personnel provoquant une augmentation de la motivation qui entraîne une intensification des efforts au travail, laquelle mène à une meilleure performance. Cet aspect semble démontrer l'importance du leadership dans les organisations, car il affecte la cognition des individus et permet l'accroissement de la motivation et de la performance individuelle

Les deux théories que nous venons de présenter sont centrales dans ce que l'on appelle la révolution cognitive initiée dans les années 70. Ces théories sont de plus en plus utilisées en gestion des ressources humaines et dans l'analyse des comportements individuels. Elles sont

particulièrement intéressantes pour comprendre les phénomènes qui influencent la cognition humaine tel que l'existence de buts stimulants et conformes aux attentes des individus, la congruence des buts entre les individus et de l'organisation ou encore l'importance du leadership. Néanmoins, ces théories présentent plusieurs lacunes, dont le faible poids accordé à l'influence de l'environnement physique de travail sur les comportements et l'influence du groupe dans la construction des perceptions individuelles.

### **III Le climat : des perceptions aux phénomènes de groupes**

Les premières études sur le climat (Litwin et Stringer, 1968) se consacrent au lien entre le climat et le comportement des employés. Dans ces études, la notion de climat est abordée de façon objective. Celui-ci est conceptualisé comme le produit des actions des gestionnaires et provient principalement des contraintes réglementaires et structurelles. Cependant, cette vision s'est modifiée, et des approches moins focalisées sur l'organisation sont apparues. En effet, les mécanismes cognitifs individuels sont devenus centraux pour analyser le climat et ses répercussions sur les comportements. Selon Schneider & Reichers (1983), le concept de climat et plus précisément de climat organisationnel offre une alternative aux théories de la motivation, puisqu'il permet d'appréhender les phénomènes de groupes. Dans ce cadre, celui-ci offre la possibilité de comprendre l'influence du contexte organisationnel sur les comportements et les attitudes au travail. De plus, à l'inverse des approches motivationnelles qui se concentrent sur la psychologie individuelle, les études sur le climat agrègent les perceptions afin de comprendre des phénomènes à différents niveaux de l'organisation (Schneider & Reichers, 1983). En outre, Ashforth (1985) énonce plusieurs propriétés inhérentes au concept de climat. Tout d'abord le climat est basé sur les perceptions reflétant

les significations psychologiques des situations ou du travail pour les individus. Enfin, les perceptions concernant le climat sont à la fois partagées et résistantes au changement. La notion de perception est centrale dans l'étude du climat. L'objectif de ce courant est la compréhension des mécanismes de construction des représentations et des perceptions collectives communes, reliées à l'organisation et au travail, et leurs influences sur les comportements.

Néanmoins, on trouve dans la littérature de nombreuses approches du concept de climat, menant parfois à une certaine confusion avec le concept de culture organisationnelle. En outre, Patterson & West (2005) notent que le concept de climat est basé sur des définitions souvent conflictuelles entraînant des problèmes d'opérationnalisation. Plusieurs types de climat ont été conceptualisés au point où Schneider & Reichers (1983) affirment que le mot climat doit être suivi d'un terme permettant de préciser le construit analysé. Pour certains auteurs, le climat représente le partage des perceptions des employés concernant des événements, des procédures et des pratiques organisationnelles. Dans ce cadre, on parle de climat organisationnel qui réfère à une mesure descriptive des perceptions des employés (Schneider & Reichers, 1983). Pourtant de nombreux travaux mettent de l'avant l'aspect affectif-évaluatif comme mécanisme cognitif expliquant la perception du climat, au point de le qualifier de psychologique (Patterson, West et al, 2005). Cette distinction qui s'est établie entre le climat psychologique et le climat organisationnel est au cœur des débats et de l'évolution du concept de climat. L'approche psychologique tend à analyser les perceptions des individus par rapport à leur travail alors que la vision organisationnelle tend à construire une représentation moyenne des significations des employés sur des variables organisationnelles (Schneider & Reichers, 1983). Par ailleurs, un grand nombre d'études ces

dernières années ont imbriqué ces deux démarches. Il en a résulté une certaine confusion sur le niveau d'analyse et les différentes dimensions qui devaient constituer le concept de climat.

### A Étiologie du concept de climat

Les efforts de nombreux chercheurs se sont concentrés sur l'étiologie du concept de climat et l'élaboration de théories expliquant l'apparition de perceptions communes entre les employés d'une organisation. Payne et Pugh (1975, cité par Schneider & Reichers, 1983) ont avancé que les caractéristiques organisationnelles influenceraient les valeurs, les attitudes et les perceptions des événements organisationnels. Celles-ci seraient la source du climat et de l'apparition de perceptions communes au sein des organisations. Ainsi, les caractéristiques structurelles regroupant le niveau de décentralisation dans la prise de décision, le nombre de niveaux d'autorité, le type de technologie utilisée dans la production et le degré de contraintes générales qu'impose l'organisation à l'individu, seraient les déterminants principaux des perceptions individuelles et collectives concernant le travail et l'organisation. Du fait de sa démarche centrée sur les contraintes organisationnelles, cette approche est appelée « structurelle » (Schneider & Reichers, 1983) et objectiviste, car la structure de l'organisation tend à contraindre l'atmosphère de travail. Dans ce cadre, des contraintes similaires tendent à produire des perceptions analogues (Ashforth, 1985). Néanmoins, cette approche comporte plusieurs limites dont son incapacité à expliquer les variations dans la perception du climat organisationnel entre les unités ou les départements d'une même organisation. En effet, les facteurs structurels s'imposent à tous les départements d'une organisation, de ce fait il est impératif de considérer d'autres facteurs afin de mieux comprendre les variations et les composantes du climat.

Une seconde approche, développée par Schneider & Reichers (1983), appelée sélection-attraction-attribution, explique la similarité des perceptions par le processus de sélection des employés, d'attraction d'une organisation afin d'attirer des employés et d'attrition permettant de construire des groupes de nature relativement homogènes. Ainsi, les individus et les organisations sont dans un processus de sélection permanent afin de trouver la meilleure adéquation possible. Cette approche est dite subjectiviste puisque les similarités (personnalités, croyances) individuelles tendent à créer une perception commune du climat.

Enfin, l'approche la plus populaire perçoit le climat comme provenant de l'interaction entre les membres de l'organisation. Cette approche est profondément ancrée dans l'interactionnisme symbolique et s'appuie sur les travaux de Blumer et Mead. Pour ces auteurs, le soi se construit en relation (interaction) avec les autres dans un rapport de sujet/objet. L'individu s'insère dans le groupe en adoptant les attitudes des groupes qu'il s'approprie. Néanmoins, l'individu n'est pas perçu comme socialement déterminé par son contexte, car l'individu et l'environnement se déterminent mutuellement (Schneider & Reichers, 1983). De ce point de vue, le climat émerge des interactions au travail entre les acteurs (Ashforth, 1985). C'est à travers les interactions que les individus construisent des perceptions similaires du contexte de travail et de l'organisation. Selon cette approche, les perceptions et les significations ne sont pas données, mais évoluent avec les interactions entre les employés. Il s'ensuit donc que ces perceptions proviennent d'une négociation permettant de construire collectivement un sens. Dans ce cadre, le climat est vu comme une propriété à la fois des organisations et des individus (Ashforth, 1985). Ainsi la perspective interactionniste représente un processus de comparaison sociale entraînant l'émergence d'une certaine conformité sociale, amenant la constitution de règles et de normes basées sur ces perceptions.

permettant de maintenir les structures et les processus du groupe (Ashforth, 1985). La création d'une telle structure tend à produire des normes de référence prescrivant certaines croyances et comportements.

### B Climat psychologique, climat organisationnel, climat collectif : différence dans l'unité d'analyse et dans la nature de la mesure

La littérature explore trois unités d'analyse relatives à la notion de climat (Glick, 1985). Le climat psychologique où l'on s'intéresse aux perceptions individuelles. Le climat organisationnel où les attributs analysés sont ceux de l'organisation à partir de l'agrégation des perceptions individuelles. Enfin, les sous-systèmes ou le climat collectif qui se concentre sur le climat spécifique de certaines unités d'une organisation (Howe, 1977; Powell & Butterfield, 1978).

Le courant psychologique conçoit les déterminants du climat comme étant individuels et d'ordre psychologique (James, Choi, 2008). Selon James & James (1989), le construit qui intéresse les chercheurs dans la mesure du climat est intrinsèquement psychologique et de fait l'unité d'analyse doit être l'individu. Il réfère au sens que les individus attribuent à leur travail, leurs collègues, leurs superviseurs, leur salaire, leurs attentes en termes de performance, leurs opportunités de promotion (James et Jones, 1974). James & Choi (2008) avancent que les perceptions du climat psychologique sont dépendantes des valeurs des individus. En effet, celles-ci permettent à l'individu de porter un jugement entre les caractéristiques de l'organisation et ce qu'il désire. À travers ce cadre cognitif basé sur les valeurs, les employés peuvent évaluer et donc produire des perceptions sur l'environnement. Dès lors, le climat

psychologique serait très fortement relié à toutes les mesures ou les variables en lien avec des réponses affectives et évaluatives telles que la satisfaction au travail, à tel point qu'il pourrait exister une certaine confusion entre ces concepts. Une telle approche tend à nier l'existence du climat comme une propriété organisationnelle à part entière.

Pourtant, comme l'avance Glick (1985), le climat organisationnel existe comme une propriété à part entière de l'organisation. Dans cette optique, l'agrégation de la description des perceptions individuelles concernant l'environnement de travail devient le moyen pour analyser et mesurer le climat organisationnel (James, Choi et al., 2008). Ainsi, le climat organisationnel réfère aux perceptions, sensations qu'un environnement de travail ou une atmosphère de travail laisse aux employés (Snow, 2002). Par ailleurs, certains auteurs sont allés plus loin en affirmant que le concept de climat organisationnel pouvait s'appliquer à des départements ou des services particuliers au sein d'organisation. On retrouve cette idée chez Powell & Butterfield (1978), qui croient en l'existence de climats spécifiques dans chaque sous-système composant l'organisation. Il existe de ce fait différentes perceptions du climat organisationnel selon les niveaux hiérarchiques (Payne et Mansyfield, 1973; Schneider, 1972), leur rôle et place dans l'organisation (Schneider, 1983) le département ou le service (Pheysey, Payne et al., 1971) et le parcours personnel (Gavin, 1975).

En résumé, on trouve trois grandes approches pour analyser le climat : psychologiques, organisationnelles et collectifs. Elles diffèrent sur la nature des éléments analysés et le niveau d'analyse. Payne, Fineman et al (1976) ont proposé une synthèse permettant de distinguer ces concepts et leur implication en termes de niveau d'analyse, d'éléments analysés et de la nature de la mesure. À partir de ce tableau, il est plus aisé de classer l'ensemble des concepts que

nous venons d'aborder dans cette partie et de les sélectionner dans la construction du modèle logique.

*Tableau 10 De la satisfaction au travail au climat organisationnel : distinction conceptuelle et méthodologique (Payne et al., 1976)*

Unité d'analyse	Individu	Individu	Individu	Collectivité sociale	Collectivité sociale
Élément analysé	Le travail, la tâche	L'organisation	Le travail et l'organisation	L'unité de travail ou le département	L'organisation
Nature de la mesure	Affective	Affective	Affective	Descriptive	Descriptive
Concept	Satisfaction du travail	Satisfaction avec l'organisation	Climat psychologique	Climat collectif	Climat organisationnel

#### **IV La culture organisationnelle**

Le concept même de la culture organisationnelle est apparu au début des années 80 en réponse aux approches normatives et rationnelles des théories fonctionnalistes. Ce concept est appréhendé sous trois perspectives théoriques majeures : celle des interprétativistes symboliques, des modernes et des post-modernes (Rouleau, 2007). À cette typologie basée sur des courants théoriques se superpose une approche paradigmatique permettant d'appréhender



la culture en fonction de son degré de cohérence et d'ambiguïté dans une organisation. Trois paradigmes s'opposent dans la conception de la culture organisationnelle : l'intégration, la différenciation et la fragmentation (Meyerson et Martin, 1987) (tableau 11).

*Tableau 11 Les contrastes paradigmatiques*

<b>Paradigmes</b>	<b>Intégration</b>	<b>Différenciation</b>	<b>Ambiguïté</b>
<b>Courants</b>	<b>Moderne</b>	<b>Moderne</b>	<b>Post-moderne et interprétativiste symbolique</b>
<b>Degré de cohérence à travers les manifestations culturelles</b>	Cohérence	Incohérence et cohérence	Manque de clarté et irréconciliable, incohérence.
<b>Degré de consensus parmi les membres de la culture</b>	Large dans l'organisation	Dans l'organisation, mais pas entre les sous-cultures	Spécifique, consensus, dissension et confusion entre les individus.
<b>Réaction à l'ambiguïté</b>	Déni	Canalisation	Acceptation
<b>Métaphore pour le paradigme</b>	Hologramme : Clarté dans la jungle	Des îles de clarté dans un océan d'ambiguïté	Réseau, jungle.

Nous allons donc présenter les différents courants en fonction des approches paradigmatiques développées par ces auteurs.

## A Le courant moderne ou une approche fondée sur la cohérence et la force culturelle

Le courant moderne au cours de son développement s'est appuyé sur les deux premiers paradigmes présentés par Meyerson et Martin (1987) soit l'intégration et la différenciation. Cette approche que l'on assimile à l'analyse culturelle des organisations a été fortement influencée et structurée par les travaux de Schein (1985) sur la culture et le leadership. Dans ce cadre, la culture organisationnelle est conçue comme un système socioculturel (Allaire et Firsirotu, 1984). Ceci signifie que les valeurs, le système de connaissances et de croyances sont à l'intérieur de la structure sociale. La culture apparaît alors absorbée par le système social dans son ensemble (Smircich, 1983). Dès lors, les comportements se manifestent comme le produit du système socioculturel en interaction avec les autres sous-systèmes composant la société ou l'organisation. Selon cette perspective, la culture organisationnelle est considérée soit comme une variable indépendante et externe à l'organisation soit comme une variable dépendante et interne. Dans le premier cas, la culture fait partie de l'environnement de l'organisation et exerce une force déterminante sur celle-ci. Dans le second cas, la culture est un produit des conduites organisationnelles et caractérise les façons de penser, d'être et d'agir dominantes dans l'organisation. Dès lors, la culture véhicule un sens et l'identité pour les membres de l'organisation (Deal et Kennedy 1982; Peters et Waterman, 1982). Elle facilite l'émergence d'un engagement à quelque chose de plus grand que le soi du travailleur (Schall 1981; Siehl et Martin 1981). Elle rehausse la stabilité du système social (Louis 1980). Enfin, elle donne un sens et guide le comportement (Louis, 1980; Siehl et Martin 1981). De fait, l'équilibre du système et la performance de l'organisation sont dépendants des mécanismes adaptatifs que leur confère la culture.

La perspective intégratrice appréhende la culture comme un bloc cohérent où l'unité d'analyse la plus répandue est la force culturelle, soit le degré de partage des valeurs par les membres d'une organisation. (Deal & Kennedy, 1982 ; Peters & Waterman, 1982), Ce paradigme culturel approche la culture d'une organisation comme étant consensuelle entre les membres. Le leader est considéré comme le créateur et le catalyseur de la culture organisationnelle. Dans ce cadre, Meyerson et Martin (1987) conçoivent ce paradigme culturel comme niant l'ambiguïté dans l'organisation. Celle-ci est perçue comme un état interne de l'organisation où règne la clarté. La culture est un monolithe d'où émergent le consensus et la cohérence. Les contradictions, les conflits entre groupes ou sous-groupes culturels sont perçus comme étant des dysfonctionnements et la preuve d'une faible intégration culturelle.

Le second paradigme se caractérise par la différenciation et la diversité (Meyerson & Martin, 1987). De ce fait, la culture est marquée par un manque de consensus et une absence de leadership fort. Dans ce cadre, l'organisation est vue comme un système ouvert, à l'inverse du premier paradigme qui conçoit l'organisation comme un système fermé. La culture est formée par des influences provenant à la fois de l'intérieur et de l'extérieur de l'organisation. Ainsi, elle est composée par une multitude de valeurs et de manifestations qui peuvent être contradictoires (Meyerson & Martin, 1987). La diversité est donc une des caractéristiques essentielles de cette approche qui conceptualise la coexistence de plusieurs sous-cultures. Celles-ci peuvent provenir du statut, de la position hiérarchique, de l'ethnie ou encore du sexe. Les sous-cultures représentent des sous-ensembles de membres d'une organisation qui interagissent régulièrement les uns avec les autres, qui s'identifient comme un groupe distinct au sein de l'organisation, qui partagent un ensemble de problèmes définis en commun comme étant les problèmes de tous et prennent régulièrement des mesures sur la base de

compréhensions collectives uniques aux groupes (VanMaanen 1985). Dans ce cadre la culture devient beaucoup plus complexe et contradictoire. Selon cette approche, les sous-cultures sont classées selon qu'elles soutiennent, nient ou simplement coexistent avec les valeurs dominantes de la culture générale (Hatch 2000).

La perspective moderne s'inscrit dans une approche réaliste et positiviste de la réalité, soutenant en termes de management une vision rationnelle, basée sur le contrôle. En effet, une organisation a une culture représentant une variable que l'on peut modifier afin d'améliorer la performance de l'organisation (Smircich, 1983). La majorité des études de ces courants ont tenté de dégager des profils culturels ou des typologies culturelles reliés à la performance financière ou au niveau de production des organisations. Les valeurs ou les comportements étaient les principales unités d'observations et d'analyses. Les méthodes privilégiées sont quantitatives.

### B Culture organisationnelle et performance

L'élément reliant la plupart des études du courant moderne est la croyance que la performance organisationnelle est attribuable dans une grande partie à des processus internes dont la culture est l'un des phénomènes fondamentaux (Wilderom et al, 2000). L'intérêt pour le lien entre culture et performance s'est accentué à la fin des années 80 en relation avec le succès des entreprises japonaises. Celles-ci semblaient développer des cultures d'entreprise fortes et basées sur la loyauté et les intérêts de l'entreprise.

Pour Peters & Waterman (1982), les entreprises afin d'être performantes devaient évoluer vers une approche moins rationnelle et technique afin de développer une culture forte

centrée sur l'adaptation. De même, Deal, Kennedy (1982) suggèrent que la performance peut être améliorée par un partage des valeurs, parce que celles-ci créent un système informel qui montre aux employés ce qui est attendu d'eux. Selon eux, une organisation avec une forte culture n'est pas seulement capable de répondre à son environnement, mais également de s'adapter aux divers changements de circonstances (Wilderom et al, 2000). Selon cette étude, il semblerait qu'il existe une forme particulière de culture qui permet d'atteindre un bon niveau de performance. Kotter, Heskett (1992) abondent dans le même sens et ont analysé la force culturelle des firmes. Leur étude conclut qu'une culture forte est significativement liée à une meilleure performance organisationnelle. La relation est encore plus forte lorsque les valeurs soutiennent l'adaptation de l'organisation à l'environnement. La théorie de Denison (1990) suit un raisonnement analogue dans son explication sur le lien entre la stratégie d'une organisation, sa culture et sa relation avec l'environnement. Elle défend que les organisations, dont l'environnement change rapidement, enregistreront une performance maximale si elles s'ouvrent à la flexibilité et au changement (une culture d'adaptation) ou à la participation et à des engagements organisationnels élevés (culture d'implication). Dans un environnement stable, les organisations performantes, soit partagent une vision du futur (culture de mission), soit sont fortement assises sur la tradition, sur les procédures établies et sur la conformité (culture de cohérence).

Cette courte présentation des études sur la relation entre culture et performance montre que l'unité d'analyse est souvent la force culturelle à travers la mesure des valeurs. Cependant, celle-ci paraît plus facile à « trouver » de façon statistique qu'à définir. De même, peu d'études se sont intéressées à la nature du lien entre performance et culture. En effet, les études sont fortement décontextualisées, ne prenant pas en compte de ce fait la complexité de

la culture et les significations pour l'action collective qu'elle véhicule. Une telle démarche sous-tend la possibilité de gérer la culture grâce à la manipulation des normes et des valeurs de l'organisation afin d'obtenir les comportements désirés et atteindre les résultats organisationnels attendus.

### C Une approche ambiguë de la culture organisationnelle ou la nécessité de saisir le sens

Nous regroupons dans cette partie le courant post-moderne et le courant dit interprétativiste symbolique. Ces deux cadres théoriques sont distincts, mais ils partagent une approche complexe de la culture basée sur le postulat qu'une organisation est une culture (Smircich, 1983). Dans leur perspective, la culture organisationnelle est un sous-système d'idées formé des visions du monde et des produits symboliques des porteurs de cultures. La culture est perçue comme un ensemble de mécanismes de contrôle, de plans, de recettes, d'usages, de traditions, de règles et de directives, pour la gouverne du comportement (Geertz, 1973). Cet univers symbolique peut se développer de façon plus ou moins consonante avec les structures du système social et les processus formels. Dans cette perspective, la culture est un système de symboles et de significations partagés. L'action symbolique a besoin d'être interprétée, lue ou déchiffrée afin d'être comprise (Smircich, 1983). La culture émerge des interactions entre acteurs. Cependant, ces valeurs, croyances, postulats sont partagés imparfaitement par les membres de l'organisation. Ainsi, la culture n'est pas forcément partagée par tous les membres de l'organisation, ce qui suggère l'existence de sous-cultures.

Pour les interprétativistes symboliques, les organisations sont des constructions sociales intersubjectives issues du décodage continu par les membres de leurs actions et

interactions organisationnelles (Weick, 1979). L'approche de ce courant est subjective. La réalité et la culture sont socialement construites. Le paradigme interprétativiste symbolique suppose, donc, que les êtres humains sont des concepteurs et des utilisateurs de symboles et qu'en conséquence, la signification doit être au centre de l'attention des théoriciens des organisations. L'objet à découvrir est donc celui des systèmes entiers d'expériences et d'interprétations partagées par tous les membres. Afin d'accéder à cette perspective, les chercheurs décrivent les façons dont les expériences et les interprétations s'articulent afin de dégager des modèles culturels. Pour Geertz (1973), « l'analyse des toiles de significations se fait non pas comme une science expérimentale à la recherche de lois, mais une science interprétative en quête de sens ». La visée est donc compréhensive et aspire à saisir la manière dont les individus créent du sens et interprètent la réalité. La fabrication du sens est la manière dont les individus comprennent et interprètent la réalité à partir de l'information qu'ils reçoivent de l'extérieur. (Rouleau 2007). Ce type d'analyse découle en partie de l'étude des symboles, soit tout ce qui traduit une association consciente ou inconsciente de concepts ou de significations plus larges (Hatch, 2000). Ils sont, dès lors, constitués à la fois d'une forme tangible et d'une signification plus large avec laquelle ils sont associés. Ce courant théorique s'est rarement directement intéressé à la performance des organisations. Néanmoins de nombreuses études ont analysé le lien entre la construction de sens collectif et les dysfonctionnements organisationnels (Meitlis 2005). Par ailleurs, l'étude de la construction du sens au travail nécessite l'emploi de méthodologie qualitative limitant de ce fait leur possible utilisation pour l'évaluation de la performance à l'échelle d'un système de santé.

Le courant post-moderne se concentre sur l'ambiguïté culturelle qui peut exister dans les organisations. En effet, au lieu de nier ou de canaliser l'ambiguïté, elle est acceptée.

(Meyerson & Martin 1987). Dans ce cadre, la culture est perçue comme n'étant pas partagée par les membres de l'organisation, sans intégration des valeurs (Rouleau, 2007). La « clarté » dans cette perspective est appréhendée comme une simplification de la réalité. Au contraire, les relations entre les acteurs sont caractérisées par l'ignorance et la complexité. Les différences de significations du monde, de valeurs, ou de normes sont incommensurables et irréconciliables. De ce fait, l'ambiguïté est une partie inévitable de la vie organisationnelle. Certains auteurs ont utilisé ce paradigme pour décrire les organisations bureaucratiques du secteur public comme des anarchies organisées (March & Cohen, 1986). Ainsi, ces approches se veulent plus compréhensives. Elles affirment que l'expérience humaine est fragmentée et incitent à prendre en compte des interprétations multiples. De ce fait, pour comprendre la culture, il faut comprendre les significations des individus. Néanmoins, ces études ont été relativement peu utilisées pour analyser les liens entre significations et performance.

Les théories de la culture organisationnelle ont été très populaires de la fin des années 80 à la fin des années 90, et particulièrement l'approche dite moderne. Elle a permis de démontrer l'influence de la culture et des construits symboliques sur la stratégie des organisations et le comportement des individus. Cependant, le courant culturel de la théorie des organisations est perçu par de nombreux théoriciens comme une « route finie » qui n'a pas réussi à donner suite à ses promesses (Sielh et Martin, 1990). Les fondements ontologiques de cette approche où la culture est perçue comme une variable que l'on peut directement manipuler sont très discutables. De plus, ces études ont très peu étudié les processus permettant d'expliquer comment la culture influence la performance organisationnelle et individuelle. Les interprétations individuelles et la construction du sens ont été négligées au profit de la construction de profils culturels plus faciles à étudier de façon quantitative.



Néanmoins, toutes ces études réaffirment l'importance et l'influence des valeurs comme moteur de l'action individuelle et collective et comme fondation et déterminant indirect de la performance des systèmes. À l'inverse, le courant interprétativiste symbolique a énormément apporté dans la compréhension du phénomène de construction de sens collectif et de son influence sur les comportements individuels et collectifs. Il faut ajouter que ce courant ainsi que celui des post-modernes a permis de dépasser une vision monolithique de la culture organisationnelle et d'introduire la complexité et l'ambiguïté dans la conception des organisations. Par contre, il est très difficile d'utiliser ce type d'étude et la méthodologie l'accompagnant dans le cadre d'un outil d'évaluation de la performance.

## **V Théorie de la congruence**

Les recherches concernant l'interaction entre l'individu et son environnement de travail datent des premiers travaux de Lewin (1951). Ces théories sont devenues centrales dans la littérature sur le comportement organisationnel, la psychologie organisationnelle et la littérature sur la gestion des ressources humaines (Edwards, Cable et al., 2006), au point de devenir « l'une des lignes de théorisation les plus vénérables en psychologie » (Dawis, 1992 cite par Kristof-Brown, Zimmerman et al., 2005). C'est dans ce contexte que s'est développée la théorie de la congruence personne-environnement (PE fit). La congruence est au centre d'une réflexion sur la recherche d'une meilleure adéquation entre la personne et son environnement afin d'améliorer la performance individuelle et organisationnelle.

Kristof (1996) définit la congruence personne-environnement comme « la compatibilité entre les gens et une organisation qui se produit quand : « (a) au moins une entité

procure à l'autre ce dont il a besoin, ou (b) lorsqu'ils partagent des caractéristiques fondamentales similaires, ou les deux » (p. 4 et 5). De cette définition découlent deux aspects différents de la congruence personne-organisation (P-E). Premièrement, lorsque l'organisation et l'individu contribuent à la réalisation des besoins de l'autre, on parle de congruence complémentaire. Par contre, dans le cas où l'organisation et l'individu partagent les mêmes caractéristiques, on parle de congruence supplémentaire. La congruence complémentaire est la plus étudiée par les chercheurs, principalement autour de deux axes théoriques : l'ajustement demande-capacité (demands-ability fit) et l'ajustement besoin-fourniture (needs-supplies fit) (Kristof-Brown, Zimmerman et al., 2005). Le premier correspond à la congruence entre les compétences des individus et le besoin de l'environnement (Kristof-Brown, 2005) et le second renvoie à la capacité de l'environnement à répondre aux besoins psychologiques des individus déterminant leur niveau de satisfaction (Edwards & Cable, 2009; Cable, Edwards et al, 2004). Dans les deux cas, un meilleur ajustement entraîne une amélioration de la performance organisationnelle et individuelle (Edwards & Cable, 2009). En effet, Arthur, Bell et al (2006, cités par Greguras, 2009 :787) affirment « que la relation théorique entre la congruence et les attitudes est basée sur le raisonnement que lorsqu'un environnement donne aux individus l'opportunité de satisfaire leurs besoins, cela entraîne l'apparition d'attitudes favorables telles que la satisfaction et l'engagement organisationnel ». Par ailleurs, il semblerait que ce soit surtout les aspects psychologiques, plus que la congruence des compétences qui aient été étudiés dans la littérature. Dès lors, la congruence individu-environnement est perçue principalement comme un phénomène psychologique (Edwards & Cable, 2006).

Par ailleurs, la notion d'environnement regroupe plusieurs types d'objets ou d'entités d'une organisation. En effet, le concept d'environnement peut référer à l'ensemble de

l'organisation, aux superviseurs, au type d'emploi. Il existe donc plusieurs types de congruence étudiés à l'aide de diverses unités d'observation (Kristof 1996, Kristof-Brown, Zimmerman et al, 2005).

#### A Plusieurs types de congruence utilisant différentes unités d'observation

La congruence environnement-personne a été analysée à partir de diverses unités d'observation dont la congruence des buts (Verquer, Beehr et al., 2003), des valeurs (O'Reilly, Chatman et al., 1991; Edwards & Cable, 2009; Meglino et al., 1989, 1998; Adkins, Ravlin et al., 1996), des compétences et des traits de personnalités (Kristof-Brown, 2005). Néanmoins, les valeurs représentent l'unité d'observation la plus répandue dans la littérature. Ces unités d'observation sont choisies en fonction du type de congruence. Dans ces articles, Kristoff-Brown et al (1996, 2005) décrivent cinq grands types de congruence :

- La congruence entre la personne et sa profession (person-vocation fit) où l'on cherche à savoir si l'emploi rejoint les intérêts de l'individu,
- le second type de congruence concerne la congruence entre l'individu et son travail (Person-Job fit) où l'analyse s'attache au niveau de congruence entre les caractéristiques du travail et celles de l'individu, en termes de valeurs, de besoins ou de compétences,
- troisièmement, la congruence personne-organisation représente la forme d'ajustement la plus étudiée. La littérature suggère qu'un individu et une organisation seront d'autant plus performants s'ils partagent les mêmes valeurs ou les mêmes buts. Ces deux éléments constituent les principales unités d'observation,

- la congruence entre la personne et le groupe (Person-group fit) se concentre sur l'étude du degré de compatibilité entre la personne et son équipe de travail. Les recherches se sont principalement intéressées à la congruence des buts et des valeurs. Ce type d'étude est relativement peu répandu malgré l'importance accordée par les théoriciens en psychologie et en sociologie à ce type de phénomène,
- enfin, on trouve la congruence entre la personne et son superviseur (Person-supervisor fit) qui est également mesurée par la congruence des valeurs ou des buts.

On constate que les unités d'observation les plus répandues sont les valeurs et les buts. Les types de congruences les plus étudiées sont la congruence individu-organisation et la congruence individu-superviseur. Dans ces deux cas de figure, l'étude donne lieu à la création d'un indice représentant le niveau de partage entre les deux entités comparées. Néanmoins, il n'existe pas de consensus dans la littérature sur la mesure de la congruence. Plusieurs méthodes de mesure existent et sont parfois considérées comme interchangeables. Cependant, chaque méthode semble capturer des phénomènes cognitifs différents (Edwards, 2009). La sélection des méthodes fait débat dans la littérature sur la mesure de la congruence individu-environnement. Nous reviendrons sur ces méthodes dans la partie IV consacrée à la méthodologie.

### B Le lien entre congruence et performance

De nombreuses études révèlent qu'un lien existe entre la congruence et les choix occupationnels, la satisfaction au travail, la performance, l'engagement, le taux de roulement

et le bien-être psychologique (Kristof, 1996; Verquer, Beehr et al., 2003; Meglino, Ravlin et al., 1998; O'Reilly, Chatman et al., 1991). Pour Liedtka (1989), la question de la congruence des valeurs entre un individu et une organisation ne devient un problème qu'en son absence. Plus la congruence est importante, plus une image positive de l'organisation et des décisions associées prévalent (Liedtka, 1989). Ceci correspond à la théorie d'une « forte culture organisationnelle », où celle-ci est forte si les valeurs individuelles et organisationnelles sont partagées (Deal et Kennedy, 1982,).

Une forte congruence des valeurs devrait diminuer les conflits dans l'organisation (Liedtka 1989). Dans son étude, Liedtka (1989) a identifié quatre types de conflits de valeurs. Des conflits internes impliquant le système de valeurs individuelles où celui-ci serait ambigu, entraînant un faible consensus interindividuel sur les valeurs. Ceci a pour impact des conflits de rôles importants. Le second conflit valoriel serait également interne. Dans ce cas, les individus tout comme l'organisation auraient des systèmes de valeurs insuffisamment explicites entraînant de ce fait beaucoup d'ambiguïté et donc des difficultés pour donner une orientation claire à l'action. Le troisième type de conflit de valeur prend place entre les gestionnaires et l'organisation. Il n'y a pas de congruence entre les valeurs de l'organisation et celles du gestionnaire. Dans ce cas, le gestionnaire doit choisir entre suivre ses valeurs ou celles de l'organisation. Enfin, dans le dernier type de conflit, le gestionnaire a clairement une préférence concernant les actions à mener, ce qui n'est pas le cas de l'organisation. Le conflit nait de l'ambiguïté concernant les valeurs organisationnelles. Ainsi, il semblerait que le niveau de formalisation des valeurs organisationnelles semble jouer un rôle majeur dans les conflits de valeurs qui touchent les employés et les gestionnaires. On constate, par cette brève

présentation, que la congruence des valeurs influence la performance des organisations, car elle agit sur l'attitude des employés et l'apparition des conflits au sein de l'organisation.

La théorie de la congruence s'est développée comme un courant à part entière même si on trouve de nombreuses similitudes avec les théories de la motivation et les recherches sur la culture organisationnelle. Ce type d'étude est particulièrement intéressant, car il permet de mieux comprendre, et surtout de mesurer le niveau d'accord entre des employés et une organisation. Ces recherches sur la congruence sont toujours d'actualité et de nombreux développements sont en cours. Adkins, Ravlin et al (1996) notent que l'une des futures avenues est le développement de la recherche sur la congruence des valeurs entre les travailleurs ou interindividuelles. Ceci est corroboré par de nombreuses études sociologiques qui étudient les valeurs en fonction de leur degré de partage entre les membres d'une société. Cependant, ce type d'approche analyse les valeurs selon un paradigme fonctionnaliste et objectif. Les valeurs sont appréhendées de façon instrumentale (Alvesson, 1993). Elles sont des outils permettant d'expliquer d'autres phénomènes, comme la productivité ou la performance. Les aspects symboliques et interprétatifs sont évacués (Alvesson, 1993). Méthodologiquement, la plupart des études utilise la notion de valeur pour obtenir des indices de concordance ou d'accord sur les valeurs. Ces indices sont corrélés avec les résultats ou la performance des organisations. De ce fait, le sens que véhiculent les valeurs, l'orientation et l'intensité qu'elles confèrent à l'action, sont évacués. Pire, la posture ontologique de ces chercheurs concernant les valeurs n'est jamais explicitée, et donc justifiée. En effet, cette approche correspond à un paradigme où la cohérence et le consensus dans les organisations dominant comme conception de la culture. Il manque, de ce fait, une réflexion sur les différences entre les groupes au sein des organisations, ainsi qu'une prise en compte de

l'ambiguïté dans les organisations. En outre, les valeurs peuvent être interprétées différemment selon les individus, ou les groupes dans une organisation. De plus, chaque valeur peut inciter à des comportements différents influençant de façon divergente la performance.

## **VI Les environnements de travail sains**

Stress, risques psychosociaux, troubles musculosquelettiques, violence, harcèlement au travail, souffrance au travail, burnout : cette gamme de terminologie recouvre les différentes dénominations que l'on assigne aux conséquences des risques et contraintes professionnels et leur impact sur la santé des travailleurs. Ces effets peuvent être physiques ou psychologiques. Ces risques proviennent de l'organisation du travail, des contraintes qui pèsent sur les professionnels, de la disponibilité et de l'allocation des ressources dans l'organisation. On constate que la question de la santé au travail et surtout de la santé mentale, par l'étude des risques psychosociaux et du stress, sont devenues des aspects importants de la recherche sur le milieu de travail. Ceci est dû à l'intensification de ces phénomènes provenant d'un accroissement des contraintes professionnelles, mais surtout à la reconnaissance de leurs conséquences sur la performance des organisations. En effet, le travail a connu de profondes transformations ces dernières années, notamment avec le développement et l'introduction des nouvelles technologies. Celles-ci ont amené l'apparition de nouvelles contraintes, à la fois physiques et cognitives dues à l'informatisation, l'automatisation et l'apprentissage de nouvelles façons de travailler (Neboit & Vézina, 2002). Ainsi, le travail semblerait faire porter moins de contraintes physiques sur les individus, mais par contre il engendrerait de plus grandes exigences psychologiques et émotionnelles (Marmot, 1999, cité par Neboit & Vézina,

2002). En outre, l'exigence de performance, l'apprentissage continu, ainsi que les nombreuses restructurations qui ont secoué les systèmes de santé, ont produit de fortes pressions psychologiques et émotionnelles sur les professionnels de la santé. La verbalisation de ces pressions psychologiques et émotionnelles au travail se fait par l'utilisation du mot « stress ». « Un stress survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise » (Chouaniere, 2006 : 170). Ainsi, le stress proviendrait à la fois des contraintes physiques du travail, mais aussi de la perception du déséquilibre entre les contraintes et les ressources dont disposent l'individu. Finalement, cela entraînerait des conséquences sur l'état de santé mental et physique de l'individu et la performance de l'organisation (figure12).

La notion de stress semble être un élément clé pour comprendre la santé au travail. Selon Yves Clot (1999, cité par Neboit & Vézina, 2002), le mot stress est devenu pour les salariés un mot de passe pour dire le mal-vivre au travail, le mal-être et témoigner de leur sentiment d'impuissance dans lequel ils se sentent face à l'organisation. De nombreux courants théoriques se sont développés pour étudier les risques et les contraintes au travail, principalement autour de la notion de stress et de burnout qui semblent être des éléments majeurs pour comprendre l'état de santé des professionnels. Nous regroupons ces démarches derrière la dénomination de « milieux sains de travail ». Cette dénomination englobe les approches qui mettent la santé des travailleurs comme l'objet de leurs démarches d'étude.



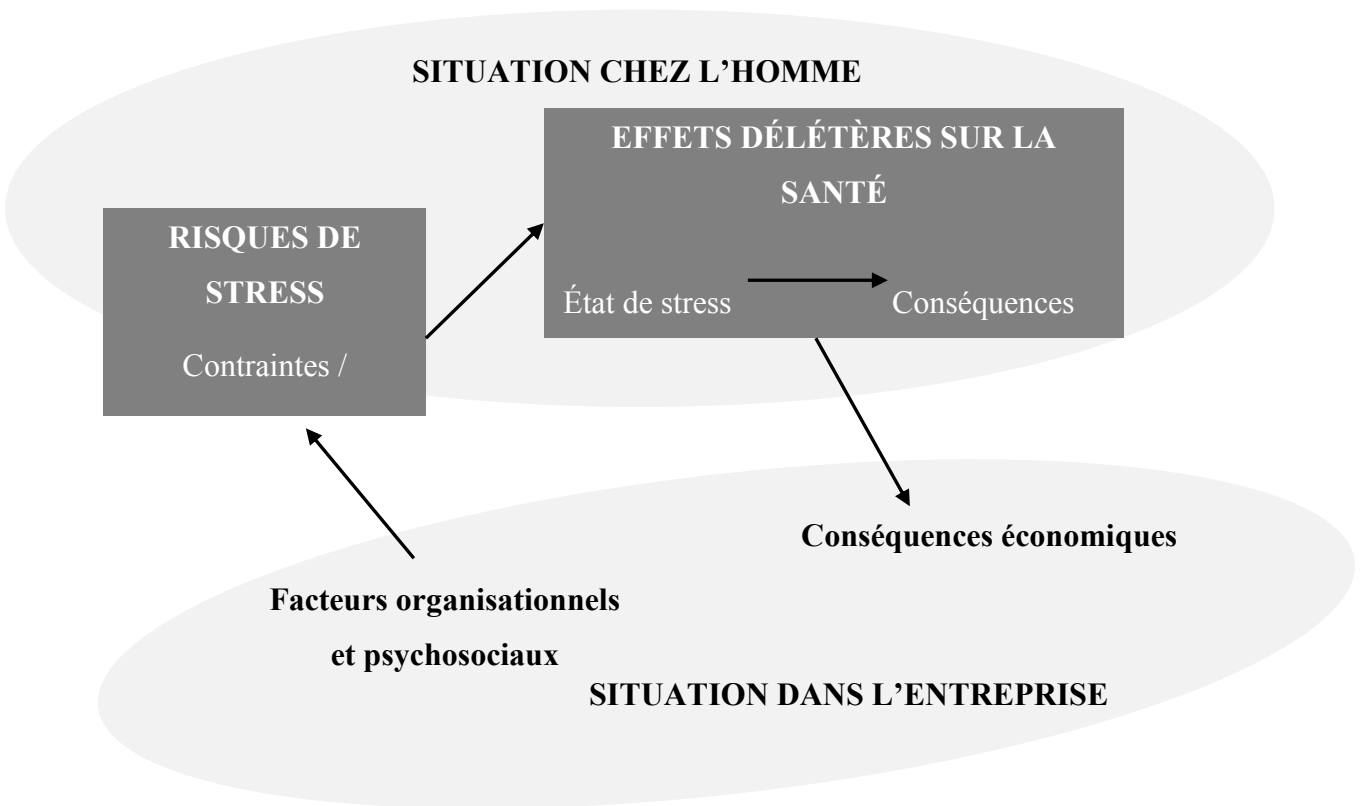
Dans ce cadre, le milieu de travail représente un facteur déterminant pour le bien-être physique, mental et social des employés et de leurs familles. Cette position a été réaffirmée par deux déclarations de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui a fait de la promotion de milieux de travail sains un aspect majeur de la politique de promotion de la santé. : La déclaration de Budapest en 1991 ainsi que la déclaration de Vienne en 1997.

### A L'environnement physique et psychosocial et leurs conséquences sur la santé

Dans leur rapport sur la création d'un milieu de travail sain dans le secteur de la santé, Koehoorn et Lowe (2002) décrivent l'environnement de travail comme étant composé de deux grandes dimensions : physique et psychosociale. De même, Burton (2004) chercheur à l'association pour la prévention des accidents industriels caractérise l'environnement de travail selon trois dimensions – l'environnement physique, l'environnement psychosocial et les pratiques de santé – comportant chacune des sous-dimensions contribuant toutes ensemble au maintien et à la promotion de l'état de santé des travailleurs.

La dimension physique est composée de la sécurité, de la charge de travail, des horaires de travail, du niveau de contrôle des tâches et du stress dû au rôle. L'aspect psychosocial concerne la pression au travail, les changements et la qualité des relations humaines. Enfin, les pratiques de santé renvoient aux politiques et programmes mis en place dans l'organisation pour promouvoir et soutenir la santé des employés. Ces dimensions semblent relativement dominantes pour approcher la santé au travail. D'ailleurs, Chouaniere (2006) a proposé un modèle d'analyse des risques et de leurs effets sur la santé reprenant ces dimensions (figure 12).

Figure 12 Risques psychosociaux et effets sur la santé (Chouaniere, 2006)



Dans ce modèle les facteurs organisationnels correspondent à la situation macro-économique soit l'organisation du travail (charge de travail, précision des rôles professionnels de chacun, horaires de travail) et l'environnement physique de travail. Les facteurs psychosociaux réfèrent à la qualité des relations au travail (la communication interprofessionnelle et avec les superviseurs, le soutien professionnel, la reconnaissance du travail).

Ces facteurs se muent pour l'employé en contraintes réelles ou perçues qui deviennent un terreau fertile pour l'apparition du stress entraînant, selon son intensité, des conséquences délétères sur la santé.

### B Les contraintes au travail

Les contraintes sont appréhendées différemment selon les employés, ainsi les individus ont des perceptions différentes de celles-ci, et surtout des mécanismes de protection et d'acceptation différents. De manière générale, tous les métiers présentent des contraintes ponctuelles ou inhérentes à leur activité. En effet, les professionnels de la santé seront tous confrontés à la mort d'autrui (Chouaniere, 2006). Cependant cette contrainte n'est pas subie, mais a été choisie. Les difficultés et les problèmes de santé surviennent lorsque l'individu subit des contraintes contradictoires ou est confronté à des contraintes multiples de façon durable. Les chercheurs se sont particulièrement intéressés à ces deux cas de figure. En effet, les deux modèles les plus influents de ce champ, le modèle de la demande-contrôle de Karasek & Theorell (1990) et le modèle de l'effort-récompense de Siegrist (1996), s'intéressent justement à ces aspects.

Le modèle de Karasek & Theorell (1990) expliquant le stress au travail, repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions : la latitude décisionnelle et la demande environnementale ou psychologique. Cette dernière correspond à la quantité de travail à accomplir, aux exigences mentales et aux contraintes de temps. L'autonomie décisionnelle représente la possibilité d'exercer un contrôle sur le travail et les tâches à effectuer. De ce fait, le concept d'autonomie au travail comprend deux éléments, l'un relié à l'autorité (la liberté de décider, la maîtrise du processus de travail), l'autre au niveau de l'accomplissement de soi au

travail. L'hypothèse est qu'un niveau élevé de latitude décisionnelle ou de contrôle permet de réduire les effets négatifs des demandes de l'environnement professionnel sur la santé. Un niveau élevé de demande au travail associé à un niveau faible de latitude de décision aboutit à un niveau élevé de tension (Karasek, 1979) (tableau 12). À l'inverse, une demande forte de l'environnement professionnel peut être modérée par un niveau élevé de latitude décisionnelle.

Tableau 12 Interaction entre la latitude au travail et les demandes au travail (Karasek, 1979)

		<i>Demande de travail</i>	
		Basse	Élevée
<i>Latitude au travail</i>	Basse	Travail passif (peu ou aucun stress)	Travail à haute tension (Stress élevé)
	Élevée	Travail à basse tension	Travail actif stress modéré

Karasek & Theorell (1990) enrichissent le modèle par l'introduction d'un facteur supplémentaire, le soutien social. Celui-ci regroupe l'ensemble des interactions sociales utilitaires qui existent au travail, tant de la part des collègues que des superviseurs. On distingue deux types de soutien social au travail : le soutien socio-émotionnel et le soutien instrumental. Le premier fait référence à la qualité des rapports entre les professionnels et avec les superviseurs et comprend la confiance, l'intégration sociale. Le second symbolise l'aide et l'assistance donnée par les autres dans l'accomplissement du travail. De nombreuses études ont montré la véracité du modèle de Karasek (Vezina, 2002) et « l'existence d'une association entre les composantes du modèle de Karasek et les maladies cardiovasculaires » (Vézina, 2002 : 52).

Le modèle de Siegrist dit du déséquilibre repose sur l'hypothèse « qu'une situation de travail qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses s'accompagne de réactions pathologiques sur le plan émotionnel et physiologique » (Vézina, 2002 : 54). Siegrist (1996) défend que les risques pour la santé se produisent lorsque les employés sont face à une inadéquation entre les efforts investis dans le travail (pressions, responsabilités) et la reconnaissance du travail (support, salaire). La notion d'effort élevé est caractérisée par des efforts extrinsèques et des efforts intrinsèques (Siegrist, 1996). Les éléments extrinsèques renvoient aux contraintes strictes du travail (responsabilité, charge de travail, temps supplémentaires, efforts physiques) alors que les éléments intrinsèques concernent les attitudes et les motivations individuelles renvoyant au degré d'engagement. C'est justement cet aspect qui représente un complément important au modèle de Karasek qui ne prenait pas en compte les éléments relatifs à la personnalité des individus.

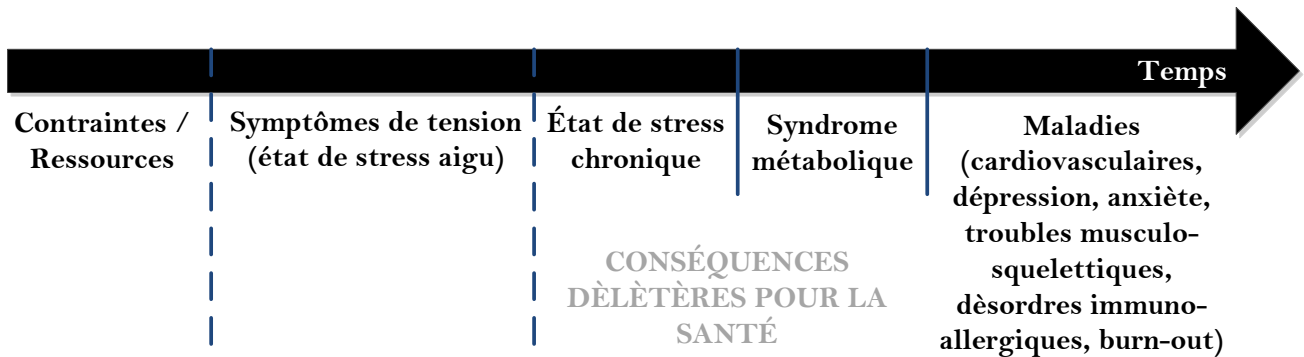
L'opérationnalisation de ces modèles se base sur des questionnaires visant à obtenir les perceptions des individus sur leur travail, leur organisation, leur évaluation d'une situation. Ainsi, on peut considérer que toutes ces mesures sont de nature perceptuelle et donc relativement subjective. Néanmoins, elles permettent de mieux aborder les syndromes de stress au travail et de mal être, en obtenant des informations sur les perceptions des travailleurs.

### C Les conséquences sur la santé des contraintes physiques et psychosociales

De nombreuses études effectuées dans le milieu hospitalier, basées sur ces modèles ont démontré les conséquences de ces contraintes sur la santé des travailleurs, car elles entraînent une augmentation des blessures musculo-squelettiques, des maladies cardiovasculaires ou

encore du burnout (Landsbergis, 1988; Bourdonnais, Comeau et al., 1998; O'Brien-Pallas, Shamian et al., 2004; Cordes, 1993.). Chouaniere (2006) a conceptualisé les différentes étapes depuis le stress au travail jusqu'aux maladies graves (figure13)

Figure 13 Les effets du stress sur la santé (Chouaniere, 2006)



Les conséquences délétères sur la santé correspondent à un état de stress chronique et aux affections qui apparaissent à plus long terme. « L'état de stress chronique correspond à l'épuisement d'un organisme trop longtemps soumis à une hyper-stimulation » (Chouarniere, 2006). Cela se traduit par différents symptômes dont des douleurs physiques, une plus grande sensibilité émotionnelle et par des perturbations intellectuelles se manifestant par des difficultés de concentration provoquant des déficiences dans la prise de décision et des erreurs. Si cet état de stress chronique perdure, il entraîne des conséquences métaboliques importantes ayant des répercussions physiques et psychologiques. En effet, il y a un accroissement des risques pour le système cardiovasculaire, ainsi que des troubles musculo-squelettiques et des problèmes de santé mentale. Parmi les problèmes de santé mentale figure le burnout. Cette pathologie souvent mal reconnue semble de plus en plus répandue. La définition la plus commune et acceptée du burnout est celle qu'a développé Maslach (Maslach, 1982; Maslach

et Jackson, 1981 citée par Cordes, 1993). Selon lui, le phénomène de burnout est composé de trois éléments. Ceux-ci représentent les différentes étapes psychologiques et comportementales que l'individu expérimente. La première étape correspond à l'épuisement émotionnel qui se caractérise par une perte d'énergie et le sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées (Cordes, 1993). Puis vient la phase de la dépersonnalisation ou déshumanisation où la personne se détache des individus et des clients qui l'entourent. Enfin, le dernier stade est celui de la diminution de l'accomplissement personnel à travers lequel l'individu expérimente un déclin de ses compétences professionnelles et ne ressent plus d'accomplissement dans son travail ou les interactions avec les autres.

Durant ces vingt dernières années, de nombreuses recherches ont porté sur la santé des individus dans le milieu du travail. Ces études ont mis en avant l'influence des contraintes perçues et réelles sur la santé physique et psychologique des employés. Néanmoins, malgré l'augmentation des évidences scientifiques concernant ces relations, on trouve peu de mesures concernant ces aspects dans les systèmes de management des établissements de santé.

## **VII L'application de ces différentes approches aux organisations de santé.**

Les différents concepts que nous venons de décrire ont été repris afin d'être spécifiquement appliqués aux organisations et aux professionnels de la santé, particulièrement au personnel de soins. En effet, les sciences infirmières ont énormément étudié les liens entre l'environnement de travail, les perceptions des professionnels, les comportements au travail et leurs impacts sur la qualité des soins et les résultats de santé des patients. En revanche, les

recherches s'intéressant aux conditions de pratiques des médecins et à leur bien-être sont beaucoup moins nombreuses.

Cette section est consacrée à une synthèse de la littérature en sciences infirmières et à une brève présentation des principaux résultats des travaux portant sur le bien-être des médecins.

#### A Les sciences infirmières : de l'étude des pratiques infirmières à l'analyse des conditions de travail

Les sciences infirmières ont pour objectif de rationaliser, comprendre et enseigner les pratiques infirmières. Fawcett et Watson et al (2001) avancent que les sciences infirmières visent, par la production d'évidences scientifiques provenant d'études empiriques, à mieux comprendre les pratiques et l'environnement de travail des infirmières afin de les améliorer. Ces études s'inscrivent dans un projet plus large appelé « conceptual-theoretical empirical system based nursing practice » (Fawcett, 2006) qui est défini comme un “service to society guided by knowledge that is specific to the discipline of nursing, as articulated in conceptual models of nursing theories” (Fawcett, 2006: 32). Les évidences produites sont utilisées comme support pour l'élaboration de recommandations, la constitution de protocoles et de standards de pratique. Les associations d'infirmières servent de relais en traduisant et promouvant ces évidences scientifiques afin qu'elles soient institutionnalisées dans la pratique des infirmières et l'organisation du travail. Depuis le début des années 2000, de nombreuses recherches et rapports officiels élaborés par des fondations ou des associations infirmières sont orientés vers la promotion d'un milieu sain de travail, afin d'accroître la rétention du personnel de soins et d'améliorer la qualité des soins. En effet, en 2001, la fondation canadienne de la recherche sur



les services de santé a publié un rapport : *engagement des soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, les patients et le système*. En 2007, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a édité un rapport : *Nurse staffing and quality of patient care*, sur le lien entre la disponibilité du personnel de soins et les résultats de santé des patients. Ce rapport réaffirme qu'une mauvaise adéquation des ressources infirmières à la charge de travail avait un impact négatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients (Kane et al., 2007). L'institut américain de médecine (IOM) a également fait paraître un rapport en 2004 intitulé *keeping patient safe : transforming the work environment of nurses*, énonçant les mêmes conclusions. On constate une convergence dans les conclusions des études scientifiques et des rapports d'institutions ou de fondations. Toutes observent l'influence des différentes composantes de l'environnement de travail sur le comportement du personnel de soins, leur état de santé et la qualité et le résultat des soins.

Ces rapports ont été complétés par des recommandations émanant des associations d'infirmières visant à établir des standards concernant la qualité de l'environnement de travail et la proposition de stratégies pour l'améliorer. D'ailleurs, en 2002, le comité consultatif canadien sur les soins infirmiers a élaboré une série de recommandations visant à améliorer la qualité de l'environnement de travail et favoriser la rétention des infirmières. Parmi ces recommandations, figure l'amélioration de l'adéquation à la charge de travail afin de mieux répondre aux besoins des patients et de leur famille et diminuer la surcharge de travail, l'augmentation du nombre d'heures de soins des infirmières licenciées, l'augmentation de la rétention des infirmières plus âgées, et l'innovation en terme d'aménagement du temps de travail. La seconde série de recommandations concerne la création de milieux de pratiques professionnelles qui attirent et retiennent la main d'œuvre. Pour ce faire, le comité

recommande une accentuation du leadership infirmier avec l'accroissement du nombre d'infirmières exerçant le rôle de gestionnaire de première ligne, une augmentation du nombre d'infirmières diplômées chaque année, et un investissement dans la formation continue, principalement axée sur la technologie.

Au États-Unis en 2005, l'American association of critical-care nurses a érigé six standards reconnus par la littérature pour représenter des déterminants de la qualité de l'environnement de travail et de la rétention des infirmières (AACN, 2005). Ces standards sont : la qualité de la communication, la collaboration interprofessionnelle, la prise de décision efficace, la reconnaissance du travail, la disponibilité et l'adéquation du personnel et le leadership.

Cependant, aucune des ces recommandations ou stratégies proposées par ces comités ou associations ne proposent de normes. En effet, il est difficile de statuer sur le niveau maximum de patients par infirmières ou la meilleure composition possible des équipes de travail. Par ailleurs, les recherches en sciences infirmières de ces dernières années ont permis de mettre en lumière les facteurs majeurs qui influencent la qualité de l'environnement de travail. Plusieurs modèles conceptuels ont d'ailleurs été proposés. Dans cette seconde partie, nous allons explorer les différents modèles ainsi que les relations théoriques qui ont été mis en lumière.

B Plusieurs modèles théoriques pour analyser les différentes composantes de l'environnement de travail et son influence sur les résultats de santé et la performance financière.

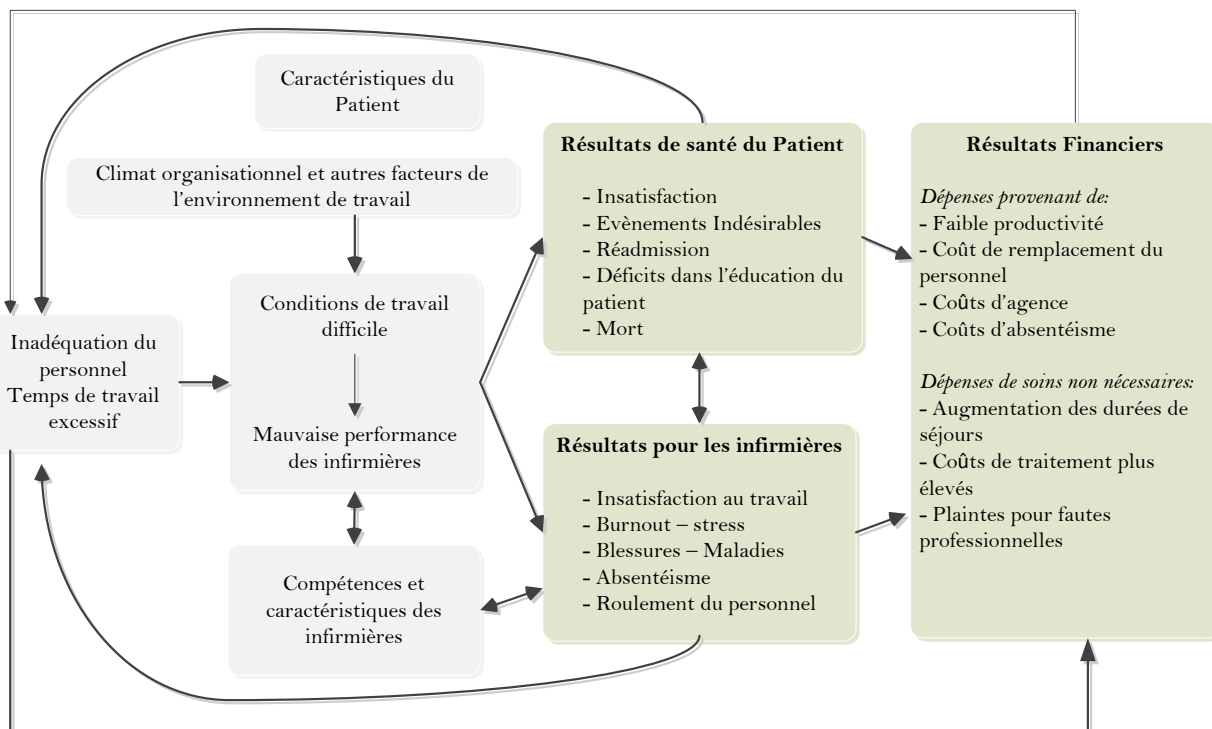
Dès le début des années 80, les chercheurs s'intéressent aux facteurs explicatifs du niveau de productivité des employés, de leur satisfaction et leur propension à rester dans un emploi. En effet, la problématique de la rétention du personnel de soins devenait de plus en plus criante dans les hôpitaux canadiens et américains (Lake, 2002). Face à ce problème, l'American Academy of Nursing s'est intéressée aux hôpitaux présentant un fort taux de rétention de son personnel de soins, afin de comprendre les facteurs expliquant cette réussite. Ces hôpitaux dits magnétiques ont servi de point de départ à de nombreuses études pour déterminer les caractéristiques d'un environnement de travail sain soutenant l'excellence de la pratique infirmière. Kramer (1989, cité par Schmalenberg & Kane, 2008) a construit l'un des premiers questionnaires, le « nursing work index », afin de mesurer la perception du personnel concernant l'environnement de travail. Parallèlement, Whitney (1994) a développé le « work quality index » et Aiken, Clarke et al (2000) a mis à jour le « nursing work index ».

Ces questionnaires se rapprochent fortement de mesure du climat organisationnel ou psychologique. Ils ont permis de dégager les caractéristiques communes à tous les hôpitaux magnétiques : la décentralisation de la prise de décision, un leadership infirmier fort et visible, la reconnaissance de l'autonomie des infirmières et une dotation adéquate du personnel (Lake, 2002 ; Aiken et al., 2000, 2001). Se sont ajoutés à ces études, des travaux utilisant des indicateurs afin de mesurer l'association entre la disponibilité du personnel, la satisfaction des infirmières, la qualité des soins et la sécurité des patients. Ainsi, on trouve l'utilisation de

plusieurs types de mesures : des mesures objectives comme des indicateurs et des mesures perceptuelles basées sur des questionnaires.

Récemment plusieurs modèles tentant de modéliser l'ensemble de ces relations ont été élaborés par des chercheurs en sciences infirmières. Nous avons sélectionné l'un des plus récents, celui d'Unruh (2008). Néanmoins d'autres tout aussi pertinents existent dont celui d'Aiken, Clarke, et al (2002). Le modèle d'Unruh (figure 14) va nous permettre d'illustrer les relations théoriques entre l'adéquation du personnel, les conditions de travail, le climat organisationnel, les conséquences sur les attitudes et la santé des infirmières et finalement leur impact sur les résultats de santé des patients.

Figure 14 Modèle conceptuel des résultats de santé des patients, des résultats financiers associés à une inadéquation du personnel infirmier (Unruh, 2008)



Cette figure modélise les principales relations qui ont été étudiées par les sciences infirmières. Celles-ci sont :

- la disponibilité des ressources humaines et leur composition en lien avec les résultats de santé des patients,
  - les conditions de travail et leur influence sur les attitudes, les comportements et la santé des infirmières,
  - l’impact de l’inadéquation des ressources humaines sur les résultats financiers de l’hôpital,
  - l’influence de la satisfaction sur le roulement du personnel des infirmières et le burnout,
  - le climat organisationnel et son influence sur la satisfaction et la qualité des soins.
- *La disponibilité des ressources humaines et leur composition en lien avec les résultats de santé des patients*

La littérature utilise le terme de « staffing » pour décrire la disponibilité et l’allocation du personnel de soins en fonction de charge de travail. De nombreuses études ont été réalisées pour analyser l’impact de cet aspect sur les différentes facettes de la performance. Les résultats semblent diverger selon les études et les types de mesure utilisés (Unruh, 2008). Lang (2004), dans sa revue systématique, conclut qu’il n’est possible d’affirmer qu’un seuil minimum d’infirmières par patients en soins aigus affecte les résultats de santé des patients. Par contre, le nombre d’heures de soins infirmiers par patient ainsi que le niveau d’étude de celles-ci auraient un impact sur les résultats de santé des patients (Lang, 2004). À l’inverse

Lankshear (2005, cité par Unruh, 2008) conclut qu'il existe une forte association entre la dotation du personnel et les résultats de santé des patients. Finalement, l'AHRQ (Kane et al., 2007) affirme d'après une méta-analyse conduite sur la base d'études observationnelles entre 1990 et 2006 qu'une meilleure disponibilité et allocation du personnel entraînerait de meilleurs résultats de santé et une diminution de la mortalité.

➤ *Les conditions de travail et leurs influences sur les attitudes, les comportements et la santé des infirmières.*

De nombreuses études ont démontré le lien entre la disponibilité des ressources infirmières, la charge de travail et l'insatisfaction (Demerouti, Bakker et al., 2002; Lu, While et al., 2004), l'épuisement émotionnel (Stordeur 2001; Shaver & Lacey 2003) et le burnout (Cordes, 1993; Aiken, Clarke et al., 2002). Aiken, Clarke et al (2002), dans une étude à partir des archives administratives d'un hôpital, a montré une association entre le ratio de patient par infirmières et la satisfaction et l'occurrence des burnout chez les infirmières.

➤ *L'impact de l'inadéquation des ressources humaines sur les résultats financiers de l'hôpital*

Unruh (2008) remarque que peu d'auteurs se sont intéressés à cette relation. Néanmoins, il existe plusieurs mesures pour évaluer la performance financière d'un hôpital : le coût du travail, le coût de remplacement du personnel, les coûts associés à la mauvaise qualité découlant des frais associés à la réadmission des patients et les coûts liés à de plus longues durées de séjours dues aux événements indésirables. Tous ces éléments tendent à diminuer la production des hôpitaux. Pour Bloom (1997, cité par Unruh, 2008) l'augmentation du

personnel et surtout d'infirmières licenciées aurait un impact nul sur la performance financière. Par contre, Titler (2007, cité par Unruh, 2008) conclut qu'un plus haut ratio d'infirmières licenciées réduirait les coûts. La diminution de la durée de séjour serait associée à une augmentation des heures de soins infirmiers licenciés (Brown, 2002 ; Shamian, 1994, cité par Unruh, 2008), une baisse de la charge de travail (Behner, 1990 cité par Unruh, 2008) et une augmentation du ratio patient-infirmière (Pronovist, 1999, cité par Unruh, 2008). Ces conclusions sont partagées par Thungjaroenkul, Cummings et al (2007) qui montrent dans leur revue de la littérature qu'un plus haut taux d'infirmières licenciées et d'heures d'infirmières licenciées réduiraient les coûts et la durée de séjour.

➤ *L'influence de la satisfaction sur le roulement du personnel des infirmières et le burnout*

La satisfaction des infirmières, de même que le burnout et plus précisément l'épuisement émotionnel sont des déterminants importants de l'intention de quitter son emploi dans l'année (Aiken, Clarke et al., 2002). Yin and Yang (2002, cité par Lu, While, et al., 2005) ont montré dans leur méta-analyse que le roulement du personnel était fortement associé à la satisfaction (-0.23), à l'autonomie professionnelle (-0.23), aux opportunités d'avancement (-0.22) et à la cohésion des équipes de travail (-0.19). Lu et While (2005) concluent qu'il existe suffisamment d'évidences pour affirmer que la satisfaction est un déterminant de l'absentéisme, de l'intention de quitter son emploi et du burnout.

➤ *Le climat organisationnel et son influence sur la satisfaction et la qualité des soins.*

Peu d'études en sciences infirmières utilisent clairement le concept de climat organisationnel. Cependant, les questionnaires développés ces 20 dernières années pour analyser les caractéristiques des conditions de travail utilisent des composantes traditionnelles

des études sur le climat organisationnel. En effet, Kramer et Schmalenberg (2004, cité par Schmalenberg & Kramer 2008) ont affiné leur questionnaire mesurant les hôpitaux magnétiques et ont décrit plusieurs caractéristiques qui rendent un hôpital attractif : des pairs cliniquement compétents, la qualité de la collaboration entre les infirmières et les médecins, l'autonomie clinique, le support organisationnel pour la formation, le soutien des cadres infirmiers, la perception d'une présence suffisante de personnel, un contrôle sur les pratiques infirmières et une culture centrée sur le patient. De nombreuses études ont montré le lien entre ces facteurs et la satisfaction au travail, l'état de santé psychologique et physique des infirmières. En effet, Aiken et al (2001, 1994) ont conclu que la qualité des relations professionnelles, surtout avec les médecins, tout comme le niveau de participation aux prises de décisions concernant la prise en charge des patients et l'autonomie au travail, étaient associés avec la satisfaction des infirmières et le taux de roulement.

#### C L'influence de l'environnement de travail sur les médecins.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il existe relativement peu d'études s'intéressant à l'influence de l'environnement de travail sur les pratiques du corps médical, leur satisfaction et leur état de santé. Cette absence d'intérêt se retrouve aussi au niveau institutionnel où peu de recommandations ou de standards sont proposés pour améliorer les conditions de travail des médecins. Néanmoins, la question de la santé physique et mentale des médecins commence à devenir une préoccupation du fait de son impact sur le fonctionnement du système de santé et les résultats de la prise en charge des patients. En effet, plusieurs études traitant de la question du stress et du burnout montrent que de 30% à 60% des médecins omnipraticiens et spécialistes sont touchés par cette maladie (Shanaflet, West et al., 2005). Le



burnout touche plus les jeunes médecins et les internes que les médecins plus âgés. Ainsi, en 2010, l'association médicale du Canada a fait paraître un rapport intitulé *physician health matters : a mental health strategy for physicians in Canada*. Depuis, cette association a créé une conférence annuelle sur ce sujet, mais surtout un institut entièrement dédié aux problèmes de santé des médecins : le Canadian Physician Health Institute.

Ces dernières années les chercheurs ont également multiplié les études s'intéressant aux attitudes et à l'état de santé des médecins. L'insatisfaction serait reliée à des facteurs relativement similaires à ceux des infirmières. En effet, elle proviendrait principalement d'un manque de contrôle sur leur pratique et d'une surcharge de travail se traduisant par des quarts de travail trop longs (Tokuda, Hayano et al., 2009). La littérature semble également statuer sur le fait que l'insatisfaction des médecins influencerait leur efficacité au travail et donc la qualité des soins fournis, car il y aurait une baisse de la conformité des pratiques aux standards de prise en charge (Hadley, 1999 ; Price, 1977 ; Grol, 1985 cité par Pathman, Konrad et al., 2002). Outre l'impact sur la qualité des soins, l'insatisfaction des médecins accroît leur volonté de changer d'hôpital et de fait augmente le taux de roulement (Pathman, Konrad et al., 2002).

En conclusion, une mauvaise adéquation du personnel à la charge de travail ainsi que la surcharge de travail contribuent à détériorer l'environnement de travail en augmentant l'insatisfaction, le stress, tout en accroissant l'absentéisme et le roulement du personnel, cela autant pour les infirmières que pour les médecins. Le climat organisationnel appréhendé par la qualité des relations au travail, le degré d'autonomie, la qualité de la communication

influencent également la satisfaction des employés et leur engagement au travail. Tous ces facteurs sont associés à la qualité de la prise en charge et les résultats de santé des patients.

## **Synthèse de la 2e partie : DÉTERMINER LES COMPOSANTES DU MODÈLE LOGIQUE DE MESURE DU *MAINTIEN DES VALEURS*.**

Cette section a pour objectif de présenter les différentes dimensions que nous avons sélectionnées afin de créer le modèle logique de mesure de *maintien des valeurs*. À travers les pages de cette partie, nous avons présenté de nombreux courants et approches théoriques qui ont été conceptualisés afin de comprendre et analyser le facteur humain dans les organisations. Aucun ne permet de décrire l'ensemble des aspects environnementaux, cognitifs, affectifs qui influencent le comportement, la santé des employés et donc la performance individuelle et organisationnelle. Chacun de ces concepts appréhende l'humain et son comportement dans les organisations, sous un angle différent, mais souvent complémentaire. Le but est de créer un modèle logique intégrateur basé sur les relations théoriques et empiriques entre ces concepts et les phénomènes organisationnels qu'ils décrivent. Ce modèle est structuré autour de deux dimensions, le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail.

Deux préoccupations majeures semblent avoir guidé bon nombre des théories que nous avons présentées, la motivation des employés et leur attraction-rétention. Ces deux éléments apparaissent primordiaux pour comprendre le niveau de productivité et de performance. L'objectif était de comprendre quels facteurs conditionnaient le niveau d'investissement énergétique des individus dans le travail. Il semblerait que la congruence des valeurs, la qualité de l'environnement de travail, la qualité du climat organisationnel, la satisfaction au travail de même que la santé au travail influencent la motivation des individus.

Deuxièmement, la juste correspondance entre les besoins d'une organisation et les attentes des individus est cruciale pour la performance autant en termes d'attitude au travail que de coûts associés au recrutement et au roulement du personnel. Cependant, ces approches nous semblent parfois réductrices, car elles ne prennent que peu en considération les éléments objectifs de l'environnement de travail. De plus, la santé des employés est un enjeu d'importance la performance d'une organisation.

Ainsi, l'objectif de notre modèle n'est pas d'analyser la motivation des employés, mais de porter un jugement sur la capacité d'une organisation à maintenir et promouvoir un système de valeurs partagées, ainsi que de garantir une bonne la qualité de vie au travail des employés, éléments essentiels afin d'assurer une action individuelle et collective performante. La motivation dans notre étude est secondaire et ne constitue pas un marqueur de la performance. Par contre, l'ensemble des éléments que nous allons sélectionner, doivent être des marqueurs de la performance des systèmes de santé ou d'un établissement de santé. En effet, chacun d'eux devrait représenter et permettre de mesurer des phénomènes qui ont une influence directe et forte sur une multitude d'autres dimensions de la performance.

#### A Les apports des différents courants où comment construire une chaîne de relations entre les concepts

Il apparait que l'ensemble des concepts que nous avons présentés sont reliés théoriquement les uns aux autres pour former une chaîne de relations permettant d'expliquer l'ensemble des éléments qui structurent et influencent les comportements humains au travail. En effet, chaque dimension peut être appréhendée comme le déterminant ou la conséquence d'une autre.

Le concept de valeur semble être le point de départ de tout raisonnement concernant la compréhension des perceptions individuelles, des motivations et finalement de l'action. Les psychologues et les sociologues se sont intéressés aux valeurs pour en dégager les propriétés et la façon dont elles influencent le comportement des individus. Nous avons d'ailleurs dégagé trois propriétés qui seront au centre de notre outil de mesure : l'intensité, la hiérarchie et le degré d'accord interindividuel. Parallèlement, les théoriciens des organisations ont opérationnalisé ce concept afin de comprendre la culture organisationnelle et le degré de congruence entre un individu et l'organisation dans laquelle il travaille. Les valeurs représentent donc la genèse, le déterminant de toutes théories tentant de modéliser et de mesurer des composantes perceptuelles, cognitives ou affectives des individus.

Les théories, que nous abordons sous le terme de fondations, ont permis de dépasser l'approche classique selon laquelle l'environnement influençait directement le comportement des individus. L'individu, sa psyché, ses besoins entrent en ligne de compte. Cependant, la notion de cognition n'était pas encore suffisamment au centre des études.

La révolution cognitive entamée par les théories motivationnelles a démontré que la cognition des individus était un médiateur entre l'environnement et les comportements. Les auteurs de ce courant abordent la motivation comme un phénomène cognitif en relation avec plusieurs éléments psychologiques, dont les buts ou le sentiment d'efficacité personnel. On remarque que la motivation, les buts et les valeurs semblent disposer de nombreuses propriétés similaires dont l'intensité, l'orientation de l'action. Nous pensons que les valeurs déterminent le degré de motivation individuelle en fonction du contexte organisationnel et de la correspondance des objectifs. Cependant, cette approche n'était pas suffisante à la fois pour

comprendre la construction collective des perceptions et les phénomènes de groupe dans les organisations.

En réponse, les chercheurs ont développé le concept de climat psychologique et organisationnel permettant de saisir la perception des individus concernant leur travail et l'organisation. Le climat organisationnel offre l'avantage de décrire, sans évaluer, les variables organisationnelles afin de connaître leur influence sur les comportements. Cependant, le climat permet de décrire les perceptions, mais pas de saisir le fondement de schémas mentaux profonds des individus. Le climat ne serait qu'un artefact émanant de la culture organisationnelle.

Le concept de culture organisationnelle rompt avec toutes les approches que nous avons présentées, en tentant de construire des typologies de culture. Ces typologies représenteraient les divers cadres de pensée et d'interprétation influençant la cognition, les perceptions et le comportement des employés. Cette théorie a été abandonnée, même si les approches interprétativistes perdurent. Les analyses de la culture organisationnelle présentent plusieurs intérêts pour notre travail. En effet, de toutes les théories, les auteurs s'étant intéressés à la culture organisationnelle sont les seuls à s'être profondément interrogés sur leur posture ontologique et épistémologique. De ce fait, plusieurs approches paradigmatiques se sont opposées permettant de remettre en cause la toute puissante approche fonctionnaliste où la culture, de même que les valeurs, sont appréhendées comme des phénomènes clairs et cohérents, expulsant l'ambiguïté et les paradoxes comme composantes à part entière de la vie organisationnelle. Or, comme le montre les interprétativistes et les postmodernes, le paradoxe et l'ambiguïté seraient peut être la norme dans les organisations. Ceci soulève un enjeu

d'utilisation pour notre outil de mesure du *maintien des valeurs*. En effet, les valeurs et les perceptions doivent être mises en relation avec le processus d'interprétation qui les actionne (Hatch, 1993). La signification d'une expérience ou d'un élément organisationnel serait établie rétrospectivement par un processus d'interprétation (Schutz, 1970 cité par Hatch, 1993). Ce processus correspond à la construction de sens. Les théories modernes de la culture ont tendance à traiter les valeurs ou la culture de façon instrumentale délaissant de ce fait leur portée symbolique. Nous reviendrons sur cet aspect dans la dernière section de cette thèse traitant de l'utilisation du modèle logique.

Cette critique peut également être portée à la théorie de la congruence. En effet les valeurs sont rarement analysées par rapport au sens qu'elles véhiculent et au type de motivation qu'elles éveillent chez l'homme. Seul le niveau d'accord général sur les valeurs semble avoir de l'importance. Cependant, cette littérature apporte de nombreux éléments intéressants, premièrement en abordant le processus de sélection, de rétention et finalement d'engagement des individus par rapport à leur travail et l'organisation selon l'angle de la congruence entre l'individu et son environnement. Deuxièmement, elle démontre que le partage des valeurs entre les employés d'une organisation est indispensable pour la communication, la collaboration et une compréhension commune de l'action. Ceci nous amène donc à ajouter une quatrième propriété aux valeurs, la congruence entre les valeurs de l'individu et celles qu'il perçoit comme dominante dans l'espace social dans lequel il évolue.

Finalement les deux derniers courants que nous avons abordés, les environnements de travail sain et les sciences infirmières, ont une visée plus pratique, car au-delà de la meilleure compréhension des dynamiques internes des organisations, elles visent à améliorer

l'organisation du travail et diminuer les contraintes physiques et psychologiques qui pèsent sur les employés. La littérature sur des milieux sains de travail se concentre sur la santé des travailleurs et la compréhension des mécanismes qui l'influencent. Pour ce faire, il est nécessaire de mieux saisir l'interaction entre les variables organisationnelles reliées à l'organisation du travail et l'allocation du travail, et les phénomènes psychosociaux. Finalement, les sciences infirmières ont mis en lumière les relations entre l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction et les résultats de santé des patients. Néanmoins, et ce malgré l'existence de modèles théoriques tentant de prendre en compte ces divers aspects, il n'existe pas d'outil de mesure

Si l'on prend en considération l'ensemble de ces courants, on remarque qu'il existe une chaîne de relation entre plusieurs des concepts qui les sous-tendent. En effet, les valeurs servent de méta-cadre orientant les perceptions et l'affect des individus quant à l'organisation et leur travail. Elles permettent également de saisir par l'analyse de la congruence la compatibilité entre une organisation et ses employés. L'environnement physique de travail affecte également les perceptions des individus et des groupes, ainsi que leurs perceptions de leurs situations. Ces deux éléments jouent conjointement sur les comportements au travail et la santé physique et mentale des employés des établissements de santé. Les perceptions émanant de l'interaction entre ces méta-cadres cognitifs et les conditions physiques de travail influencent le comportement. En effet, on remarque que dans les organisations, les individus développent des perceptions similaires concernant les variables organisationnelles qui les entourent. Les perceptions individuelles doivent être appréhendées sous un angle évaluatif permettant de comprendre à quel point une organisation et un travail rejoignent les attentes

d'un individu. Finalement, il est essentiel de connaître l'impact de ces éléments sur les comportements des individus et leur santé physique et mentale.

### B La sélection des dimensions du modèle logique

La chaîne de relation permettant d'appréhender l'interaction entre l'individu et l'organisation et son influence sur le comportement et la performance a pour point de départ les valeurs individuelles et les valeurs organisationnelles. Ces éléments doivent être remis dans un contexte de travail spécifique qui génère des perceptions collectives et individuelles influençant le comportement et la santé.

Sur cette base, la fonction du maintien des valeurs et donc le modèle logique est composé de deux dimensions et six sous-dimensions.

La première dimension est le consensus sur les valeurs permettant de mesurer l'intensité des valeurs individuelles et organisationnelles, leurs hiérarchies, le niveau d'accord interindividuel sur chaque valeur et sur la hiérarchie et enfin la congruence et la divergence des valeurs individuelles et organisationnelles.

La seconde dimension appelée qualité de vie au travail est composée de six sous-dimensions : l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction au travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés.

Chacun de ces concepts représente des marqueurs de la performance et permette de porter un jugement sur la performance d'une organisation.

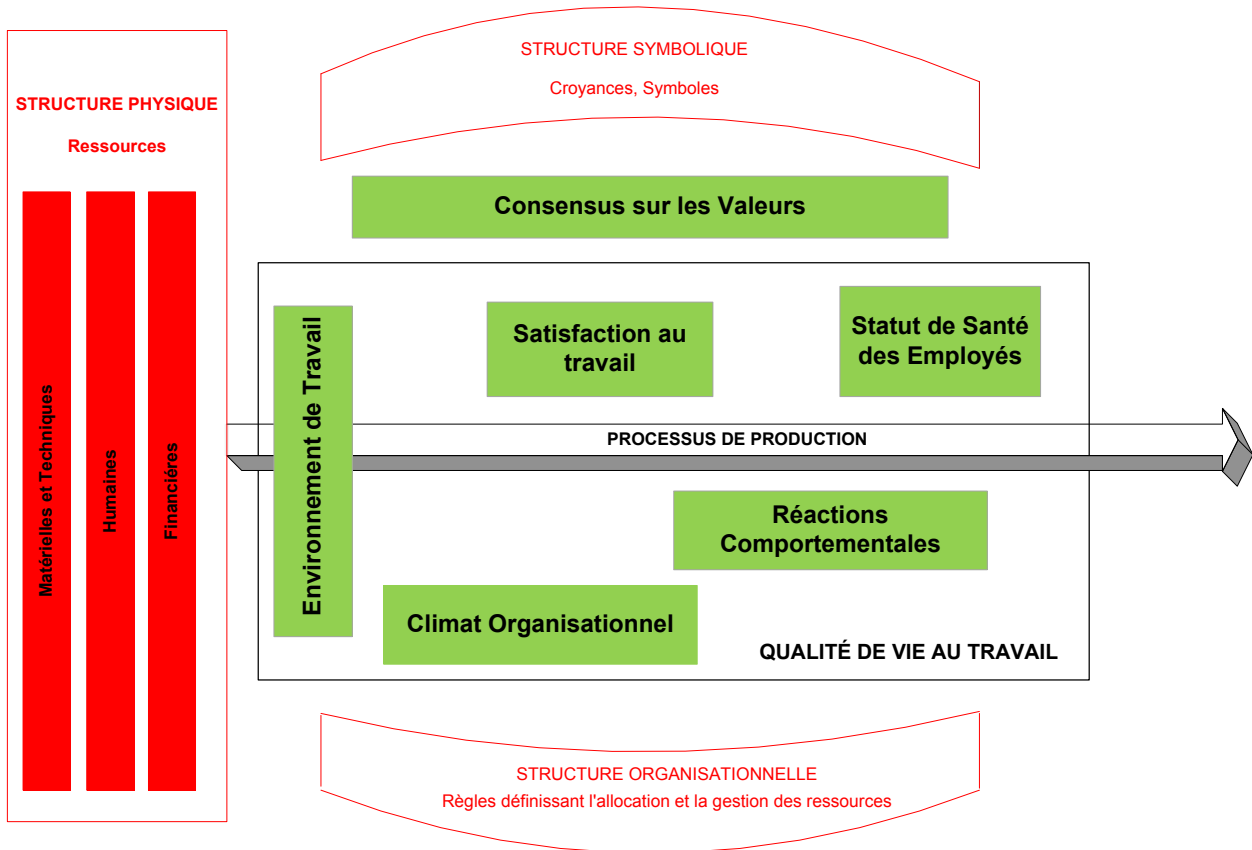


**Partie III : LE MODÈLE LOGIQUE DE MESURE  
DU MAINTIEN DES VALEURS**



La section précédente sur l'étude des valeurs et du facteur humain dans les organisations a permis de dégager les principales composantes de notre modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*. Par ailleurs, le modèle logique que nous proposons dans la figure 15, n'est pas une liste de composantes permettant de classer des indicateurs, mais un cadre dynamique offrant une représentation des interactions entre les dimensions et les sous-dimensions le composant. En effet, la performance du système de santé ou des organisations de santé ne doit pas se penser par fonctions (adaptation, production, atteinte des buts, maintien des valeurs) ou par dimensions, mais par les tensions qui existent entre les fonctions et les dimensions. En outre, les interventions visant une amélioration de la performance se doivent d'être conceptualisées dans un environnement dynamique où chaque élément affecte un autre aspect du système ou de l'organisation. De ce fait, le modèle doit être replacé dans un système organisé d'actions composé de trois structures, physique, symbolique et organisationnelle et de processus. Selon nous, le processus principal autour duquel s'articulent les dimensions composant le *maintien des valeurs* correspond au processus de production de soins et de services.

Figure 15 Le modèle logique de mesure du Maintien des valeurs



Ainsi, ce modèle logique est composé de deux grandes dimensions : le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail. Cette dernière est construite autour de cinq sous-dimensions : l'environnement physique de travail, le climat organisationnel, la satisfaction, les réactions comportementales et l'état de santé des employés. Il combine des mesures objectives des conditions de travail et de leurs conséquences que nous avons regroupées dans les sous-dimensions environnement de travail, réactions comportementales et état de santé des employés, ainsi que des mesures perceptuelles synthétisées par les valeurs individuelles et organisationnelles, le climat organisationnel et la satisfaction au travail. Ce modèle présente

donc la particularité de regrouper à la fois des mesures objectives et des mesures perceptuelles.

Cette section est dédiée à la présentation de chacune de ces dimensions et sous-dimensions, mais surtout à leurs relations avec les autres dimensions de la performance des systèmes de santé. En effet, la sélection de ces dimensions permettant d'élaborer un modèle plus complexe, intégré et présentant les chaînes causales les reliant, doit être justifiée par la convergence d'études scientifiques démontrant leurs influences sur la performance des systèmes. Ces relations seront classées en fonction des différentes dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS, selon qu'elles les déterminent ou qu'elles en sont les conséquences. Le chapitre 5 est dédié au consensus sur les valeurs, alors que le chapitre 6 concerne la qualité de vie au travail.



## **Chapitre 5 : LE CONSENSUS SUR LES VALEURS**

Un système d'évaluation de la performance doit permettre d'améliorer le fonctionnement des organisations ou du système. Pour ce faire, comme le notent Norton et Kaplan (2004), ce type d'outil doit être aligné avec les orientations stratégiques des organisations et leurs objectifs à court, moyen et long termes. De ce fait, l'implantation d'un système d'évaluation de la performance utilisable comme un système de gestion doit être précédée par la vision et les missions de l'organisation ou en contenir une réflexion. Vision et missions renvoient directement à une réflexion sur les valeurs dominantes et véhiculées par l'organisation. Ce caractère central des valeurs dans la compréhension de tout système, et principalement du système de santé, est repris par Donabedian (1973), Blum (1974) et Long (1994). Ces trois auteurs ont mis les valeurs au cœur de leurs réflexions sur la gestion et l'organisation. En effet, pour Blum (1974) les valeurs sont au centre des choix de société et de la planification même des systèmes de santé. Selon lui, l'application des valeurs se divise en deux directions. La première permet l'élaboration de buts entraînant la production de comportements nécessaires à l'atteinte de ceux-ci. La seconde entraîne la création de standards sociaux par lesquels on peut juger des actions entreprises. Donabedian (1973) conçoit les valeurs comme étant à la base de la réflexion sur l'administration et l'organisation des systèmes de santé. Les valeurs déterminent les priorités des systèmes de santé et, de ce fait, les éléments sur lesquels les gouvernements mettent l'emphase. Donabedian (1973) décrit deux grandes orientations valorielles, libertaire et égalitaire. Long (1994) reprend l'argumentation de Donabedian concernant les deux grands courants de valeur en démontrant que la prédominance d'un de ceux-ci entraîne des orientations différentes concernant la structure du

système de santé, les modes de financement, l'allocation des ressources ainsi que les formes de dispensation de soins. Les choix de valeurs sont au cœur du système de santé et s'expriment sur plusieurs plans. Ces plans s'influencent et les valeurs orientent les actions et les décisions aux échelles sociétale, organisationnelle et individuelle. Cependant, nous ne nous intéressons pas à des valeurs sociétales ou individuelles d'ordre terminales d'un haut niveau d'abstraction comme l'égalité ou la liberté, mais plutôt leur expression « pratique » dans le monde de la santé. Ces valeurs doivent représenter les grandes orientations à l'œuvre dans les systèmes de santé occidentaux qui influencent autant la régulation générale du système, que la gestion des organisations et les pratiques des professionnels.

## **I Nature, définition et mesure des valeurs**

Nous ne nous attarderons pas sur ces aspects puisque notre position concernant les valeurs a été présentée dans la dernière partie du chapitre 3.

Ainsi, les valeurs constituent des méta-cadres cognitifs qui fournissent un sens à l'action. Elles sont des croyances fortes qui réfèrent à des modes de conduite ou à des finalités de l'existence personnellement ou socialement préférables en opposition à d'autres modes de conduite ou finalités de l'existence (Rokeach, 1973). Elles sont organisées dans un système hiérarchisé où certaines sont complémentaires et d'autres en opposition.

Nous avons sélectionné cinq valeurs qui nous semblent représentatives des orientations les plus importantes structurant les systèmes de santé contemporains : l'imputabilité, la responsabilité à l'égard de la santé de la population, la qualité technique des soins, le respect



des patients et l'accomplissement professionnel<sup>2</sup>. Ces valeurs seront étudiées aux niveaux individuel et organisationnel.

- **L'intensité et la hiérarchie des valeurs individuelles et organisationnelles** qui représentent le degré de valorisation de chaque valeur pour l'individu et l'organisation, ainsi que leur ordonnancement.
- **L'accord sur les valeurs individuelles et organisationnelles ainsi que le niveau d'accord sur la hiérarchie des valeurs.** Ceci permet de connaître le niveau de concordance pour chaque valeur individuelle et organisationnelle pour les employés d'un hôpital, mais aussi le degré de concordance entre les hiérarchies de valeur. Ceci est une mesure d'accord interindividuel. Le partage des valeurs entre les individus signifie qu'ils expérimentent des schèmes cognitifs similaires leur permettant de mieux communiquer, coordonner leurs actions, et finalement collaborer (Kluchohn, 1951).
- **La congruence et la divergence des valeurs individuelles et organisationnelles.** Cette mesure permet de connaître le niveau de similarité ou d'opposition entre les valeurs individuelles et les valeurs organisationnelles et donc de porter un jugement sur la qualité de l'adéquation entre les individus et l'organisation.

---

<sup>2</sup> La justification du choix de ces valeurs se trouve dans la section consacrée à la validité de contenu de la mesure des valeurs qui se trouve dans la partie IV de cette thèse.

## II Déterminants et conséquences du consensus sur les valeurs

Il n'existe pas de déterminants organisationnels des valeurs qui puissent directement être rattachés à une des dimensions du modèle EGIPSS. Cependant, la dimension du consensus sur les valeurs est influencée par les mécanismes de socialisation et de sélection des employés présents dans une organisation (Meglino, Ravlin et al., 1998; Schneider's, 1985).

La dimension du consensus sur les valeurs, autant la concordance que la congruence, influence toutes les dimensions et sous-dimensions du modèle logique puisqu'elle reflète la capacité d'un système social à maintenir ses modèles culturels (Parsons, 1951b). Le consensus sur les valeurs reflète le degré de cohérence, de partage des perceptions et des interprétations des situations et du travail. Elle influencerait également les états affectifs et les comportements des employés.

Cependant, les études sur la congruence et la concordance n'ont pas reçu la même attention de la part des chercheurs. En effet, en théorie des organisations et en psychologie industrielle, les études sont centrées sur l'analyse de la congruence employé/organisation délaissant la concordance sur les valeurs interindividuelles. De ce fait, on dispose de peu d'études descriptives analysant statistiquement les relations entre la concordance des valeurs et les autres concepts du modèle logique. Par contre, on trouve un développement théorique important en psychologie et en sociologie concernant le partage des valeurs interindividuelles. Plusieurs travaux montrent d'ailleurs qu'ils existent de fortes variations dans la hiérarchie des valeurs entre les différentes catégories socioprofessionnelles. Raelin (1986) avance que les valeurs divergent selon les catégories professionnelles. Cela est particulièrement important

dans les organisations de la santé où les professionnels et les gestionnaires sont en conflit sur différents points. Les valeurs des professionnels de la santé sont orientées vers l'autonomie, l'expertise, le sens de l'éthique, un travail portant du sens et des défis, et une implication forte dans la dispensation de soins (Raelin, 1986). Au contraire, les gestionnaires mettent plus traditionnellement l'emphase sur le contrôle, la supervision proche, les standards de travail et la productivité. De plus, Vandenberghe (1999) affirme qu'à l'intérieur même de la profession médicale, il existe des divergences provenant des différentes spécialités. Il s'appuie sur les travaux de Meir et Yaari (1988) qui montrent que les spécialités gériatrique, psychiatrique et pédiatrique appartiennent à un type « social », alors que les obstétriciens et les chirurgiens appartiennent à un type basé sur « l'investigation ». Cela peut également s'appliquer au travail des infirmières. En effet, les infirmières œuvrant en chirurgie mettront l'emphase sur la technicité des actes, alors que celles travaillant en gériatrie mettront plus de poids sur la qualité des relations humaines.

De ce fait, on suppose l'existence d'une hétérogénéité dans la hiérarchisation des valeurs des professionnels de santé, hypothèse renforçant une approche fragmentaire de la culture élaborée par Meyerson et Martin (1987).

➤ *Le maintien des valeurs*

Sous le terme de consensus, nous distinguons donc la concordance des valeurs interindividuelles et la congruence des valeurs individuelles et organisationnelles.

La concordance des valeurs interindividuelles favorise la communication et la collaboration et, de ce fait, influence la qualité des interactions interpersonnelles (Kluckhohn,

1951, Schein, 1985). Le partage des valeurs permet également d'accroître la prédictibilité des comportements (Kluckhohn, 1951) et facilite la définition collective des comportements appropriés au sein d'une organisation (Schein, 1985). Ceci entraîne donc une réduction de l'ambiguïté et des tensions associées à la construction d'une représentation commune de la tâche, mais aussi à l'élaboration d'un but partagé. Finalement, Adkins (1996) a démontré que la concordance des valeurs était associée à la satisfaction vis-à-vis du travail et, plus précisément, vis-à-vis des tâches à accomplir et à la qualité de réalisation de ces tâches.

Concernant la congruence des valeurs, Posner et Schmidt (1993) ont montré que l'adéquation entre les valeurs individuelles et organisationnelles avait une influence directe sur des attitudes positives au travail. Edwards et Cable (2009) ont tenté de comprendre le processus cognitif associé à cette relation. Selon eux, le lien entre la congruence des valeurs individuelles et organisationnelles avec la performance et les attitudes positives serait lié à quatre éléments : la communication, la prédictibilité, l'attraction et la confiance.

D'autres auteurs ont avancé les mêmes aspects. En effet, la congruence des valeurs promeut la communication à l'intérieur de l'organisation (Meglino et al., 1998, 1989), car le partage de standards et de critères similaires de la réalité favorise l'élaboration d'interprétations communes. Le cadre commun d'interprétation facilite la communication (Edwards & Cable 2009; Meglino et al., 1989). La prédictibilité permet aux employés de prévoir les décisions et les événements dans l'organisation et donc de s'ajuster plus aisément (Edwards & Cable, 2009). Ainsi, la congruence des valeurs augmente le degré de prédictibilité parce que les individus partagent des attentes, des buts et des motivations similaires (O'Reilly, Chatman et al., 1991).

L'attraction fait référence à la qualité des relations entre les individus et l'amitié qui les lie (Edwards & Cable, 2009). Cet aspect est fortement associé aux résultats d'une organisation (Edwards & Cable, 2009). En effet, la congruence des valeurs entraîne une meilleure coopération et une certaine harmonie dans les rapports interindividuels et permet de mieux agréer aux buts de l'organisation diminuant de ce fait autant les conflits entre les individus que l'insatisfaction vis-à-vis des orientations de l'organisation (Edwards & Cable, 2009).

Enfin la confiance renvoie à l'acceptation de la vulnérabilité face aux actions des autres, car on s'attend à ce que ces actions n'aient pas de conséquences négatives sur soi (Hosner, 1995; Mayer, 1995; Williams, 2001 cité par Edwards & Cable, 2009). La congruence des valeurs développerait la confiance entre les individus (Chritiansen, 1997; Enx, 1988; Jehn 2001; Lau, 2007 cité par Edwards & Cable, 2009). L'alignement entre les valeurs de l'organisation et celles des individus augmente la perception que l'organisation n'engagera pas d'acte pouvant nuire à ses employés (Edwards & Cable, 2009). Ces quatre médiateurs représenteraient les conséquences de la congruence des valeurs sur les perceptions et cognitions des individus. Ils seraient donc des déterminants de la satisfaction au travail, de l'engagement organisationnel et de l'intention de rester dans l'organisation.

Les conclusions de l'étude d'Edwards & Cable (2009) sont les suivantes : la confiance (,36) et la communication (,35) sont les deux éléments qui sont les plus influencés par la congruence des valeurs suivis, par l'attraction (,17). De plus, il semblerait que ce soit la notion de confiance qui ait le plus d'impact sur la satisfaction au travail (,51) et l'identification à l'organisation (,4).

De nombreuses études ont démontré le lien qui existe entre la congruence des valeurs individuelles et organisationnelles et l'engagement envers l'organisation (Feather, 1979). La congruence des valeurs entre les individus et l'organisation est reliée à une meilleure satisfaction et à la volonté de rester dans l'organisation (Kristof, 1996; Kristof-Brown et al., 2005; Meglino, Ravlin et al., 1998; Verquer et al., 2003). De plus cette congruence a de nombreux autres effets positifs autant pour l'individu que l'organisation puisque l'on constate un plus grand accomplissement au travail pour les employés ainsi qu'une réduction des coûts associés au roulement du personnel pour l'organisation (Edwards & Cable, 2009).

L'étude de O'Reilly et Chatman (1991), dans le secteur privé, a prouvé que la congruence des valeurs entre les individus et l'organisation était prédictive d'un engagement normatif envers l'organisation (.25), de la satisfaction au travail (.35) et de l'intention de rester dans l'organisation (-.37). De plus, selon la revue de la littérature de Meglino et al. (1998), huit études montrent que la congruence globale des valeurs a un impact sur les résultats d'une organisation, mais aussi sur la satisfaction, l'engagement et de l'état de santé déclaré des employés, ainsi que leur optimisme vis-à-vis de l'avenir de l'organisation.

De même, Vandernerghe (1999), qui a conduit une étude dans le secteur hospitalier, a démontré que la congruence des valeurs avait un effet sur l'occurrence des départs volontaires. Les études de Ilouga (2006) et de Ostroff et al. (2005) corroborent les résultats de cette étude puisque, selon eux, la congruence des valeurs entre l'individu et l'organisation est considérée comme un élément prédictif des attitudes individuelles (la satisfaction, l'engagement organisationnel) et des résultats de l'organisation (la performance).

On remarque que les individus choisissant de travailler dans une entreprise de services ont une forte volonté de fournir de bons services (Schneider, 1980). De ce fait, les employés seront plus attachés à une organisation qui est tournée vers ses clients (Beatty, 1988). Cela s'exprime dans le milieu de la santé par une forte préoccupation autour des moyens fournis par l'organisation afin de dispenser des soins de qualité aux patients, donc l'emphase que met l'organisation sur la qualité des soins.

➤ Productivité

Il semblerait que la congruence et la concordance des valeurs influencent la coordination entre les employés. En effet, comme le notent Kluckhohn (1951) et Meglino et al. (1998), les personnes partageant le même système de valeurs ont tendance à percevoir les stimuli extérieurs de la même façon. De ce fait, ce phénomène simplifie les interactions entre les individus ainsi que la communication et la coordination des équipes de soins. Comme nous l'avons déjà présenté dans le paragraphe précédent, cela est déterminé par la qualité de la communication et la prédictibilité des comportements (Edwards & Cable, 2009). Cela est particulièrement important dans un contexte d'incertitude et de forte interdépendance entre les acteurs, comme c'est le cas dans certains départements hospitaliers. De plus, la congruence des valeurs a également un impact sur la diminution des conflits entre les membres dans les organisations (Bandura, 1982).

Néanmoins, il faut souligner que le consensus sur les valeurs n'entraîne pas forcément une amélioration de la performance d'une organisation, elle peut même constituer un désavantage. En effet, une trop grande homogénéité peut freiner l'innovation et la créativité

(Meglino et al., 1998). De même, il y a un risque d'institutionnalisation de certains comportements qui peuvent nuire à l'organisation.

Nous avons montré dans cette partie qu'il existe un niveau d'évidence satisfaisant concernant l'association entre la concordance des valeurs et la satisfaction des employés. En effet, deux études descriptives font état de cette relation (voir tableau 13). Cependant, il semblerait que peu de recherches aient été menées afin d'étudier la concordance des valeurs et d'autres phénomènes organisationnels. Par ailleurs, plusieurs chercheurs ont expliqué théoriquement les liens possibles entre la concordance des valeurs et la coordination et la capacité d'agir ensemble. Cependant aucune étude empirique ne corrobore ces hypothèses.

À l'inverse, l'étude de la congruence des valeurs est très répandue et nous avons mis en évidence une association très significative entre cet aspect et la satisfaction des employés, les réactions comportementales (l'intention de rester dans l'emploi), ainsi que la coordination. En effet, plusieurs études descriptives, ainsi qu'une méta-analyse ont démontré ce lien. La figure 16 représente les liens les plus scientifiquement valides entre le consensus sur les valeurs et les autres dimensions ou sous-dimensions du modèle EGIPSS. De ce fait, certains aspects traités dans les sections précédentes ne sont pas présentés, car il nous semble que la force des évidences ne soit pas suffisante.



Figure 16 Relations entre le consensus sur les valeurs et les dimensions du modèle EGIPSS

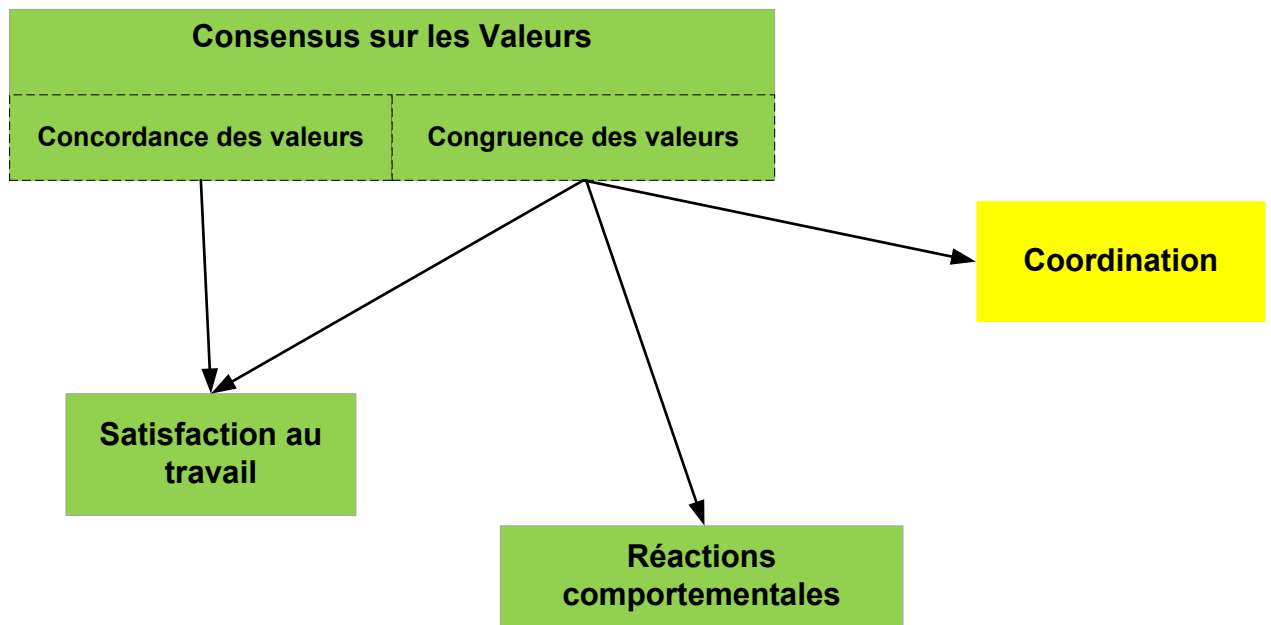


Tableau 13 Synthèse des conséquences du consensus sur les valeurs sur les autres dimensions du modèle EGIPSS

Sous-dimensions analysées	Conséquences	Auteurs	Type d'étude	Conséquences selon le modèle EGIPSS
<b>Concordance sur les valeurs</b>	Coordination, communication	<i>Kluckhohn, 1951</i> <i>Schein, 1985</i> <i>Adkins et al 1996</i>	<i>Opinion d'expert</i> <i>Opinion d'expert</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Coordination</b>
<b>Consensus sur les valeurs</b>	Satisfaction-Attitude positive	<i>Kristof 1996</i> <i>Kristof Brown et al, 2005</i> <i>Meglino et al, 1998</i> <i>Verquer et al, 2003</i> <i>Ilouga 2006</i> <i>Ostroff 2005</i> <i>Posner 1993</i>	<i>Revue de la littérature</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive multisite</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Satisfaction au travail</b>
	Engagement envers l'organisation	<i>Feather 1979</i> <i>Ilouga 2006</i> <i>Ostroff et al, 2005</i>	<i>Étude descriptive (2 études de cas)</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive multisite</i>	
	Intention de rester dans l'organisation	<i>Kristof 1996</i> <i>Kristof Brown 2005</i> <i>Meglino 1998</i> <i>Verquer et al, 2003</i> <i>Vandernerghe 1999</i>	<i>Revue de la littérature</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive multisite</i>	<b>Réactions comportementales</b> <b>Roulement du personnel</b>
	État de santé déclaré des employés	<i>James Lovato, 1996 cité par Meglino 1998</i>	<i>Étude descriptive</i>	<b>État de santé des employés</b>
	Communication, confiance, attraction, prédictibilité, diminution des conflits / coordination	<i>Edwards et al, 2009</i> <i>Meglino et al, 1989</i> <i>Meglino et al, 1998</i> <i>O'Reilly et al, 1991</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Étude descriptive multisites</i>	<b>Coordination</b>
	Réduction des conflits	<i>Bandura 1982</i> <i>Edwards et al, 2009</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	

## Chapitre 6 : LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

La notion de qualité de vie est un concept générique n'existant pas de façon reconnue et structurée dans la littérature. Néanmoins, nous utilisons ce terme afin de regrouper plusieurs concepts qui permettent d'analyser la dimension humaine dans l'organisation. De ce fait, la qualité de vie au travail est un construit permettant de comprendre et de mesurer la dynamique issue de l'interaction entre des ressources et leurs allocations, les perceptions individuelles et collectives, les états affectifs qui provoquent certains comportements organisationnels et qui influencent l'état de santé physique et mental des employés. La compréhension de la qualité de vie au travail et son influence par rapport aux autres dimensions de la performance des organisations ou des systèmes de santé ne peut se faire qu'en considérant l'interdépendance entre chacun de ces concepts reflétant diverses composantes du travail. La première étape, afin de comprendre la qualité de vie au travail, est de replacer l'humain dans son univers organisationnel composé d'une structure physique symbolisant la disponibilité des différentes ressources et d'une structure organisationnelle représentant les mécanismes d'allocation des ressources et de régulation encadrant la pratique professionnelle. La mesure objective de l'influence de ces éléments sur les conditions de travail est regroupée dans la sous-dimension *Environnement de travail*.

Les aspects cognitifs représentés par les perceptions individuelles et collectives et l'état affectif des individus sont présents dans plusieurs sous-dimensions. Tout d'abord, par une mesure du *climat organisationnel* qui permet de décrire les perceptions collectives des employés sur diverses variables organisationnelles. Puis, par l'intermédiaire du concept de

*satisfaction au travail* qui réfère à une mesure des perceptions affectives concernant à la fois le travail, mais aussi l'organisation. Dans ce sens, la satisfaction au travail est considérée comme une attitude, une posture individuelle vis-à-vis d'un objet. Enfin, on trouve les deux dernières sous-dimensions qui sont les *réactions comportementales* et *l'état de santé des employés*. Ces deux éléments peuvent être considérés comme des conséquences directement observables, dans une organisation, de l'interaction entre l'ensemble des construits que nous avons présenté.

Ainsi, dans la section suivante, nous allons présenter chacun des concepts que nous venons d'exposer en indiquant leurs étiologies et en exposant la définition ainsi que l'usage que nous en ferons.

## **I L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL**

### A Définitions

La notion d'environnement de travail est particulièrement présente dans la littérature en sciences infirmières et dans le courant sur la santé au travail. L'ensemble des études s'accorde sur le fait que l'environnement de travail influence les comportements, la sécurité, ainsi que l'état de santé des employés. Cependant, cette relation est modérée par la cognition des individus. Celle-ci agit comme un filtre dans l'interprétation des conditions environnementales.

Par ailleurs, il semblerait qu'il n'existe pas dans la littérature un modèle intégrant l'ensemble des composantes de l'environnement de travail. De surcroît, de nombreuses études combinent des éléments « objectifs » et perceptuels afin de mesurer l'environnement de

travail. Par exemple, les approches sur l'environnement sain de travail (Koehoorn, Lowe et al., 2002) décrivent l'environnement de travail selon deux dimensions : les aspects physiques et psychosociaux qui réfèrent aux perceptions des employés sur l'environnement de travail. Dans la littérature en sciences infirmières, c'est le concept de « staffing », soit la disponibilité du personnel qui est l'aspect central abordé pour décrire les conditions de travail. La disponibilité du personnel correspond à « the provision of the appropriate amount and type of care by persons possessing the requisite skills to the largest number of patients possible in the most cost efficient and humanly effective manner consistent with desired patient outcomes and personnel needs for satisfaction » (US Department of Health, cité McGillis-Hall, 2005). Ainsi, la disponibilité du personnel implique plusieurs composantes, le nombre et le type de professionnel nécessaire pour dispenser des soins aux patients, le processus de détermination du nombre approprié de personnels et sa composition afin d'être en adéquation avec la charge de travail. La question de la disponibilité du personnel doit donc être considérée en fonction des caractéristiques des patients et aux types de services (McGillis-Hall, 2005). De plus, le regard porté sur le personnel doit aussi prendre en compte les caractéristiques des infirmières, soit leur expérience, leur niveau d'éducation, le niveau de contrôle sur les pratiques et l'implication dans les équipes de soins.

Dans notre modèle, l'environnement de travail représente donc une mesure objective des conditions de travail résultant de l'interaction des structures physiques et des structures organisationnelles des systèmes organisés d'action.

Dès lors, nous avons décomposé l'environnement de travail selon six composantes ou sous-sous-dimensions : la régularité du lien à l'emploi, l'adéquation du personnel à la charge

de travail, l'expérience professionnelle, la disponibilité de matériel, le soutien organisationnel et la sécurité au travail.

Les prochaines sections décrivent les différents aspects de l'environnement de travail ainsi que leurs conséquences sur les autres dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS. Les déterminants ne sont pas abordés puisque l'ensemble des éléments présentés a pour déterminants communs la disponibilité des ressources (l'environnement physique) et les modes d'allocation de celle-ci (la structure organisationnelle).

### B La régularité du lien à l'emploi

La régularité du lien à l'emploi des employés des établissements de santé réfère au degré de sécurité vis-à-vis de l'emploi. Cet aspect est considéré par les psychologues organisationnels comme un déterminant expliquant la santé et le bien-être au travail (Sparks et al., 2001). Plusieurs études ont démontré que les restructurations et les compressions du personnel augmentent la perception de l'insécurité vis-à-vis de l'emploi (Pahl 1993; Worrall & Cooper, 1998 cité par Sparks et al., 2001). Le bureau du travail et des statistiques a aussi noté une forte augmentation des contrats à durée déterminée (ou non permanents) accroissant d'autant plus l'insécurité (Sparks et al., 2001).

De nombreuses études ont montré que l'insécurité vis-à-vis de l'emploi était source d'angoisse, de stress, d'insatisfaction et finalement entraînait une augmentation de l'absentéisme (Vahtera et al., 1997; Boubonnais et al., 1998; Cameron et al., 1994). De plus, d'autres recherches décrivent l'existence d'un lien entre la santé des employés et l'insécurité de l'emploi (Blythe et al., 2001; Cameron et al., 1994).

## C Adéquation du personnel à la charge de travail

Cet aspect de l'environnement de travail est le plus présent par la littérature, surtout en sciences infirmières. Il réfère à la disponibilité de personnel en fonction du volume de production, mesuré par le ratio d'infirmières par lit ou par patient dans les établissements de soins, mais aussi à la charge de travail et à la composition des équipes de soins.

Dans notre modèle, cette sous-dimension réfère à l'ajustement entre le nombre, le type et le temps de travail du personnel en fonction du volume de patient à traiter représentant la charge de travail. Nous avons décomposé cette sous-dimension selon trois catégories référant à des mesures précises, soit la dotation de personnel en fonction de la charge de travail, le temps de travail mesuré par les heures supplémentaires et la composition des équipes de soins.

### *C.1 Dotation de personnel en fonction de la charge de travail*

#### ➤ Le maintien des valeurs

L'étude d'Aike, Clarke, et al. (2002) montre que chaque ajout de patient à une infirmière entraîne une augmentation des burnout et une augmentation de 15 % de l'insatisfaction. Ces résultats sont corroborés par l'étude de Rafferty et Clarke (2007) sur 3980 infirmières dans 30 hôpitaux. Le taux de rétention est aussi significativement associé à la charge de travail et au niveau de satisfaction (Aiken, Clarke, et al., 2002). Selon l'étude de Harrington (2005 cité par Charney et Schirmer, 2007), le taux de roulement est directement relié aux conditions de travail. De même l'institut de médecine a étudié le problème du manque de personnel et a démontré que le manque de personnel augmentait le risque de blessure (Wunderlich, 2001, cité par Charney et Schirmer, 2007).

Finalement, une étude descriptive basée sur des données administratives a démontré qu'il existait une association significative entre les taux de blessures des infirmières et la disponibilité de personnel mesurée par le nombre d'heures de soins par patient (Trinkoff et Johantgen, 2004)

➤ La production

Concernant la production des soins de santé, Needleman et al. (2002) ont démontré qu'une proportion plus élevée d'heures consacrées aux soins par des infirmières professionnelles, ainsi qu'un plus grand nombre absolu d'heures de soins assurées par ces mêmes infirmières, sont associées à une durée d'hospitalisation réduite, à des taux inférieurs d'infections urinaires, d'hémorragies digestives, de pneumonies, d'états de choc et d'arrêts cardiaques ainsi qu'à un nombre réduit d'échecs thérapeutiques. Kovner et Gergen (1998) ont observé qu'une demi-heure supplémentaire de soins dispensés par une infirmière par patient et par jour réduisait de plus de 4 % le nombre de pneumonies postopératoires. De même, le ratio de patients par infirmière est associé à la probabilité d'apparition d'escarres (Blegen et al, 1998; Unruh, 2008) et d'infections nosocomiales telles que la pneumonie ou les infections dues aux cathéters (Needleman et al., 2002; Vicca, 1999; Cho et al., 2003). En effet, Vicca (1999) montre qu'il existe une relation entre l'augmentation des cas de *Staphylococcus aureus* résistant à la methicillin et le ratio de personnel soignant/patient, et plus précisément avec le ratio infirmière/patient. De même, on trouve une corrélation entre le nombre de cas de *Staphylococcus aureus* résistant à la methicillin et le surplus ou le déficit de personnel par jour.



En fait, le niveau de dotation de personnel influencerait directement la qualité et la sécurité des soins qui auraient un impact sur la durée de séjour des patients mesurant la productivité d'un établissement de santé. Thungjaroenkul et al. (2007) ont montré dans leur synthèse de la littérature que 11 études entre 2003 et 2005 ont démontré la relation entre la dotation du personnel et la durée de séjour. Huit études montrent qu'il existe une association négative entre ces deux variables alors que trois autres ne trouvent aucune relation significative. Dans ces études, autant le ratio de personnel par patient que la composition des équipes de soins et les heures de soins aux patients ont un impact sur la durée de séjour hospitalier. Cette relation serait dépendante du contrôle des infections et de l'adhérence par les employés aux techniques aseptiques, qui demandent un haut niveau de connaissances techniques (Cho et al, 2003).

Ainsi, on peut conclure qu'il existe un nombre suffisant de données probantes pour établir un lien entre la dotation infirmière, les heures de soins infirmiers par patient et les événements indésirables.

➤ L'atteinte des buts

Concernant l'efficacité de la prise en charge, Aiken, Clarke et al. (2002) montrent, après l'ajustement aux patients et aux caractéristiques des hôpitaux, que chaque patient additionnel par infirmière est associé à 7 % d'augmentation dans la possibilité de mourir dans les 30 jours après l'admission; il est également associé à une augmentation de 7 % de l'échec des secours. Ces résultats sont corroborés par les études de Tourangeau et al. (2006), de Blegen et al. (1998), de Needleman et al. (2002) et d'Aiken et al. (1998). En effet, Needleman

et al. (2006) avancent que 6 700 décès dans l'hôpital pourraient être évités par l'augmentation du nombre d'infirmières et les trois- quarts par l'augmentation d'infirmières licenciées.

Finalement, Clarke et Aiken (2006) ont conclu qu'il existait une association très forte entre le nombre d'infirmières d'un hôpital et les résultats de santé des patients, et ce, quels que soient la taille et le mode de financement de l'hôpital. La dotation du personnel a également une influence sur les coûts et l'efficience. Thungjaroenkul et al. (2007) ont montré dans leur revue de la littérature que dix études sur douze établissent un lien entre la dotation du personnel et les coûts hospitaliers. En effet, une augmentation du ratio d'infirmière par patient diminuerait les coûts, de même que l'augmentation des heures de soins des infirmières licenciées par patients. Néanmoins, Cho et al. (2003) ont démontré que ce n'était pas directement l'adéquation du personnel qui agissait sur les coûts, mais l'augmentation des événements indésirables due au manque de personnel qui entraînait un plus long séjour hospitalier et, de ce fait, des coûts de prise en charge plus élevés. En effet, l'occurrence des pneumonies post-opératives est associée avec une augmentation de 5,1 à 5,4 jours de la durée de séjour et de 22 390 dollars à 28 505 dollars d'accroissement du coût des soins.

### *C.2 Le temps de travail*

Le temps supplémentaire constitue une facette importante de la notion de charge de travail. Celui-ci est relié directement à l'accroissement de la demande de soins ou au manque de professionnels de santé dans un établissement.

La plupart du temps, le concept de temps supplémentaire pour le personnel de soins réfère au nombre d'heures travaillées au-delà des 40 heures régulières planifiées par semaine (McGillis-Hall, 2005). Le bureau canadien du travail et du business (2002, cité par McGillis-

Hall, 2005) rapporte que les infirmières travaillent un quart de millions d'heures en temps supplémentaire. Cela représente 7000 temps pleins par an. Pour les médecins, il faut distinguer les résidents et les médecins. Au Québec, il n'existe pas de législation pour les médecins, ni pour le nombre d'heures travaillées par semaine, ni pour le nombre d'heures travaillées consécutivement. Par contre, les médecins résidents, depuis la nouvelle convention collective de 2012, ne peuvent pas faire des gardes de plus de 16 heures. Par ailleurs, les réglementations encadrant le travail des médecins et des médecins résidents diffèrent selon les pays. En Europe, la commission européenne a établi des directives encadrant le temps de travail. En effet, les médecins résidents ne peuvent pas travailler plus de 48 heures par semaine et pas plus de 13 heures consécutives. Aux États-Unis, l'état de New York a promulgué une loi limitant le temps de travail des résidents à 80 heures par semaine. Cette loi fixe également la limite des gardes à 24 heures consécutives. L'institut de médecine (IOM) a recommandé en 2010, que la moyenne de travail par semaine n'excède pas 80 heures sur quatre semaines et que les gardes ne dépassent pas 16 heures consécutives, à moins qu'une pause de 5 heures consécutives ne soit octroyée.

Théoriquement, il existe différents points de vue sur l'impact du temps supplémentaire à la fois sur la performance et les attitudes des individus, ainsi que sur la performance de l'organisation. Hancock, Pollock et Kim (1987, cité par McGillis-Hall, 2005) ont démontré que le temps supplémentaire planifié dans les services de santé pourrait réduire le coût du travail et augmenter la productivité. En effet, ce type d'arrangement organisationnel accroît la flexibilité dans l'organisation et la planification des ressources humaines. Il semblerait que les emplois à plein temps entraînent trois types de contraintes vis-à-vis de l'organisation du travail : une contrainte dans les périodes de travail, la contrainte des jours de congé et des contraintes de

roulement de personnel (Mabert et Showalter, 1990, cité par McGillis-Hall, 2005). Cette approche est de nature économique, orientée vers l'augmentation de la flexibilité des travailleurs afin d'accroître la productivité.

Néanmoins, on trouve d'autres perspectives mettant l'emphase sur les conséquences négatives du temps supplémentaire et de l'accroissement de la flexibilité du travail. En effet, le temps supplémentaire a été relié à la fatigue, l'absentéisme et l'augmentation des accidents de travail pour les infirmières (McGillis-Hall, 2005). Ceci est corroboré par l'étude Bauman (2001) où le temps de travail supplémentaire est corrélé avec l'augmentation des coûts de l'absentéisme pour maladie ( $r = .928$ )

➤ Le maintien des valeurs

Akerstedt, Fredlund et al. (2002, cité par McGillis-Hall, 2005) ont montré, dans une étude de cohorte portant sur la relation entre le travail, la fatigue et l'état de santé des travailleurs, que les périodes de travail ainsi que la charge de travail physique étaient directement reliées à la fatigue et à des problèmes de sommeil. Spark et al. (1997, cité par McGillis-Hall, 2005) abondent dans le même sens puisqu'ils ont trouvé 21 études qui indiquent de façon significative qu'il existe une corrélation positive entre la santé des travailleurs et le nombre d'heures de travail. De plus, Hanecke (1998, cité par McGillis-Hall, 2005) a trouvé une augmentation exponentielle des risques d'accident lorsque les périodes de travail dépassent les 9 heures.

Enfin, selon la revue de la littérature de Wallace et al. (2009), les médecins travaillant des quarts de travail supérieurs à 24 heures ont une plus grande propension à se blesser avec

des aiguilles et commettre des erreurs médicales. De surcroît, un temps de travail supérieur à 24 heures entraînerait également une augmentation des risques de burnout (Henry, 2004, cité par Wallace et al, 2009)

➤ La production

La question du temps de travail des médecins est un sujet de plus en plus étudié dans la littérature. McCall (1988) avance que des quarts de travail trop longs pour les résidents, pouvant parfois atteindre 36 heures, représentaient un réel danger pour les patients du fait du manque de sommeil. En effet, ces conditions de travail auraient des conséquences sur les habiletés cognitives des résidents en médecine. Deux études ont montré que la capacité d'un résident à reconnaître une arythmie sur un électrocardiogramme diminuait après une nuit de garde (Friedman, 1971, cité par McCall, 1988). Ehara (2008), dans sa revue de la littérature sur l'association entre les heures de travail consécutives des médecins et l'impact sur la sécurité des patients, a montré que de trop longues heures de travail consécutives, ainsi que des semaines de travail excédant 80 heures, avaient des conséquences négatives sur la sécurité des patients. En outre, sur les sept articles sélectionnés, cinq montrent une relation positive et deux ne trouvent aucune relation entre la réduction du temps de travail et la diminution des événements indésirables. Les travaux de Landrigan et al. (2004) ont démontré qu'une réduction des quarts de travail de 36 heures à 24 heures ou 16 heures entraîne une diminution des mauvaises pratiques professionnelles. Ehara (2008) conclut que des périodes de travail des médecins supérieures à 24 heures consécutives étaient néfastes à la sécurité des patients.

Cette problématique de la gestion du temps de travail renvoie à la question de la planification des ressources humaines en fonction de la demande de soins. Il est donc

également nécessaire de connaître les fluctuations de celles-ci dans le temps (sur une journée, durant la semaine, les fins de semaine et les différents mois de l'année). La seule manière d'éviter le temps supplémentaire est de toujours disposer d'un nombre suffisant de personnels capable de répondre à la plus forte demande possible (McGillis-Hall, 2005). Néanmoins, il est impossible d'adopter cette stratégie pour deux raisons. Tout d'abord, le coût financier associé au maintien d'un tel nombre de personnels et la rareté du personnel soignant rendent cette stratégie inapplicable. Deuxièmement, les hôpitaux ne disposent pas d'informations suffisantes pour élaborer des modèles d'organisation du personnel. En effet, peu d'organisations produisent des documents sur la charge de travail par période de travail et par jour. Cependant, ceux-ci seraient utiles aux gestionnaires infirmiers afin de mieux planifier le personnel et donc améliorer l'adéquation entre le personnel et la charge de travail (McGillis-Hall, 2005).

### *C.3 La composition des équipes de soins*

Cette sous-dimension réfère à la composition des équipes soignantes et à la proportion d'infirmières licenciées, bachelières et praticiennes par rapport à l'ensemble du personnel de soins.

#### ➤ La production

Blegen et al. (1998) ont montré que la proportion d'infirmières licenciées par heure de soins au patient était reliée aux évènements indésirables. Kovner et Gergen (1998) dans une étude utilisant un échantillon stratifié, ont démontré une importante relation inversée entre le nombre d'infirmières licenciées équivalent temps plein ajusté par jour d'hospitalisation, et les infections urinaires, ainsi que les pneumonies après des chirurgies majeures. De plus, ils ont

également démontré l'existence d'un lien, significatif, mais moins robuste, entre la proportion d'infirmières licenciées et les thromboses après des chirurgies majeures. McGillis (2004) ajoute, dans son étude descriptive de 19 hôpitaux ontariens, que les équipes composées d'une plus faible proportion d'infirmières licenciées ou d'infirmières praticiennes licenciées utilisaient plus d'heures de soins infirmiers pour la même prise en charge d'un patient. Cela signifie une baisse de la productivité. De plus, plus la proportion d'infirmières licenciées ou praticiennes est faible, plus on constate une augmentation du nombre d'erreurs médicales et d'infections des plaies. Dans une autre étude, McGillis et al. (2003) montrent qu'une plus grande proportion de personnel soignant licencié (infirmière licenciée ou infirmière auxiliaire licenciée) par rapport à du personnel non-licencié (URW : Unregulated worker) améliorait l'état de santé des patients, en termes d'indépendance de fonctionnement et de réduction de la douleur. Cela était accompagné d'une amélioration de la satisfaction des patients dans le cas d'interventions obstétricales.

L'étude de Stone et al. (2007) va dans le même sens puisqu'elle démontre que les unités de soins intensifs avec plus d'heures de travail des infirmières licenciées par patient expérimentaient une moins grande incidence des infections de voie centrale, VAP (Ventilator-Associated Pneumonia) et de mortalité à 30 jours. Ainsi, il semblerait qu'il existe une association significative entre la proportion d'infirmières licenciées dans les unités de soins et les événements indésirables qui sont des marqueurs de la sécurité des soins.

➤ L'atteinte des buts

Concernant la relation entre la composition des équipes de soins et l'atteinte des buts, Hartz et al. (1989) qui ont examiné l'association entre les taux de mortalité à 30 jours et les

caractéristiques hospitalières dans 3100 hôpitaux américains, ont montré qu'une plus grande proportion d'infirmières licenciées dans l'équipe était associée avec une moindre mortalité. De même, Jarman et al. (1999), dans leur étude conduite entre 1992 et 1995 sur 7 millions d'admissions dans les hôpitaux aigus du Royaume-Uni, ont montré une corrélation positive et statistiquement significative entre le taux d'auxiliaires et la mortalité, et ce, après ajustement des facteurs de comorbidité.

Cependant, Blegen et al. (1998) et Mark et al. (2004), pensent que la relation entre les résultats de santé et le personnel infirmier licencié n'est pas linéaire. En effet, le taux d'erreur de prescription diminuerait lorsque la proportion d'infirmière licenciée est de 50 % à 85 % du personnel infirmier. Cependant, au-delà de ce niveau, il n'y aurait plus d'effet. Mark et al. (2004) ajoutent que l'augmentation du personnel dans les hôpitaux les moins bien pourvus en infirmières licenciées pourrait provoquer une amélioration de la qualité des soins. Par contre, l'augmentation du personnel pour les hôpitaux présentant déjà la meilleure disponibilité du personnel, n'aurait aucun impact sur la qualité, voire entraînerait une diminution de la qualité. Dès lors, la relation entre la dotation des infirmières licenciées, la qualité des soins, et les résultats de santé serait curvilinéaire.

La relation entre la proportion d'infirmières licenciées et l'efficacité de la prise en charge s'expliquerait par les caractéristiques mêmes du travail infirmier. En effet, les infirmières sont plus régulièrement en contact avec le patient que les autres professionnels. Elles évaluent l'état physique et psychologique du patient (Lankshear et al., 2005). C'est grâce à cette activité qu'elles sont capables de détecter rapidement les premiers signes de détérioration de l'état de santé d'un patient ou des risques de complication (Lankshear et al.,



2005). De plus, une faible dotation d'infirmières licenciées entraîne une diminution du temps accordé aux patients. Dans cette situation, les soins directs au patient sont prodigués par du personnel moins qualifié ne disposant pas toujours des habiletés nécessaires pour identifier une dégradation de l'état de santé d'un patient.

### D L'expérience professionnelle

Cette sous-dimension fait référence à l'ancienneté professionnelle du personnel et au niveau de formation déterminant la compétence des professionnels de la santé.

#### *D.1 Ancienneté professionnelle*

Il est démontré que le niveau d'expérience professionnelle découlant de l'ancienneté a un impact sur le degré de confiance interindividuelle et, de ce fait, sur la cohésion des équipes soignantes (Bourdonnais et al., 2000). L'expérience des infirmières se rapporte aux années de travail comme infirmière, ainsi qu'aux années passées au service d'un groupe de patients donné. Cette expérience exerce aussi un rôle modérateur sur la relation entre la dotation de l'équipe et les résultats pour les patients. Blegen (2001, cité par McGillis-Hall, 2005) montre que le niveau d'expérience des infirmières était relié à l'occurrence des événements indésirables. Les hôpitaux employant plus d'infirmières expérimentées avaient de plus faibles taux d'erreur médicale et de chute des patients.

L'absence d'expérience dans un poste de travail est particulièrement aigüe chez le personnel intérimaire, engagé pour répondre à des demandes ponctuelles. Alonso-Echanove et al. (2003) ont observé 4 535 patients admis dans 8 unités de soins intensifs (USI) au sein de six hôpitaux. Selon leur étude, les patients, porteurs d'un cathéter veineux central, qui ont été

suivis par une infirmière de l'équipe mobile durant plus de 60 % de la durée d'hospitalisation en USI, avaient 2,6 fois plus de risques de contracter des infections liées à leur cathéter. Ainsi, il semblerait que le lien entre la sécurité des patients et l'expérience des professionnels de soins soit très significatif et robuste.

Concernant la relation de l'expérience professionnelle à l'atteinte des buts et plus précisément l'efficacité de la prise en charge, l'étude de Tourangeau et al. (2002) conclut que lorsque les infirmières possèdent de l'expérience avec un groupe de patients donné, il constate une diminution du taux de mortalité dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital des patients ayant subi une crise cardiaque, un accident cérébro-vasculaire, une pneumonie ou une septicémie. Plus précisément, chaque année d'expérience supplémentaire dans une unité donnée entraînerait une diminution de 4 à 6 décès pour 1 000 patients, selon le type d'hôpital concerné.

On retrouve une problématique similaire pour les médecins. En effet, l'expérience clinique mesurée par le nombre d'années de pratique est fortement associée à la qualité des soins (Choudhry et al., 2005). Cependant, cette association n'est pas positive, mais négative. En effet, contrairement à ce que l'on pourrait attendre, l'augmentation du nombre d'années d'expérience de médecins n'entraîne pas forcément une amélioration de la qualité des soins, ni de la pratique clinique (Choudhry et al., 2005). Dans leur revue de la littérature Choudry et al. (2005) montrent que sur les 62 articles traitant de l'association entre ces deux phénomènes, 32 décrivent une association négative entre l'augmentation de l'expérience et la performance des médecins, 13 articles montrent une association négative seulement pour certains aspects de la prise en charge, 13 ne rapportent aucune association et 1 démontre une association positive.

Plus spécifiquement, l'expérience professionnelle est associée à quatre phénomènes : le niveau de connaissance sur les pratiques médicales, l'adhérence aux standards de pratique pour les diagnostics, l'adhérence aux guides de bonnes pratiques et les résultats de la prise en charge des patients. Concernant la connaissance des médecins, toutes les études démontrent une association négative avec l'expérience professionnelle. Pour l'adhérence aux standards de pratique pour les diagnostics et la prévention, 63 % des études montrent que plus les médecins ont pratiqué de nombreuses années, moins ils sont enclins à adhérer aux protocoles. Néanmoins, l'étude de Rhee (1972, cité par Choudry et al., 2005) montre que cette relation pourrait être concave. Selon cette étude, ce sont les médecins qui ont pratiqué la médecine entre 6 et 15 ans qui ont la meilleure adhérence en comparaison de ceux qui ont moins ou plus d'années de pratique. Ces résultats sont les mêmes pour l'adhérence aux guides de pratique puisque 74 % des études (14 études) ont trouvé une relation négative entre ces deux variables. Enfin, pour les résultats de santé, les études sont relativement peu nombreuses (3) et semblent contrastées puisque deux d'entre elles démontrent une association négative entre le nombre d'années de pratique et le taux de mortalité. Enfin, une seule étude présente des résultats inverses.

Ces résultats surprenants s'expliqueraient par la difficulté des médecins à adopter de nouvelles pratiques médicales véhiculées par les guides de bonnes pratiques. Ils seraient moins réceptifs aux nouveaux standards de soins (Choudry et al., 2005). Ainsi, il semble peu approprié de considérer le nombre d'années de pratique des médecins comme un indicateur de performance.

## *D.2 Niveau de formation*

Blegen et al. (1998) ont observé que la relation entre le nombre total d'heures de soins et la qualification de l'équipe agrégée à l'unité d'hospitalisation avait un impact sur la qualité de soins et les événements indésirables. Les résultats, contrôlés pour la gravité de l'état des patients, indiquent que plus l'équipe est qualifiée (plus de 87 % de l'équipe est composé d'infirmières qualifiées), plus faible est l'incidence des erreurs de médication, des chutes, des lésions de la peau, des plaintes des patients et de leur famille, des infections respiratoires et urinaires et des décès. Cependant, ces études n'indiquent pas quel seuil d'infirmières ayant un niveau élevé d'étude est requis pour éviter les événements indésirables.

Tourangeau et al. (2006) ont étudié les facteurs expliquant la diminution de la mortalité à 30 jours et ont trouvé une association entre celle-ci et un profil des qualifications plus riche, un plus grand ratio d'infirmières détenant un niveau de baccalauréat et l'utilisation plus importante des plans de soins.

De même, Estabrooks et al. (2005), s'appuyant sur l'analyse de 18 142 dossiers de patients, montrent qu'une plus grande proportion d'infirmières ayant un niveau de diplôme élevé contribue, avec une bonne collaboration infirmières-médecins, à réduire le risque de mortalité. En effet, une augmentation de 10 % du taux d'infirmières ayant un baccalauréat serait associée à une diminution de 5 % du taux d'échecs thérapeutiques pour des patients chirurgicaux. Aiken et al. (2003) confirment ces résultats puisqu'une augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières titulaires d'un baccalauréat serait associée à une diminution de 9 cas de mortalité à 30 jours pour 1 000 patients.

Les études, que nous venons de présenter, portent principalement sur les infirmières, mais on trouve des résultats similaires pour les médecins. En effet, les études de Hartz (1989) et Manheim et al. (1992) ont établi un lien entre la certification des médecins (Board Certified Physicians) et des plus faibles taux de mortalité. De Schulz (1997, cité par Tourangeau, 2006) rapporte une association entre une mortalité plus faible et l'expertise des médecins.

Ainsi, il apparaît que le niveau de formation des professionnels de la santé soit directement relié à la sécurité de la prise en charge des patients et au risque de mortalité hospitalière.

#### E La disponibilité de matériel

Cet aspect permet de mesurer la présence et la suffisance de certaines ressources matérielles essentielles. Elles maximisent le confort des professionnels, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge.

Des études démontrent qu'un mauvais entretien du milieu de travail, l'utilisation d'un équipement inadéquat ainsi que les fournitures manquantes ont un impact sur la santé des employés (Bauman et al., 2001). Deux types d'équipement semblent particulièrement importants selon la littérature : les lève-personnes et les équipements de protection, principalement ceux entourant l'utilisation des aiguilles. Charney et al., (2007) indiquent que 18 % des infirmières ayant répondu à son questionnaire ont déclaré que des aiguilles sécuritaires n'étaient pas disponibles dans leur service. De même 60 % des infirmières ont affirmé qu'elles ne disposaient pas de lève-personne dans leur service afin de prévenir des blessures au dos.

Hart (2006, cité par Charney, 2007) montre que 56 % des infirmières radiologistes et 64 % des techniciens en radiologie souffrent de douleurs au dos provenant de la nécessité de lever les malades sans lève-personne.

Engkvist (1998, cité par Bauman et al., 2001), montre que la majorité des incidents surviennent durant les transferts de patients et souvent lorsque les infirmières travaillent seules. Dans ces situations, elles ne disposent pas de lève-personnes qui facilite et sécurise ces opérations. Cela est corroboré par l'étude d'Evanoff et al. (2003) dans laquelle ils ont évalué l'efficacité des lève-personnes automatiques pour la prévention des blessures et des heures de travail perdues sur le personnel infirmier dans un hôpital de la région de St-Louis. Les auteurs ont constaté que l'introduction de ces mécanismes diminuait le nombre de blessures au dos et à la nuque, autant dans les établissements de courte durée que ceux de longue durée. Li (2004) est arrivé aux mêmes conclusions dans son étude pré post sur l'introduction de lève-personnes dans un hôpital. L'étude montre que l'introduction des lève-personnes a entraîné une amélioration statistiquement significative du confort musculo-squelettique des infirmières sur les neuf parties du corps étudiées, ainsi qu'une diminution du taux de blessures et d'absentéisme pour maladie. L'introduction de ce mécanisme a également entraîné une amélioration significative de la satisfaction au travail.

Un autre type d'équipement pourrait améliorer la sécurité des professionnels de santé : les équipements de protection. Ceux-ci touchent principalement l'utilisation des aiguilles. Ces équipements visent à réduire l'utilisation des aiguilles ou à rendre leur utilisation plus sécuritaire (Clarke et al., 2002). On trouve, par exemple, des mécanismes de rétraction

automatique des aiguilles. L'introduction de ce type d'équipement entraînerait une réduction de 20 % à 30 % des risques de blessures par piqure.

On constate donc que la disponibilité de certains types de matériels au sein des établissements de soins a un impact sur la sécurité et l'état de santé des employés.

#### F Le soutien organisationnel

Cet élément réfère au niveau et à la qualité de l'appui apporté par l'organisation, dans le milieu de travail, aux professionnels de la santé. Deux éléments sont à distinguer : les stratégies et les mécanismes organisationnels mis en place pour soutenir matériellement et cognitivement les professionnels de la santé et le soutien organisationnel à la formation continue. Parmi ces mécanismes de soutien, les programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail se mettent de plus en plus en place. Ces diverses interventions et programmes visent à prévenir ou à diminuer les risques physiques et psychosociaux ainsi que les maladies en découlant (Cancelliere et al., 2011). Ces interventions se divisent en trois catégories (Lamontagne et al., 2007). La prévention primaire dont le but est de réduire les risques en agissant à la source sur les facteurs de risques physiques ou psychiques, le plus souvent en modifiant l'organisation du travail et la qualité de la supervision. La prévention secondaire qui a pour objectif d'aider les employés à mieux gérer et faire face aux risques, principalement psychosociaux, par l'apprentissage de nouvelles connaissances, la pratique du sport ou l'éducation afin d'améliorer les habitudes de vie. Enfin, le troisième type de prévention traite directement le problème lorsqu'il advient et devrait permettre aux employés de mieux le supporter. Par ailleurs, ce sont principalement les interventions primaires qui sont efficaces ou la combinaison des trois (Lamontagne et al., 2007)

En effet, Awa et al. (2010), dans leur revue systématique sur l'efficacité des interventions visant la prévention et la diminution des facteurs de risques associés au burnout, ont démontré que 80 % des interventions étudiées (sur 25) avaient entraîné une diminution des burnout, ou d'au moins une de ses composantes. Parmi ces interventions, 13 concernaient des professionnels de la santé. Cependant, la durée de cette diminution n'était pas la même selon les types d'interventions. En outre, ce sont des interventions ou des programmes combinés qui offrent la meilleure efficacité. Kuoppala et al. (2008), dans leur méta-analyse étudiant l'impact des interventions en promotion de la santé sur le bien-être et les absences au travail, ont montré qu'il existait un lien modéré entre ces interventions et les absences pour maladie. De plus, ce type d'intervention a tendance à accroître le bien-être psychologique, mais pas le bien-être physique. Ces deux articles montrent que les activités de promotion de la santé ont un certain effet dans la réduction des troubles psychologiques tels que la dépression, le burnout ou le stress des employés. Cependant, il existe encore assez peu d'évidences sur les types d'interventions les plus efficaces.

Concernant les autres mécanismes de soutien organisationnel, les infirmières qui se perçoivent soutenues par leurs superviseurs et leurs organisations se sentent moins vulnérables, sont plus satisfaites de leur charge de travail et de l'ensemble de leurs expériences professionnelles (Armstrong-Stassen et al., 1996). Blythe et al. (2001) démontrent que l'évaluation du rendement et le mentorat dans les équipes infirmières sont des facteurs ayant un impact positif sur la satisfaction et la qualité, alors que l'absence de supervision a tendance à entraîner la baisse des normes de qualité. Knaus et al. (1986) a découvert que les hôpitaux présentant des taux de mortalité plus faibles avaient des mécanismes de soutien organisationnel plus larges et spécialisés. Cependant, il a été démontré, principalement par



Karasek (1990), que le soutien social, principalement le soutien des collègues et des superviseurs, jouait un rôle de modérateur entre les sources de tensions au travail et l'apparition des maladies.

### G La sécurité au travail

La sécurité au travail permet d'appréhender les risques auxquels sont soumis les professionnels de la santé lors de l'exercice de leur métier. Les mesures regroupent des indicateurs sur la sécurité en termes d'organisation du travail et de protection des employés contre les violences en milieu de travail. Rogers (1997) a élaboré une liste de l'ensemble des risques qui affecte les infirmières lors de leur travail. Il en dénombre cinq qui peuvent être associés à tout le personnel travaillant dans le système de santé :

- Les risques biologiques et infectieux : cette catégorie rassemble l'ensemble des risques infectieux et bactériologiques auxquels est soumis le personnel. Ceux-ci sont transmis au contact des patients ou des liquides corporels infectés. Les risques les plus communs découlent d'une exposition au HIV, aux différents types d'hépatites et à la tuberculose. La source principale de ces accidents provient de blessures d'aiguilles.
- Les risques chimiques rassemblent l'ensemble des produits chimiques pouvant être toxiques, entraînant une irritation du corps. Ces produits chimiques sont quotidiennement présents dans l'environnement de travail et peuvent affecter le personnel par inhalation, ingestion, absorption de la peau ou des muqueuses.
- Les risques environnementaux ou mécaniques regroupent l'ensemble des éléments physiques présents dans l'environnement de travail qui pourraient potentiellement

entraîner un accident, des blessures ou de l'inconfort. Ces risques proviennent de deux sources, soit d'un manque d'équipement ou d'une mauvaise ergonomie, soit de violences au travail. L'auteur inclut les violences physiques sur le lieu de travail comme un risque environnemental. La violence au travail telle que définie par le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail représente tout acte par lequel une personne est maltraitée, menacée, intimidée ou agressée dans l'exercice de ses fonctions professionnelles (2000). Néanmoins, ce phénomène est difficile à mesurer, car il n'est que rarement signalé (Health Care and Safety Association of Ontario, 2001, cité par Bauman et al. 2001).

- Les risques physiques découlent de l'exposition à de fortes sources de chaleur ou à des radiations.
- Les risques psychologiques découlent d'une forte exposition au stress entraînant une variété de problèmes d'ordres psychologiques et physiques. Cet aspect n'est pas traité dans cette section.

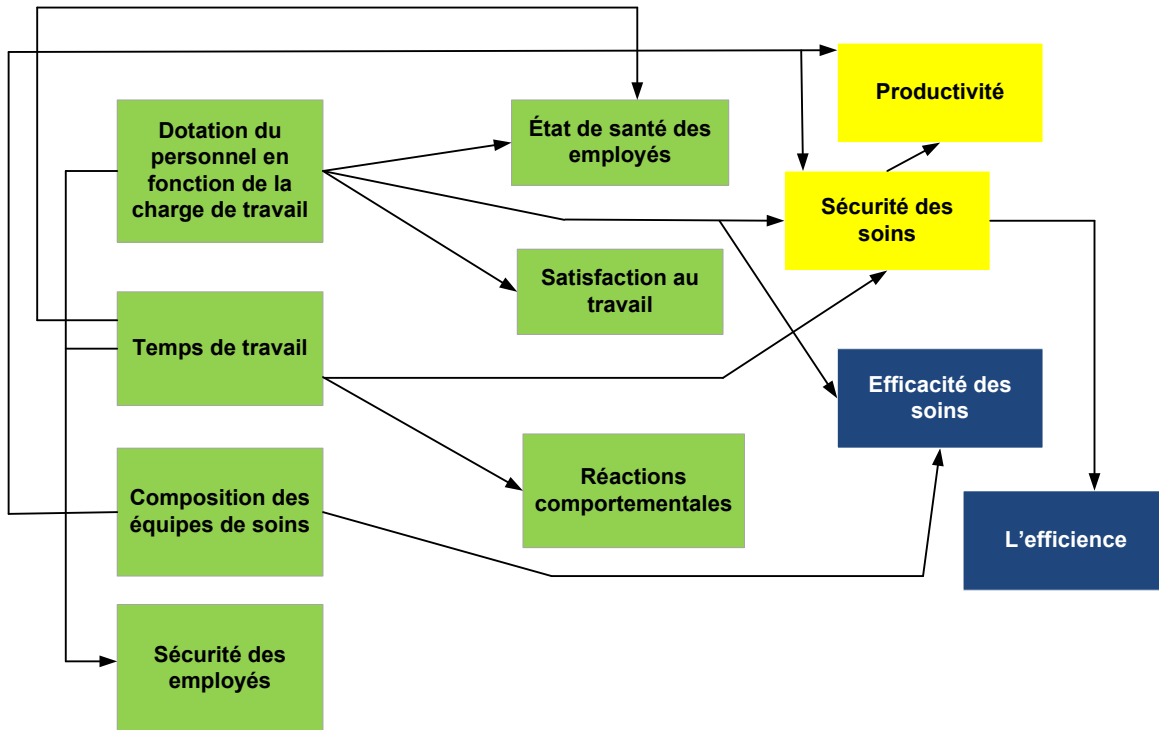
La sécurité au travail est en partie déterminée par la densité de personnel, la surcharge de travail et la disponibilité du matériel. En effet, Aiken et al. (1997) et Lagestrom et al. (1998) ont montré que ces deux aspects étaient reliés à la sécurité des employés, mesurée par rapport au nombre de blessures musculo-squelettiques ou au nombre de piqûres avec des aiguilles.

## H Synthèse

De toutes les composantes de la sous-dimension environnement de travail, il semblerait que ce soit l'adéquation du personnel à la charge de travail qui influence le plus les autres dimensions et sous-dimensions du modèle logique du maintien des valeurs et les autres fonctions du modèle EGIPSS (figures 17 et 18).

- La dotation du personnel déterminerait la performance de cinq dimensions et sous-dimensions : l'état de santé des employés, la satisfaction au travail, la sécurité des soins et l'efficacité des soins. La relation entre la dotation du personnel et l'efficacité des soins est particulièrement robuste.
- Le temps de travail affecterait trois sous-dimensions : la sécurité des employés, les réactions comportementales et la sécurité des soins.
- La composition des équipes de soins influencerait la productivité, la sécurité des soins et l'efficacité des soins. Il faut noter que cette sous-dimension n'est associée à la performance d'aucune sous-dimension de la fonction du maintien des valeurs, mais uniquement avec des dimensions des fonctions production et atteinte des buts.

Figure 17 Représentation des relations entre les composantes de l'adéquation du personnel à la charge de travail et les autres dimensions du modèle EGIPSS



Par ailleurs, on remarque que la régularité du lien à l'emploi, de même que le soutien organisationnel influencent uniquement des sous-dimensions comprises dans la fonction maintien des valeurs. L'influence du soutien organisationnel sur l'état de santé des employés corrobore la thèse de Karasek et al. (1990).

Enfin, l'expérience professionnelle, à l'inverse des éléments précédents, est uniquement associée à la performance de dimensions mesurant les fonctions production et atteinte des buts.

Figure 18 Représentation des relations entre les composantes de l'adéquation de l'environnement de travail avec les autres dimensions du modèle EGIPSS

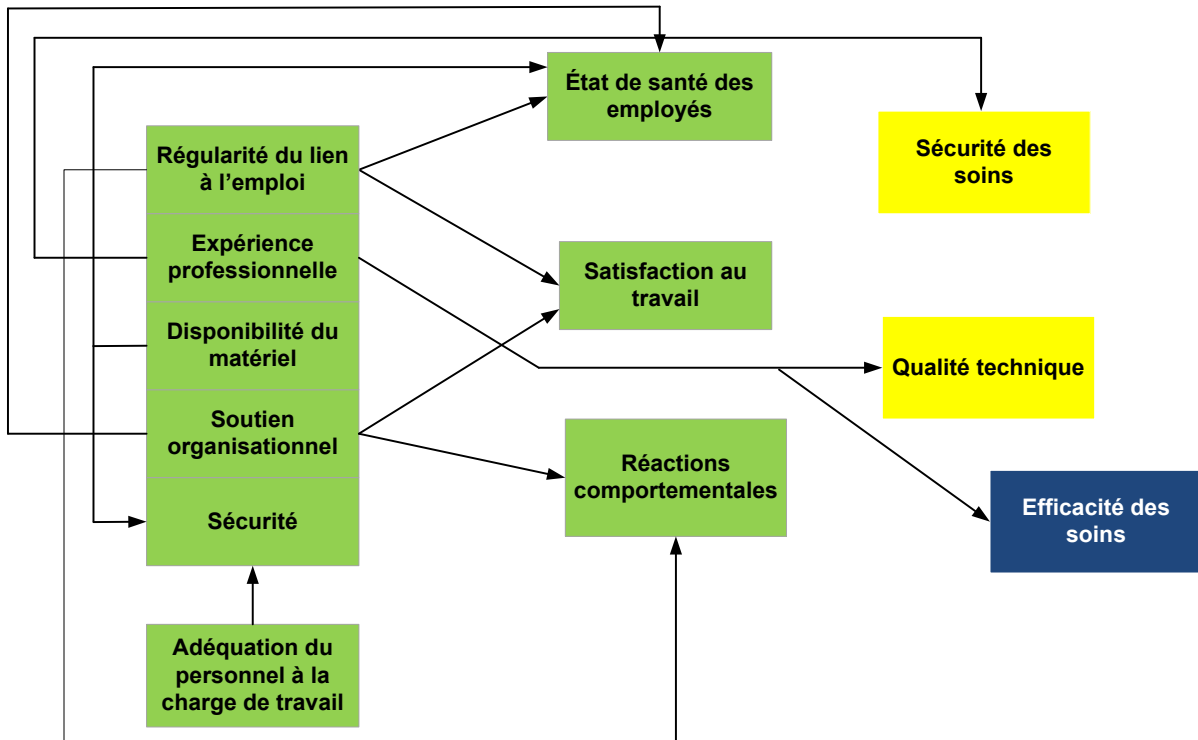


Tableau 14 Synthèse des conséquences de la sous-dimension environnement de travail sur les autres dimensions du modèle EGIPSS

Sous-dimensions analysées	Conséquences	Auteurs	Type d'étude	Conséquences selon les dimensions du modèle EGIPSS
<b>Régularité du lien à l'emploi</b>	Bien-être, santé psychologique au travail	<i>Spark 2001</i> <i>Blythe, 2001</i> <i>Cameron 1994</i>	<i>Opinion d'expert</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>État de santé des employés</b>
	Insatisfaction	<i>Vahtera 1997</i> <i>Bourdonnais 1998</i> <i>Cameron 1994</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude longitudinale</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Satisfaction</b>
	Absentéisme	<i>Vahtera 1997</i> <i>Bourdonnais 1998</i> <i>Cameron 1994</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude longitudinale</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Réactions comportementales (absentéisme)</b>
<b>Adéquation du personnel à la charge de travail</b>				
<b>Dotation du personnel en fonction de la charge de travail</b>	Augmentation du risque de blessure	<i>Wunderlich 2001 ,cité par</i> <i>Charney 2007</i> <i>Trinkoff 2004</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive multisite</i>	<b>Environnement de travail - Sécurité</b>
	Insatisfaction	<i>Aiken 2002</i> <i>Rafferty et al 2007</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude transversale</i>	<b>Satisfaction au travail</b>
	Santé psychologique (burnout)	<i>Aiken 2002</i> <i>Rafferty 2006</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude transversale</i>	<b>État de santé des employés</b>

<b>Dotation du personnel en fonction de la charge de travail</b>	Diminution de durée de séjour	<i>Needleman 2002</i> <i>Thungjaroenkul 2007</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i>	<b>Productivité</b> (amélioration de la productivité par l'amélioration de la sécurité)
	Sécurité des soins (événements indésirables)	<i>Needleman 2002</i> <i>Thungjaroenkul 2007</i> <i>Blegen 1998</i> <i>Unruh 2003</i> <i>Cho 2005</i> <i>Kovner et Gergen, 1998</i> <i>Vicca 1999</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Qualité technique – Sécurité des soins</b>
	Mortalité hospitalière	<i>Aiken 2002</i> <i>Tourangeau, 2006</i> <i>Blegen 1998</i> <i>Needleman 2002</i> <i>Aiken 1998</i> <i>Clarke et Aiken, 2006</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Opinion d'expert</i>	<b>Efficacité d'utilisation</b>
	Efficience (Coût)	<i>Thungjaroenkul 2007</i> <i>Cho 2005</i>	<i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Efficience</b> (amélioration de l'efficience du fait d'une meilleure sécurité des soins)
	Augmentation des accidents au travail	<i>McGillis-Hall, 2005</i> <i>Wallace, 2009</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i>	<b>Sécurité</b>
Absentéisme	<i>McGillis-Hall, 2005</i> <i>Bauman et al, 2001</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Réactions</b>	

<b>Temps de travail</b>				<b>comportementales (absentéisme)</b>
	Fatigue	<i>McGillis-Hall, 2005</i> <i>McCall, 1988</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Opinion d'expert</i>	<b>Influence la sécurité des patients, la justesse de soins</b>
	Burnout et blessures professionnelles	<i>Akerstedt 2002</i> <i>Spark 1997, Hancke 1998</i> <i>cité par McGillis-Hall 2005</i> <i>Henry 2004, cité par Wallace 2009</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>État de santé des employés</b>
	Sécurité des soins (événements indésirables)	<i>Ehara 2008</i> <i>Landrigan 2004</i> <i>Wallace, 2009</i>	<i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Qualité technique- Sécurité des soins</b>
<b>Composition des équipes de soins</b>	Événements indésirables	<i>Blegen 1998</i> <i>Kovner et Blegen 1998</i> <i>McGillis, 2003</i> <i>Stone 2007</i> <i>Blegen 2001 cité par McGillis-Hall 2005</i> <i>Alonso-Echanove, 2003</i>	<i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Qualité technique – sécurité des soins</b>
	Durée de séjour	<i>McGillis 2003</i>	<i>Étude descriptive</i>	<b>Productivité</b>
	Mortalité hospitalière	<i>Jarman, 1999</i>	<i>Étude descriptive</i>	<b>Efficacité d'utilisation</b>



		<i>Hartz 1989</i>	<i>Étude descriptive</i>	
<b>Expérience professionnelle</b>				
<b>Ancienneté professionnelle</b>	Événements indésirables	<i>Blegen 2001, cité par McGillis-Hall 2005</i> <i>Alonso-Echanove 2003</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Qualité technique- Sécurité des soins</b>
	Cohésion des équipes	<i>Bourdonnais 2000</i>	<i>Opinion d'expert</i>	<b>Coordination</b>
	Taux de mortalité	<i>Tourangeau 2002</i>	<i>Étude descriptive</i>	<b>Efficacité d'utilisation</b>
<b>Niveau de formation</b>	Qualité des soins	<i>Blegen 1998,</i>	<i>Méta-analyse</i>	<b>Qualité technique</b>
	Événements indésirables	<i>Blegen 1998,</i>	<i>Méta-analyse</i>	<b>Qualité technique-Sécurité</b>
	Efficacité de la prise en charge (mortalité et échec thérapeutique)	<i>Tourangeau, 2006</i> <i>Estabrooks 2005</i> <i>Aiken 2002</i> <i>Manheim 1992</i> <i>Hartz 1989</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Analyse transversale</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Efficacité d'utilisation</b>
<b>Disponibilité matérielle</b>	Sécurité	<i>Clarke 2002</i>	<i>Étude descriptive</i>	<b>Sécurité</b>
	Santé physiques des travailleurs	<i>Bauman et al, 2001</i> <i>Charney, 2007</i> <i>Hart 2001 cité par Charney 2007</i> <i>Evanoff 2003</i> <i>Li 2004</i>	<i>Opinion d'expert</i> <i>Opinion d'expert</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>État de santé des employés</b>

<b>Soutien organisationnel</b>	Satisfaction	<i>Blythe 2001</i> <i>Armstrong 1996</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Satisfaction</b>
	Absentéisme	<i>Kuoppala 2008</i>	<i>Méta-analyse</i>	<b>Réactions comportementales (Absentéisme)</b>
	Burnout	<i>Awa, 2010</i> <i>Kuoppala 2008</i> <i>Karasek 1990</i>	<i>Revue systématique</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>État de santé des employés</b>
	Bien-être	<i>Kuoppala 2008</i>	<i>Méta-analyse</i>	
	Mortalité à 30 jours	<i>Knauss, 1986</i>	<i>Étude descriptive</i>	<b>Efficacité</b>
<b>Sécurité au travail (Déterminants)</b>	Dotation du personnel	<i>Aiken, 1997,</i> <i>Lagestrom 1998</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Environnement de travail- Disponibilité du matériel</b>

## II LE CLIMAT ORGANISATIONNEL

### A Nature et propriétés du concept de climat organisationnel

Le concept de climat organisationnel réfère à la qualité de l'environnement organisationnel ou des conditions de travail (Stone et al., 2007) telles qu'elles sont expérimentées par les membres d'une organisation (Powell et Butterfield, 1978). Le climat organisationnel reflète la dynamique interne de l'organisation qui a un impact direct, autant sur les individus à qui l'établissement de soins fournit des services (les patients) que sur l'attitude et la performance des employés (Schneider et al, 1980). On trouve dans la littérature de nombreuses définitions de ce concept. En effet, Litwin et Stringer (1968) définissent le climat organisationnel comme une série de propriétés mesurables de l'environnement de travail qui sont perçues, de façon directe ou indirecte, par ceux qui travaillent dans cet environnement, et qui influencent leur motivation et leur comportement. Denison (1996, cité par McGillis et al, 2004 :624) avance que « le climat organisationnel est relativement temporaire, sujet à un contrôle direct, et largement limité à des aspects organisationnels qui sont consciemment perçus par les membres de l'organisation ». Glick (1985) définit le climat organisationnel comme une vaste catégorie de variables organisationnelles en interaction avec des variables psychologiques qui décrivent le contexte dans lequel se déroulent les actions des individus et qui affectent les comportements des individus. Enfin, Reichers et Schneider (1990) appréhendent cette notion comme un concept molaire, défini comme le partage de perceptions sur la politique organisationnelle, les pratiques et les procédures, formelles ou informelles. Finalement, Hellriegel et Slocum (1974) synthétisent les divers aspects de ces définitions lorsqu'ils présentent les propriétés essentielles du concept de climat

organisationnel. Ainsi, le concept de climat organisationnel réfère à une série d'attributs qui est perçue par rapport à une organisation particulière ou un sous-système. Le climat organisationnel est « a) une réponse perceptuelle avant tout descriptive plutôt qu'évaluative b) le niveau de construction et d'inclusion des critères est macro plutôt que micro c) l'unité d'analyse est basée sur des attributs organisationnels ou appartenant aux sous-systèmes étudiés d) ces perceptions ont des conséquences sur le comportement des employés » (Hellriegel et Slocum, 1974, p. 256).

Ainsi, la cognition humaine joue un rôle de médiateur entre les effets des stimuli de l'environnement et les réponses humaines à ceux-ci. Un des éléments fondamentaux de cette médiation est la signification psychologique de l'environnement et de ses caractéristiques sur chacun des individus (James, 2008). Le concept de climat organisationnel s'insère dans cette approche cognitive et offre plusieurs apports conceptuels. Tout d'abord, ce concept permet de comprendre comment le contexte de travail affecte les comportements et les attitudes des employés, par leurs perceptions (Schneider & Reichers, 1983). Le second apport concerne la question du niveau d'analyse. Avec cette approche, il est possible d'appréhender les phénomènes de groupe à partir de l'agrégation des perceptions. (Schneider & Reichers, 1983).

La question centrale que soulève l'utilisation de ce concept est « comment les individus qui sont confrontés à une vaste gamme de stimuli dans leur environnement de travail finissent par développer des perceptions homogènes sur ces stimuli ? » (Schneider & Reichers, 1983 : 25). Nous avons partiellement répondu à cette question dans une précédente section concernant la présentation du concept de climat. Il semblerait que l'approche interactionniste soit la plus plausible. En effet, le climat organisationnel serait la résultante d'un processus de

création de sens collectif (Weick, 1979) provenant des interactions et d'une négociation collective. L'objectif d'une mesure et d'une analyse du climat organisationnel tend justement à comprendre comment les individus décrivent ces variables organisationnelles afin d'étudier leur impact sur les comportements et les attitudes organisationnelles des professionnels.

Ainsi, dans le modèle logique de mesure du maintien des valeurs, la notion de climat organisationnel représente l'agrégation de la description des perceptions individuelles concernant six variables organisationnelles qui sont l'autonomie, la collaboration, la communication, le soutien organisationnel, la supervision et le leadership.

### B Les conséquences du climat organisationnel

Les déterminants du climat organisationnel sont peu nombreux. La perception du climat organisationnel par les employés est reliée aux valeurs individuelles et organisationnelles. En effet, un consensus sur les valeurs entre les employés et l'organisation tend à favoriser une perception positive du climat organisationnel. Cependant, comme l'avons déjà mentionné, il y a peu d'études empiriques qui ont étudié l'association entre le consensus ou la concordance des valeurs et le climat organisationnel. De même, la qualité de l'environnement de travail, symbolisée par les politiques de gestion des ressources humaines mesurées par le ratio infirmières/patients, les heures supplémentaires, le salaire, est reliée à la qualité de climat organisationnel (Stone et al., 2007).

Par contre, les conséquences sont beaucoup plus nombreuses et affectent fortement les fonctions *maintien des valeurs* et *production*.

➤ Maintien des valeurs

Le climat organisationnel a une influence sur le taux de roulement des employés, la motivation et la productivité (Reichers et Schneider, 1990; Parker et al., 2003; Stone, 2006). De même, les études de Larabee et al. (2003) et d'Aiken, Clarke et al. (2002) ont montré que des facteurs reliés au climat (la responsabilisation, la réactivité des services de soutien, la collaboration entre les infirmières et les médecins et le style de leadership) avaient un impact direct sur la satisfaction des infirmières. Hellriegel et Slocum (1974) montrent, dans leur revue de littérature, qu'il existe un lien très fort entre le climat organisationnel et la satisfaction au travail en termes de qualité des relations interpersonnelles, de cohésion du groupe, de soutien au travail et d'implication.

Keuter et al. (2000) vont dans le même sens, dans une étude descriptive sur deux unités hospitalières, concernant l'association entre le climat organisationnel et la satisfaction. Ils ont démontré qu'il y avait une corrélation significative entre ces deux construits ( $.61$ ). Patterson et al. (2005) ajoutent, dans leur revue de la littérature, que le climat organisationnel est corrélé à l'intention de quitter son emploi, la satisfaction au travail, la performance individuelle au travail, et la performance organisationnelle. On constate donc que le climat organisationnel est un déterminant important de la satisfaction au travail et l'intention de quitter son emploi.

Le climat organisationnel exerce également une influence sur la sécurité au travail et l'état de santé des employés. En effet, plusieurs études ont démontré le lien entre une mauvaise perception du climat organisationnel et les risques de blessures au travail, tels que les blessures musculo-squelettiques, les expositions aux fluides ou au sang (Stone, 2007a et al.; Stone et al., 2007, Gershon et al., 2007). Stone et al. (2007a) ajoutent, dans le cadre d'une

analyse univariée, que tous les facteurs du climat organisationnel, à l'exception de la programmation de travail, étaient reliés aux mesures du *burnout*. De plus, les infirmières déclarant une perception négative de la qualité de leur pratique professionnelle, de la relation infirmières-médecins, des opportunités d'avancement et de latitude dans la prise de décision présentent des résultats sur les indicateurs de santé au travail moins bons, ainsi qu'un plus haut niveau de *burnout* (Stone et al., 2007). McDavitt et al. (2007) corroborent ces résultats, dans leur revue systématique, sur le lien entre le climat organisationnel et l'état de santé des professionnels de santé. En effet, ils ont trouvé dans la littérature une association entre les perceptions du soutien du superviseur, la collaboration, les chances d'avancement et l'autonomie, avec la satisfaction au travail, les blessures au travail et le burnout.

Aiken, Clarke et al. (2002) montrent que le soutien managérial influence l'insatisfaction des infirmières et les risques de burnout. De même, Stordeur et al. (2001) ont étudié les phénomènes constitutifs du climat organisationnel et leur impact sur la santé des patients et des travailleurs. Pour ce faire, ils ont agrégé la description des employés concernant leur perception de phénomènes organisationnels représentant des « stressseurs » au travail, tels que l'absence de soutien organisationnel, la qualité des relations, l'ambiguïté de rôle et le leadership. Ils ont démontré que les perceptions positives du leadership, la reconnaissance du travail ainsi amènent un plus faible niveau de burnout. Finalement, Hemingway et al. (1999) ont conclu que l'ensemble des dimensions du climat organisationnel est un prédicteur des blessures au travail, de l'absence de courte durée et de l'intention de quitter son emploi chez les infirmières.

➤ Production

La recherche de Stone et al. (2006) sur les unités de soins intensifs montre que les unités où les infirmières perçoivent un climat organisationnel positif, les patients ont une proportion légèrement supérieure de contracter un CLBSI (Central-Line Blood Stream Infections) alors qu'ils ont 39 % moins de risque de contracter un CAUTI (Catheter Associated Urinary Track Infection). Clarke (2002) a montré que les infirmières travaillant dans des unités de soins où les perceptions sur le climat organisationnel étaient négatives (principalement au niveau du leadership des infirmières-chef) et où la disponibilité de personnel était basse, étaient plus susceptibles d'avoir des pratiques de travail moins sécuritaires. De plus, la perception de la qualité des soins par les infirmières est associée à un meilleur climat organisationnel. Aiken, Clarke et al. (2002) montrent qu'il y a un lien inverse entre la perception du soutien organisationnel et la perception de la qualité des soins. Il semblerait donc que le climat organisationnel ait une certaine influence sur la sécurité des soins.

➤ Atteinte des buts

Stone et al. (2006, 2007) montrent que le climat organisationnel a également un impact sur les résultats de santé. En effet, certains aspects du climat organisationnel sont reliés à la mortalité des patients et à l'échec des secours. Eastabrooks et al. (2005) démontrent que la qualité des relations au travail est associée à la mortalité à 30 jours des patients. Néanmoins, les résultats sont insuffisants pour en faire un lien consistant.



## C Synthèse

Le climat organisationnel influence principalement des sous-dimensions comprises à l'intérieur de la fonction du *maintien des valeurs* (figure 19). Plus exactement, notre revue de la littérature montre qu'il existe un fort niveau d'évidence concernant l'association entre le climat organisationnel et (tableau 15) :

- La sécurité au travail puisque trois études descriptives et une revue systématique attestent de ce lien.
- La satisfaction au travail des employés puisque quatre études descriptives et une revue de la littérature ont fait état de cette association.
- Le taux de roulement, car trois études descriptives et une méta-analyse ont démontré ce lien.

Par ailleurs, parmi les différentes composantes du climat organisationnel, il semblerait que l'autonomie des professionnels, le soutien de l'organisation, des superviseurs et des collègues ainsi que la collaboration soient les éléments les plus influents.

Figure 19 Représentation des relations entre le climat organisationnel et les autres dimensions du modèle EGIPSS

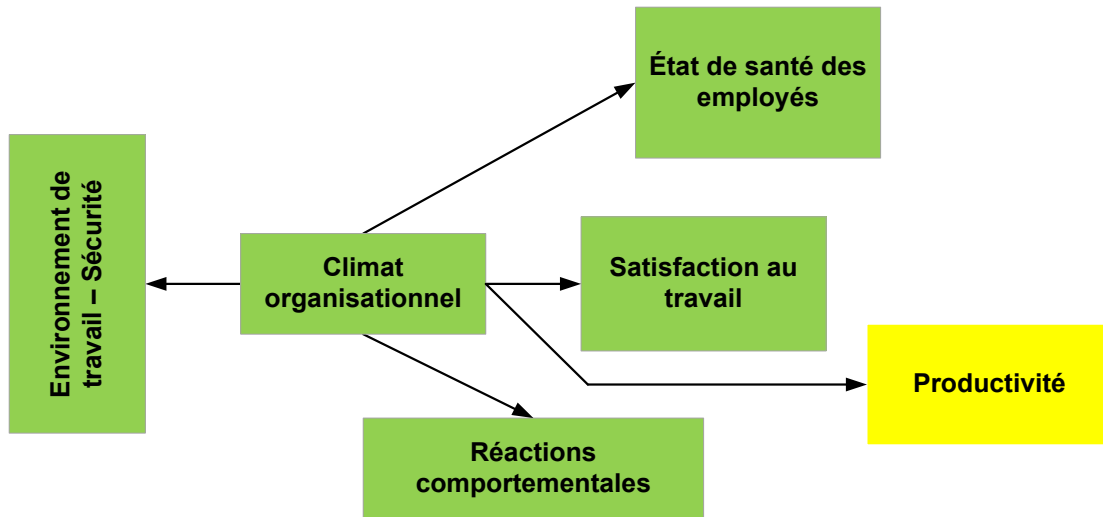


Tableau 15 Synthèse des conséquences du climat organisationnel sur les autres dimensions du modèle EGIPSS

<b>Sous-dimensions analysées</b>	<b>Conséquences</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Type d'étude</b>	<b>Conséquences selon le modèle EGIPSS</b>
<b>Climat organisationnel</b>	Sécurité au travail	<i>Stone et al 2007a</i> <i>Stone et al 2006</i> <i>Gershon et al 2007</i> <i>Hemingway et al 1999</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Environnement de travail - Sécurité</b>
	Taux de roulement	<i>Reicher &amp; Schneider 1990</i> <i>Parker 2003</i> <i>Stone et al 2006</i> <i>Patterson et al 2005</i> <i>Hemingway et al 1999</i>	<i>Opinion d'expert</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Réaction comportementale</b>
	Satisfaction au travail	<i>Aiken et al 2002</i> <i>Larabee et al 2003</i> <i>Hellriegel &amp; Slocum 1974</i> <i>Keuter et al 2000</i> <i>Patterson et al 2005</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Satisfaction au travail</b>
	Productivité	<i>Reicher &amp; Schneider 1990</i> <i>Parker et al 2003</i> <i>Stone et al 2006</i>	<i>Opinion d'expert</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Productivité</b>
	Burnout	<i>Stone et al 2007, 2006</i> <i>McDavitt et al 2007</i> <i>Aiken et al 2002</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>État de santé des employés</b>
	Sécurité des soins	<i>Stone et al 2007</i> <i>Clarke et al 2002</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Sécurité des soins</b>

## II LA SATISFACTION AU TRAVAIL

### A Nature et historique du concept de satisfaction

La satisfaction au travail est un concept clé du courant motivationnel et des études en psychologie organisationnelle. Ce concept a principalement été étudié afin de savoir si le degré de satisfaction avait un impact sur le niveau de performance des individus (Lawler et Porter, 1967; Vroom, 1964, cité par Petty et al., 1984; Tett, 1993; Judge et al., 2001; Harrison et al., 2006). Dans le milieu de la santé, il revêt une importance d'autant plus grande que la plupart des professionnels de la santé, dans le monde déclarent une forte insatisfaction. Le taux d'insatisfaction des infirmières est particulièrement élevé dans la majorité des pays occidentaux, excepté en Allemagne (Aiken et al., 2001). En effet, celui-ci est de 41 % aux États-Unis, 37,7 % en Écosse, 36,1 % en Angleterre, 32,9 % au Canada, et 17,4 % en Allemagne (Aiken et al., 2001). Williams et Skinner (2003) constatent, également, qu'il y a un déclin important de la satisfaction des médecins. En effet, en 1970 une étude montrait que 95 % des médecins d'un groupe de praticiens étaient satisfaits. En 1993, une étude de Skolnik (cité par Williams, 2003) avançait que 65 % des médecins de famille aux États-Unis étaient satisfaits.

Le concept de satisfaction a fait l'objet de plusieurs développements théoriques. Tout d'abord, le travail de Maslow (1954) qui conçoit les besoins humains selon cinq niveaux hiérarchisés : les besoins physiologiques, la sécurité, les besoins sociaux (appartenance), l'estime de soi et les accomplissements personnels. Cette approche adaptée à la satisfaction se conçoit comme l'accomplissement (réalisation) des besoins (Lu et al., 2004).

Néanmoins, cette démarche centrée sur les besoins a été délaissée pour se concentrer sur deux autres façons de concevoir la satisfaction : la théorie dite de l'hygiène/motivation élaborée par Herzberg et une approche, dite cognitive, élaborée par Spector (1997) et Price (2002).

Dès lors, on retrouve plusieurs façons de définir le concept de satisfaction. Pour Conrad (1985, cité par Lu et al., 2005), adepte de l'approche de Maslow, la satisfaction provient de l'adéquation entre la perception des employés de leurs besoins et ce qu'ils perçoivent recevoir de leur travail. Pour Herzberg (1978), la satisfaction est fonction des différents éléments caractérisant le travail. Ainsi, Herzberg (1978) affirme que les sources de satisfaction et d'insatisfaction au travail sont différentes. Cinq facteurs apparaîtraient comme des puissants déterminants de la satisfaction au travail : l'accomplissement, la reconnaissance, la nature du travail, la responsabilité et l'avancement. Les trois derniers sont ceux qui entraînent des changements d'attitude les plus durables. Les plus défavorables sembleraient être : la politique de l'entreprise, le supérieur, la rémunération, les relations entre les personnes et les conditions de travail. La première série de facteurs correspond à la relation de l'homme avec ce qu'il fait (des facteurs valorisants) alors que la deuxième correspond aux relations de l'homme avec son milieu (facteurs d'ambiance). Le principal résultat de cette recherche est de laisser supposer que les facteurs relatifs aux conditions d'ambiance provoqueraient du mécontentement en raison d'un besoin d'échapper aux désagréments. Les facteurs valorisants engendreraient, par contre, la satisfaction en raison d'un besoin de développement ou d'actualisation de soi-même. Au niveau psychologique, cela se matérialise par deux orientations : échapper à ce qui est désagréable et, en même temps, se développer. L'auteur, en partant de ces constats, décrit deux continuums pour représenter les besoins d'ambiance et les

besoins de valorisation. Ce sont deux continuums de l'état moral : l'un, de détresse, et l'autre, de bonne santé.

On constate que les travaux d'Herzberg (1978) ont complexifié le concept de satisfaction en apportant des distinctions importantes sur ses déterminants, mais surtout en confirmant son caractère multi-facettes. À partir de ces travaux, plusieurs modèles ont été élaborés pour décrire les différentes facettes du concept et pour identifier les déterminants et les conséquences de la satisfaction sur les employés et l'organisation. Finalement, le courant cognitif appréhende la satisfaction comme une orientation affective déterminant l'attitude qu'un employé développe par rapport à son travail (Price, 2002). En outre, la satisfaction au travail représente le degré d'émotion positive ou négative envers le travail (Lu et al., 2004). Elle se définit comme un « état émotionnel résultant de l'évaluation de la capacité d'un emploi à rencontrer les besoins physiques et psychologiques, les valeurs liées au travail et les besoins de croissance personnelle d'un individu » (Locke, 1976 :1298). La satisfaction résulte donc de la relation perçue entre ce que l'individu aimerait retirer de son travail et ce que ce dernier lui offre (Locke, 1976). De ce fait, la satisfaction est reliée à un processus cognitif, lequel est issu des expériences affectives liées à la tâche et à l'environnement dans lequel il s'effectue (Tovey & Adams, 1999; Price, 2002).

Les sources de satisfaction et d'insatisfaction peuvent varier d'un groupe occupationnel à l'autre et d'un département à l'autre (Tovey & Adams, 1999; Adams et al., 1998). Le sentiment de satisfaction ne se distribue pas de façon homogène dans une organisation, mais dépend d'éléments qui ont trait aux caractéristiques des équipes de soins.

Ainsi, nous abordons, dans notre modèle, la satisfaction au travail comme un état émotionnel issu de l'évaluation des expériences affectives liées aux différentes facettes du travail et de son environnement qui conditionnent les attitudes au travail. Les facettes que nous avons sélectionnées sont : la nature du travail, les conditions de travail, la rémunération, la reconnaissance, la formation, la promotion et les perspectives d'avenir, les interrelations au travail et la qualité de soins

### B Les déterminants de la satisfaction au travail

On trouve dans la littérature sur la satisfaction divers types d'études tentant de comprendre les sources et les déterminants de la satisfaction des employés. On trouve également de nombreuses analyses s'intéressant à la relation entre la satisfaction et d'autres concepts de psychologie organisationnelle tels que l'engagement au travail, le climat organisationnel ou le stress au travail. Dans notre étude, nous distinguons les sources de satisfaction et les déterminants. Les sources réfèrent aux facettes du travail qui sont les plus importantes pour comprendre la satisfaction des employés. En effet, Lu et al. (2004), dans leur revue de la littérature sur la satisfaction des infirmières, a mis en évidence plusieurs facettes du travail qui semblent être les sources principales de la satisfaction: les conditions de travail, la qualité des interactions au travail, le travail en soi (la charge de travail, l'emploi du temps, les exigences de la tâche), la rémunération, l'actualisation de soi et les chances de promotion, les éloges et la reconnaissance, le contrôle et l'autonomie au travail ainsi que le style de leadership.

Nous ne considérons pas ces sources comme des déterminants de la satisfaction, mais comme des éléments constitutifs de l'analyse de la satisfaction. De ce fait, nous ne traiterons

pas de ces aspects dans cette section, car ces sources de satisfaction sont mesurées par le questionnaire que nous avons élaboré. Par contre, la notion de déterminant fait référence directement aux dimensions et sous-dimensions du modèle logique qui influencent la satisfaction au travail.

➤ L'adaptation

L'adaptation influence indirectement la satisfaction par l'intermédiaire des ressources humaines et financières dont dispose un établissement de soins et par sa capacité à attirer des professionnels de santé. En effet, la littérature montre que la complexité des soins prodigués, tout comme le degré de développement technologique d'un hôpital, influence la quantité de personnel et la capacité de rétention de l'institution (Blegen et al., 2007). De surcroît, on constate que le manque d'infirmières met une pression plus grande sur les infirmières toujours en poste entraînant ainsi une hausse du stress et une dégradation de la qualité des relations de travail (Lu et al., 2004).

➤ Le maintien des valeurs

Nous avons préalablement présenté les déterminants de la satisfaction dans les sections sur l'environnement de travail et le climat organisationnel. Dans cette section, nous allons nous intéresser aux composantes du climat qui influencent le plus la satisfaction au travail. En effet, plusieurs études ont montré que le degré de liberté dans la pratique et la prise de décision sont des facteurs importants de la satisfaction au travail des infirmières (Adams, 1996; Morrison et al., 1997, cité par Tovey 1999; Aiken et al., 2001). De plus, Price (2002) a mis en évidence qu'un taux de satisfaction élevé était très dépendant de la relation aux partenaires de



travail et à la reconnaissance alors que l'insatisfaction était reliée aux degrés de contrôle et de responsabilité dont les infirmières disposaient et aux opportunités professionnelles.

Larabee et al. (2003), dans leur étude, ont démontré que la variation de la satisfaction des infirmières s'explique à 54 % par quatre facteurs : la responsabilisation psychologique, la réactivité des services de soutien, la collaboration entre les infirmières et les médecins et le style de leadership. Ces résultats concernant l'influence du soutien organisationnel sont corroborés par l'étude d'Aiken, Clarke et al. (2002) qui montrent que les infirmières percevant un faible soutien sont deux fois plus enclines à présenter un fort taux d'insatisfaction et d'être vulnérable au *burnout*. L'étude d'Adams et Bond (2000) a démontré que la cohésion de l'équipe (,51), la qualité des pratiques professionnelles (,46) et la collaboration entre les professionnels (,41) étaient fortement corrélées. La qualité perçue des pratiques professionnelles est aussi un précurseur important de la satisfaction. En effet, la sensation de ne pouvoir fournir des soins de qualité entraîne une diminution de la fierté et un sentiment d'impuissance menant à une insatisfaction (Mackay, 1989, cité par Adams & Bond (2000). Enfin, Van Ham et al. (2006), dans leur revue de la littérature sur la satisfaction des médecins, ont conclu que la qualité de la relation avec les collègues, le statut d'enseignant dans un hôpital universitaire étaient des facteurs qui augmentaient la satisfaction au travail. En revanche, le nombre d'heures de travail, la surcharge de tâches administratives, le manque de temps ainsi que le manque de reconnaissance étaient les principaux déterminants de l'insatisfaction chez les médecins. On constate dans ces études que les notions de sources et de déterminants sont parfois utilisées de façons interchangeable. De même, il est parfois difficile de faire la distinction entre une mesure de climat organisationnel basée sur la description des perceptions et une mesure de satisfaction construite autour de l'évaluation affective.

Cependant, on peut conclure que l'autonomie dans la pratique professionnelle, la perception du soutien organisationnel, la qualité de la collaboration, de même que le leadership sont parmi les éléments organisationnels, mesurés par le climat organisationnel, qui influencent le plus la satisfaction des employés.

D'autres facteurs sont considérés comme des éléments prédisant la satisfaction. Blegen (1993) indique que le manque de satisfaction au travail est fortement corrélé au stress au travail ( $r = ,609$ ). Zangaro et Soeken (2007), dans leur méta-analyse, ont conclu que le stress au travail présentait la plus forte association négative avec la satisfaction au travail, tandis que la qualité de la collaboration entre les médecins et les infirmières représentait l'association positive la plus importante.

Ainsi, il semblerait que le stress au travail soit un déterminant important de la satisfaction, tout en étant également un déterminant important de l'intention de quitter son emploi (Irvine & Evans, 1995). Ce stress tend à augmenter avec la charge de travail et la pénurie d'infirmières qui touche de nombreux établissements de soins.

Tableau 16 Synthèse des déterminants de la satisfaction au travail

Sous-dimensions analysées	Déterminants	Auteurs	Type d'étude	Déterminants selon le modèle EGIPSS
<b>Satisfaction au travail</b>	Environnement de travail	<i>Vahtera 1997</i> <i>Bourdonnais et al 1998</i> <i>Cameron et al 1994</i> <i>Aiken 2002</i> <i>Rafferty 2007</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude transversale</i>	<b>Environnement de travail –régularité du lien à l'emploi – dotation du personnel en fonction de la charge de travail</b>
	Climat organisationnel	<i>Aiken 2002</i> <i>Larabee 2003</i> <i>Hellriegel &amp; Slocum 1974</i> <i>Keuter 2000</i> <i>Patterson 2005</i> <i>Adams &amp; Bond 2000</i> <i>Van Ham 2006</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i>	<b>Satisfaction au travail</b>
	Stress	<i>Blegen 1993</i> <i>Zangaro &amp; Soeken 2007</i> <i>Irvine 1995</i>	<i>Méta-analyse</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Stress</b>

## C Les conséquences de la satisfaction au travail

### ➤ Le maintien des valeurs

La majorité des études concernant l'impact de la satisfaction au travail démontre un lien direct entre celle-ci et l'absentéisme, le taux de roulement et le *burnout* (Lu, 2004; Hayes et al., 2006; Blegen, 1993; Irvine et Evans, 1995). Cependant, il faut préciser que la relation entre la satisfaction au travail et le taux de roulement est modérée par l'intention de quitter son emploi. En effet, la méta-analyse de Tett et Meyer (1993) montre que la satisfaction des infirmières est corrélée à l'intention de quitter son emploi (-,58). Celle-ci est le déterminant principal du roulement du personnel (,45), suivie par l'engagement dans l'organisation (-,33).

On trouve le même type de résultats pour les médecins. En effet, la revue de la littérature de Williams & Skinner (2003) a prouvé que l'intention de quitter son emploi dans les deux prochaines années était négativement corrélée à la satisfaction des médecins ( $r=-,138$ ). De plus, les médecins déclarant un moins bon niveau de satisfaction étaient 2,38 plus enclins à quitter leur emploi (Buchbinder, 1996, cité par Williams, 2005). Linzer (2000, cité par Williams, 2003), dans un échantillon de 2325 médecins, a également trouvé une corrélation négative entre l'intention de quitter et la satisfaction au travail ( $r=-,37$ ) et la satisfaction vis-à-vis de la carrière ( $r=-,25$ ). Concernant l'état de santé mentale des médecins, Williams & Skinner (2003) concluent que la satisfaction est reliée au burnout, à l'anxiété et à la dépression. En effet, Dowell et al. (2000), dans une étude sur des médecins généralistes en Nouvelle Zélande, ont montré que les médecins subissant le moins de perturbations psychologiques étaient les plus satisfaits. Enfin, Lloyd et al. (1998) ont également trouvé une corrélation négative entre la satisfaction et la dépression ( $r=-,42$ ), la dépersonnalisation ( $r=-$

,42) et l'épuisement émotionnel ( $r=-,45$ ). Ces trois éléments sont les composantes du Burnout selon Maslach.

➤ Production

La satisfaction semble affecter la qualité des soins sur plusieurs plans et dans différents domaines. La satisfaction aurait un impact sur la qualité des prises de décision et de prescriptions médicamenteuses. Ainsi, la satisfaction serait un déterminant de la justesse des soins. En effet, Robertson et al. (1995) ont démontré dans leur étude que les patients en psycho-gériatrie recevaient des traitements de meilleure qualité lorsque les professionnels se percevaient satisfaits. Adams et Bond (2000) ont montré une corrélation positive entre la satisfaction et la cohésion de l'équipe d'infirmière, l'organisation du travail, le niveau de pratique professionnelle atteint dans l'espace de travail et la collaboration avec l'équipe médicale. Williams et Skinner (2003) concluent également qu'il existe un lien entre la satisfaction et la qualité des soins. En effet, Melville (1980, cité par Williams, 2003) a montré un lien entre la satisfaction des médecins et les prescriptions de plusieurs médicaments déclarés comme inappropriés par un consensus médical.

Enfin, DiMatteo (1993) avance que la satisfaction aurait un impact sur l'adhérence au traitement et la satisfaction des patients. De même, Pilpel (1988, cité par Williams & Skinner, 2003) montre que la satisfaction des médecins est associée au niveau d'ouverture et d'écoute du patient ( $r=,29$ ) et au fait d'être attentif aux aspects psychologiques ( $r=,28$ ). La satisfaction serait également un facteur déterminant dans l'amélioration de la communication patient-médecin (Robertson et al., 1995). Ainsi, il semblerait que la satisfaction ait également une influence sur l'humanisme des soins.

## D Synthèse

Notre revue de la littérature sur les déterminants de la satisfaction au travail dans le milieu de la santé démontre que la satisfaction au travail est fortement déterminée par (tableau 17):

- L’environnement de travail, et plus précisément la régularité du lien à l’emploi et la dotation du personnel en fonction de la charge de travail.
- Le climat organisationnel et principalement quatre de ses composantes : l’autonomie, le soutien organisationnel, la collaboration et le soutien des superviseurs.

Le stress est également un déterminant important de la satisfaction. Il semble d’ailleurs exister un rapport récursif entre la satisfaction, le stress et l’état de santé mentale des employés. En effet, le stress est un précurseur du burnout, souvent analysé comme provenant d’un déséquilibre entre le niveau de contrôle sur les tâches, le soutien social et le niveau de demande. Ainsi, il semblerait que ces trois éléments s’influencent.

Concernant les conséquences de la satisfaction au travail, il existe, également de nombreuses évidences scientifiques sur la relation entre celle-ci et :

- Les réactions comportementales mesurées par l’absentéisme et le roulement du personnel. L’intention de quitter son emploi est un médiateur selon certains auteurs entre la satisfaction et le fait de quitter son emploi.
- L’état de santé mentale des employés mesuré par la fréquence des burnout et la détresse émotionnelle.

La littérature semble également montrer qu'il existe un lien, entre la satisfaction et la qualité technique des soins et l'humanisme de la prise en charge. Cependant, ces liens semblent moins robustes.

Figure 20 Représentation des déterminants et conséquences de la satisfaction au travail

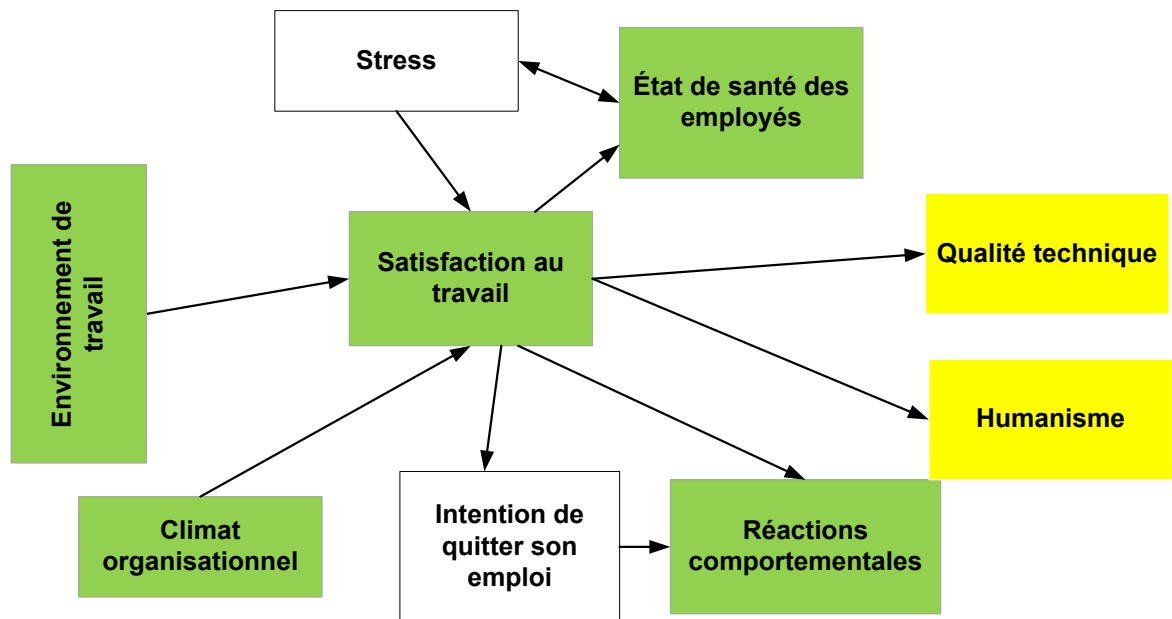


Tableau 17 Synthèse des conséquences de la satisfaction au travail sur les dimensions du modèle EGIPSS

Sous-dimensions analysées	Conséquences	Auteurs	Type d'étude	Conséquences selon le modèle EGIPSS
<b>Satisfaction au travail</b>	Absentéisme	<i>Tett &amp; Meyer 1993</i> <i>Lu 2004</i> <i>Hayes et al 2006</i> <i>Blegen 1993</i> <i>Irvine et Evans 1995</i>	<i>Méta-analyse</i> <i>Revue systématique</i> <i>Revue systématique</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Réactions comportementales</b>
	Roulement du personnel	<i>Lu 2004</i> <i>Hayes et al 2006</i> <i>Blegen 1993</i> <i>Irvine et Evans 1995</i>	<i>Revue systématique</i> <i>Revue systématique</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i>	
	Intention de quitter son emploi	<i>Tett &amp; Meyer 1993</i> <i>Williams &amp; Skinner 2003</i>	<i>Méta-analyse</i> <i>Revue systématique</i>	
	Burnout & détresse psychologique	<i>Tett &amp; Meyer 1993</i> <i>Lu 2004</i> <i>Hayes et al 2006</i> <i>Blegen 1993</i> <i>Irvine et Evans 1995</i> <i>Williams &amp; Skinner 2003</i> <i>Dowell et al 2000</i>	<i>Méta-analyse</i> <i>Revue systématique</i> <i>Revue systématique</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>État de santé des employés</b>
	Qualité de la pratique – qualité de la prescription –	<i>Robertson et al 1995</i> <i>Adam &amp; Bond 2000</i> <i>Williams &amp; Skinner 2003</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i>	<b>Qualité technique - Justesse</b>
	Adhérence au traitement - ouverture au patient – qualité de la communication	<i>Melville 1980, Edwards cité par Williams</i> <i>DiMatteo 1993</i> <i>Pilpel 1998, cité par Williams 2003</i> <i>Robertson et al 1995</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Humanisme des soins</b>



## **IV LES RÉACTIONS COMPORTEMENTALES**

Cette dimension réfère au champ d'étude du comportement organisationnel qui est « devenu une discipline distincte se concentrant sur le comportement des individus et des groupes dans un contexte organisationnel » (Mitchell, 1979, p. 244, cité par O'Reilly, Chatman et al., 1991). Comme le note Schneider (1985), l'analyse des comportements organisationnels provient de la confluence des études sur les individus, les groupes et les organisations dans des champs aussi variés que la psychologie industrielle, la gestion, les théories de l'organisation ou la sociologie. Les thèmes d'étude sont multiples et regroupent certains aspects que nous avons déjà abordés. En effet, la motivation au travail, la satisfaction, les émotions, l'engagement, le stress, le roulement du personnel ou encore l'absentéisme ont été analysés dans ce champ (O'Reilly, Chatman et al., 1991; Illeggen, 1988; Brief, 2002). Dans notre modèle logique, nous sommes beaucoup plus restrictifs, car nous considérons nombre de ces thèmes, notamment la satisfaction ou la motivation, comme se rapportant plus aux attitudes au travail qu'aux comportements.

La notion de réactions comportementales renvoie à des comportements observables dans l'organisation qui sont la conséquence d'une interaction entre des variables organisationnelles structurant l'environnement de travail et les perceptions des individus, autant sur l'organisation, que sur leur travail. Ainsi, nous avons retenu deux aspects qui sont récurrents dans la littérature et sont considérés comme des marqueurs de la performance : l'absentéisme et le roulement du personnel. Ces deux aspects sont très fortement corrélés. Ils sont directement influencés par le partage des valeurs, le taux de satisfaction, le climat

organisationnel et l'intention de quitter (Hayes et al., 2006; Irvine & Evans, 1995; Coomber & Barriball, 2007).

## A Le taux de roulement

### *A.1 Définition et propriétés du taux de roulement*

Le taux de roulement est défini comme le nombre de départs des employés chaque année. Il est, principalement, appréhendé sous un aspect problématique et sous un angle absolu. Pourtant, selon Abelson et Baysinger (1984), on ne peut le concevoir comme cela pour deux raisons. Premièrement, une partie du taux de roulement que connaît une organisation est involontaire. Les départs volontaires correspondent à la décision d'un employé de quitter l'organisation (Shaw et al., 1998), alors que le départ involontaire se produit lorsque l'employeur décide de se séparer d'un employé. La littérature traite habituellement uniquement des départs volontaires.

Deuxièmement, une certaine proportion de taux de roulement a des conséquences positives pour une organisation. En effet, il permet une meilleure adéquation entre les individus et l'organisation, une certaine flexibilité et l'introduction de nouvelles idées. Ainsi, un certain niveau de roulement du personnel peut être bénéfique pour une organisation. De plus, il précise que la volonté de retenir son personnel a un coût qui, parfois, peut excéder le coût direct dû au taux de roulement. Ainsi, il existerait un taux de roulement optimum qui minimiserait la somme des dépenses pour retenir le personnel et celle pour engager de nouveaux professionnels.

Plusieurs courants ont analysé les causes des taux de roulement dans les organisations. En effet, les économistes abordent la question du taux de roulement par rapport à la maximisation des intérêts financiers et psychologiques des employés (Shaw, 1998). Cela signifie que « lorsque l'échange est moins favorable aux employés qu'à l'employeur, l'employé est plus à même de quitter l'organisation dès qu'une alternative d'emploi se présente » (Tsu et al., 1997 cité par Shaw et al., 1998). De ce fait, les pratiques de gestion des ressources humaines influencent fortement la décision des employés. Il faut distinguer deux types d'éléments : la contribution attendue des employés et les récompenses offertes par l'employeur aux employés (Tsui et al., 1997 cité par Shaw et al., 1998). L'augmentation des récompenses tend à retenir les employés alors que l'augmentation des attentes produit l'effet inverse. Ainsi, dans la littérature classique de gestion, on fait du salaire un facteur majeur puisqu'il est l'élément central expliquant les choix et la volonté de travailler de la part des employés. En effet, la relation entre le salaire et le taux de roulement volontaire a été abondamment étudié dans la littérature (Gupta et Jenkins, 1980; Park, 1994; Leonard, 1987; Powell, 1994; Wilson, 1991, cité par Shaw et al., 1998). Néanmoins, il existe de nombreux autres facteurs et attentes psychologiques chez les employés qui peuvent expliquer le roulement et la décision de quitter volontairement une organisation. Les organisations de santé embauchent des individus présentant des profils différents. De nombreux employés ont choisi le milieu de la santé par vocation professionnelle. D'ailleurs, les études concernant le phénomène de roulement de personnel dans les établissements de soins montrent que le salaire n'est pas un facteur déterminant.

## *A.2 Les déterminants du taux de roulement*

### ➤ Maintien de valeurs

Dans les parties précédentes, nous avons montré que le roulement du personnel était principalement déterminé par la congruence et la concordance des valeurs, la satisfaction au travail et l'intention de quitter son emploi et le climat organisationnel. Nous pouvons ajouter qu'une revue systématique récente de Coomber et Barriball (2007) vient renforcer ces évidences. En effet, ils corroborent ces résultats puisqu'ils démontrent que l'intention de quitter est le résultat de variables affectives, principalement la satisfaction au travail.

## *A.3 Les conséquences du roulement du personnel*

Le roulement du personnel a principalement un impact sur la dimension production et, plus particulièrement, sur la productivité et la qualité des soins.

Wagner et al. (1984) avancent que le taux de roulement influencerait de multiples dimensions de la performance des organisations. Knapp et Missiakoulis (1983) ainsi que Staw et al. (1980) et Castle et Engberg (2005), affirment que le taux de roulement des infirmières influence la qualité des soins par rapport à au moins six mécanismes. En effet, le taux de roulement interfère dans la continuité et la coordination des soins, augmente le nombre de travailleurs inexpérimentés, abaisse les standards de soins, entraîne des désordres psychologiques pour certains résidents, augmente la charge de travail pour le personnel restant et absorbe une manne financière importante. Ces affirmations sont corroborées par la revue de la littérature de l'INSERM (2005). Celle-ci démontre que le taux de roulement a un impact négatif sur la productivité et la qualité de soins.

De surcroît, le taux de roulement représente un coût indirect pour l'organisation, car la venue d'un nouvel employé baisse la productivité initiale et agit sur le moral du groupe (Hayes et al., 2006). Jones (2005, cité par Unruh, 2008) avance que le coût global de remplacement d'une infirmière licenciée oscille entre 62 100 \$ et 67 100 \$ (en dollars américains pour l'année 2002). Comparativement, Strachota et al. (2003, cité par Hayes et al., 2006) avancent que le coût de remplacement d'une infirmière médicale ou chirurgicale est d'environ 40 000 \$ alors que cela coûtait 64 000 \$ pour une infirmière spécialisée. Ce coût est encore plus élevé pour les médecins, car il est estimé entre 150 000 \$ et 300 000 \$ dollars US dépendamment du délai de recrutement (Shi, 2006, cité par Wallace et al., 2009).

Concernant la qualité de soins, selon Burnfield et O'Connor (1992), « les services présentant un turnover élevé sont également ceux où les protocoles sont les moins bien respectés. Il a été aussi démontré que le turnover engendrait un moindre bien-être psychologique ». Zimmerman et al. (2002) affirment que le taux de roulement des infirmières était significativement relié à deux événements. En effet, en proportion de chaque perte d'une infirmière, il y a un risque d'augmentation des infections de 30 % et des hospitalisations de plus de 80 %. De plus, Castle & Engberg (2005) ont démontré, dans leur étude, qu'il existait une relation négative entre le taux de roulement et six indicateurs de mesure de la qualité des soins. Une augmentation de celle-ci de 0 à 20 % serait associée à une augmentation du nombre de patients traités avec des médicaments psycho-actifs. Une augmentation de 21 % à 51 % serait associée aux patients sondés, présentant des contractures et des escarres. Une augmentation de 50 % serait associée à plus de sondes posées, plus de contractures et d'escarres. Cette étude confirme l'hypothèse d'une relation non linéaire entre le roulement du personnel et la qualité des soins. En effet, la relation négative entre le taux de roulement et la

qualité serait effective en-dessous de 50 % de roulement. L'une des explications serait qu'au-delà de 50 % de roulement du personnel, la non dégradation des soins serait due à la formation initiale des infirmières qui permettrait le maintien d'un minimum de qualité dans la prise en charge.

Ainsi, on constate que le taux de roulement a un impact majeur sur plusieurs dimensions de la production, plus particulièrement sur la qualité technique des soins (justesse et sécurité) et sur la productivité.

## B Les taux d'absentéisme

### *B.1 Nature et propriété du taux d'absentéisme*

Martocchio et Harrison (1993, cité par McGillis-Hall, 2005) définissent l'absentéisme comme l'absence de présence physique dans une position à un moment donné alors que l'on prévoyait sa présence. Chelius (1981, cité par McGillis, 2005), appréhende la notion d'absentéisme comme relative à un comportement de défection ou de désengagement vis-à-vis de l'organisation très proche de celle du roulement. Cet auteur explique, dans la perspective de la théorie économique, la prépondérance du rôle de l'insatisfaction pour expliquer l'absentéisme. En effet, l'absence serait relative à un calcul de la part des individus touchant à l'utilité d'un travail reflétant le choix entre deux alternatives : le salaire ou le temps libre. Il existerait deux types d'absentéismes : l'absentéisme innocent et l'absentéisme coupable. Cependant, il n'est pas aisé de les différencier, car les professionnels de la santé reçoivent une compensation uniquement s'ils se déclarent malades (Davey et al., 2009). Ainsi, toutes les absences sont virtuellement classées comme des jours maladies. Par ailleurs, Davey et al.

(2009) argumentent que l'utilisation de mesure de fréquence d'absentéisme pourrait représenter une bonne alternative afin d'estimer la proportion d'absence coupable. Dans ce cas, toutes les absences seraient étudiées en fonction de la fréquence et de la durée de celles-ci. Une plus grande fréquence pourrait être interprétée comme signe de plus d'absences volontaires, alors que des durées d'absence longue marqueraient des absences involontaires (Davey et al., 2009).

Il faut ajouter à la distinction effectuée entre absentéisme coupable ou innocent, l'absentéisme de courte ou de longue durée (certifié). Au Québec, l'absentéisme de courte durée est compris entre 3 et 5 jours et ne nécessite pas de certificat, alors que l'absentéisme de longue durée excède les 3 jours et nécessite un certificat (Bourdonnais et al., 2001). Cependant, il semblerait que les absences dans une organisation soient en partie contrôlables. En effet, 50 % des absences pourraient être prévenues (John, 1985 cité par McGillis-Hall, 2005). Ainsi, il est probablement plus avantageux pour une organisation d'investir dans des interventions visant la réduction de l'absentéisme.

On trouve dans la littérature deux grands courants d'analyse de l'absentéisme (Goldberg & Waldman, 2000). Le premier appréhende l'absentéisme dans la perspective d'une réponse à une attitude (la satisfaction). Le second conçoit l'absentéisme comme relatif aux caractéristiques des individus (statut marital, enfant, santé, fonction) et de l'organisation (rôle, permissivité, salaire, caractéristique du travail) (Farrell, 1988 ; Hackett et Guion, 1985 ; Sector, 1986 cité par Goldberg & Waldman, 2000).

Néanmoins, la distinction entre l'absentéisme volontaire et involontaire tend à appréhender les déterminants de façons différentes. En effet, l'absentéisme pour maladie ou

blessure sera probablement relié aux caractéristiques organisationnelles, à la sécurité au travail alors que l'absentéisme volontaire pourrait avoir comme déterminant la satisfaction.

### *B.2 Déterminants du taux d'absentéisme*

#### ➤ Maintien des valeurs

Nous avons mis en évidence dans les parties précédentes le lien entre l'environnement de travail, plus précisément le soutien organisationnel, le temps de travail et la régularité à l'emploi et l'absentéisme. D'ailleurs, Zboril-Bensen (2002) corrobore ces affirmations puisque l'absentéisme est associé à des périodes de travail plus longues ainsi qu'avec le statut d'emploi précaire

Notre revue de la littérature a permis de dégager un autre déterminant majeur de l'absentéisme, la satisfaction au travail. En effet, Hackett (1989) a réalisé une méta-analyse qui lui a permis de conclure à l'existence d'une forte association entre les attitudes et l'absence. Parmi les mesures de l'attitude, la satisfaction au travail était associée avec la fréquence des absences ( $p=-0,21$ ) et avec la durée de l'absence ( $p=-0,23$ ). Son étude a permis également de mettre en avant le fait que le sexe des répondants était un modérateur. Brooke et Price (1989) ont également exploré le lien entre la satisfaction et l'absentéisme dans leur étude descriptive sur 425 employés à plein temps. Selon eux, l'ambiguïté de rôle, le salaire et la centralisation comptaient pour 21 % dans la variance de l'absentéisme.

L'absence est vue de façon classique comme une réponse visant à réduire la douleur de la part du travailleur par rapport à son expérience de travail. Ainsi, les employés déclarant un plus haut taux de satisfaction ont une moins grande tendance à être absents. De façon plus



spécifique au domaine de la santé, une étude non expérimentale sur un échantillon aléatoire de 2000 infirmières de Saskatchewan, a montré que l'absentéisme était associé avec une faible satisfaction au travail, (Zboril-Bensen, 2002). Finalement, Davey et al. (2009) concluent que la satisfaction au travail serait le déterminant principal de l'absentéisme.

Enfin, il semblerait que l'état de santé des employés soit un fort déterminant de l'absentéisme. L'état de santé a un impact direct sur les absences involontaires.

Eckberg (1996, cité par McGillis-Hall, 2005) a trouvé que les absences de longues durées étaient plus fréquentes lorsque le personnel percevait une charge psychologique et physique plus importante dans leur travail. En effet, les douleurs et les blessures musculo-squelettiques sont la source principale des invalidités professionnelles chez les infirmières. De plus, la profession infirmière est la plus soumise à ce type de blessures en comparaison aux autres groupes professionnels (Choi, 1996, cité par McGillis-Hall, 2005).

#### ➤ Facteurs exogènes

Il existe des facteurs que l'on qualifie d'exogènes influençant l'absentéisme. Le facteur le plus récurrent renvoie à l'existence d'une « culture de l'absentéisme » ou d'une certaine permissivité envers ce type de comportement. Une culture de l'absence dans une unité de soins détermine les normes et le degré implicite d'acceptation de l'absence dans une unité (Davey, 2009). Il existe une association significative entre la perception concernant les « normes d'absences » (relative à la perception de l'individu sur le taux d'absentéisme dans l'unité de soins), le niveau d'absence individuelle et l'absence au niveau du groupe (Gellatly 1995, 1998, cité par Davey et al., 2009).

### *B.3 Conséquence du taux d'absentéisme*

L'absentéisme détourne les ressources financières des soins et entraîne des difficultés pour les hôpitaux de rejoindre la demande de soins (McGillis-Hall, 2005). Il apparaîtrait également que l'absentéisme ait un impact négatif sur la productivité. En effet, l'absence des travailleurs ou le coût de leur remplacement représente une perte de productivité. Une étude menée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2005, cité par Davey et al., 2009) montre que les infirmières sont, en moyenne, 1,5 fois plus enclin à être absentes que les autres professions. La moyenne des jours de travail perdus oscille entre 12 et 15. De plus, il précise que le coût de remplacement de 50 infirmières absentes six fois dans une année coûterait 200 000 \$ à un hôpital

L'absentéisme a, également, un effet négatif sur la continuité des soins (Bauman et al., 2001). Taunton (1994, cité par McGillis-Hall, 2005) a démontré que le taux de complications était relié à l'augmentation de l'absentéisme. Il a avancé l'hypothèse que ce phénomène serait dû à une perte de continuité et à un remplacement des infirmières par du personnel moins bien formé.

### C Synthèse

Notre revue de littérature sur le roulement du personnel a montré qu'il existait une convergence d'études permettant de déclarer que le taux de roulement du personnel dans un établissement de santé est principalement déterminé par (tableau 18 et figure 21) :

- La congruence des valeurs, puisque trois revues de la littérature, une étude descriptive et une méta-analyse ont démontré cette relation.

- La satisfaction au travail. Ce lien a été démontré par trois revues systématiques, une étude descriptive et une méta-analyse.
- Le climat organisationnel où une étude méta-analyse et trois études descriptives ont statistiquement démontré l'association.
- Dans une moindre mesure, il semblerait que la disponibilité des ressources affecte également le roulement du personnel.

Concernant, l'absentéisme, il existe suffisamment d'évidences pour déclarer qu'il est en grande partie déterminé par :

- Le temps de travail puisque trois études descriptives en attestent.
- La régularité du lien à l'emploi puisque deux études descriptives et une étude longitudinale ont démontré cette relation.
- La satisfaction au travail dont le lien est prouvé par trois méta-analyses, trois études systématiques et trois études descriptives.

Finalement, on trouve également de nombreuses évidences scientifiques concernant les liens entre le roulement du personnel et la productivité, la qualité des soins et la sécurité des soins. L'absentéisme semble également influencer la productivité des établissements de soins.

Figure 21 Représentation des déterminants et des conséquences des réactions comportementales

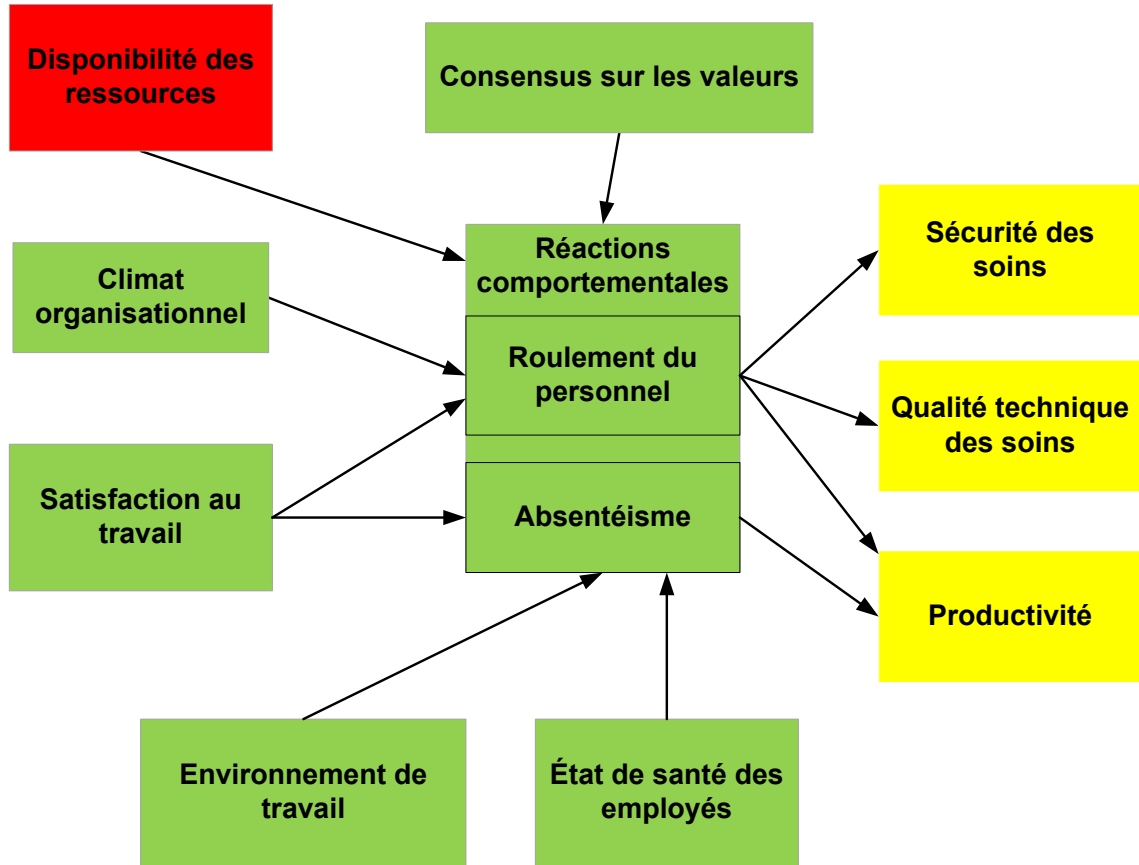


Tableau 18 Déterminants des réactions comportementales sur les autres dimensions du modèle EGIPSS

<b>Sous-dimensions analysées</b>	<b>Déterminants</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Type d'étude</b>	<b>Conséquences selon le modèle EGIPSS</b>
<b>Roulement du personnel</b>	Quantité de personnel	<i>Blegen et al 2007</i> <i>Price &amp; Muller 1981</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Adaptation-Disponibilité des ressources</b>
	Congruence des valeurs	<i>Kristof 1996</i> <i>Kristof Brown et al 2005</i> <i>Meglino et al 1998</i> <i>Verquer et al 2003</i> <i>Vandernerghe 1999</i>	<i>Revue de la littérature</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Consensus sur les valeurs</b>
	Satisfaction au travail (Intention de quitter)	<i>Lu 2004</i> <i>Hayes et al 2006</i> <i>Blegen 1993</i> <i>Irvine et Evans 1995</i> <i>Coomber &amp; Burriball 2007</i>	<i>Revue systématique</i> <i>Revue systématique</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i>	<b>Satisfaction au travail</b>
	Climat organisationnel	<i>Reicher &amp; Schneider 1990</i> <i>Parker 2003</i> <i>Stone et al 2006</i> <i>Patterson et al 2005</i> <i>Hemingway &amp; Smith 1999</i>	<i>Opinion d'expert</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Climat organisationnel</b>
	Régularité du lien à l'emploi	<i>Vahtera et al 1997</i>	<i>Étude descriptive</i>	<b>Environnement de travail</b>

<b>Absentéisme</b>		<i>Bourdonnais et al 1998</i> <i>Cameron et al 1994</i> <i>Zboril-Bensen 2002</i>	<i>Étude longitudinale</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	
	Temps de travail	<i>McGillis-Hall, 2005</i> <i>Bauman et al 2001</i> <i>Zboril-Bensen 2002</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Environnement de travail</b>
	Soutien organisationnel	<i>Kuoppala et al 2008</i>	<i>Méta-analyse</i>	<b>Environnement de travail</b>
	Satisfaction au travail	<i>Tett &amp; Meyer 1993</i> <i>Lu 2005</i> <i>Hayes et al 2006</i> <i>Blegen 1993</i> <i>Irvine et Evans 1995</i> <i>Hackett 1989</i> <i>Brooke &amp; Price 1989</i> <i>Zboril-Bensen 2002</i> <i>Davey 2009</i>	<i>Méta-analyse</i> <i>Revue systématique</i> <i>Revue systématique</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i>	<b>Satisfaction au travail</b>
	Tension et blessures au travail	<i>Eckerg 1996 cité par McGillis-Hall 2005</i> <i>Choi 1996, cité par McGillis-Hall 2005</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>État de santé des employés</b>

Tableau 19 Conséquences des réactions comportementales sur les autres sous-dimensions du modèle EGIPSS

Sous-dimensions analysées	Conséquences	Auteurs	Type d'étude	Conséquences selon le modèle EGIPSS
<b>Roulement du personnel</b>	Qualité des soins	<i>Knapp et Missiakoulis 1983</i> <i>Staw et al 1980</i> <i>Castle 2005</i> <i>Insrem 2005</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue de la littérature</i>	<b>Qualité technique des soins</b>
	Respect des protocoles de prise en charge	<i>Burnfeind &amp; O'Connor 1992</i>	<i>Opinion d'expert</i>	
	Événements indésirables	<i>Zimmerman 2002</i> <i>Castle &amp; Engberg 2005</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Sécurité des soins</b>
	Productivité	<i>Insrem 2005</i> <i>Hayes 2006</i> <i>Jones 2005 cité par Unruh 2008</i>	<i>Revue de la littérature</i> <i>Revue de la littérature</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Productivité</b>
<b>Absentéisme</b>	Productivité	<i>McGillis-Hall 2005</i> <i>Davey et al 2009</i>	<i>Revue de la littérature</i> <i>Revue systématique</i>	<b>Productivité</b>
	Continuité des soins	<i>Bauman et al 2001</i> <i>Taunton 1994 cité par McGillis-Hall 2005</i>	<i>Opinion d'expert</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Continuité des soins</b>

## V L'ÉTAT DE SANTÉ DES EMPLOYÉS

### A Nature et propriété de l'état de santé des employés

Cette sous-dimension permet d'appréhender le niveau de santé physique et mentale des employés d'une organisation. Il est, au même titre que les réactions comportementales, fortement déterminé par l'ensemble des autres dimensions du *maintien des valeurs*. En effet, on peut considérer cette sous-dimension comme le résultat final des nombreux processus cognitifs et comportementaux à l'œuvre dans la dynamique interne d'une organisation.

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne comprend pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1998). De nombreux auteurs s'accordent pour affirmer que la santé des employés est un élément clé de la « santé » et de la performance des organisations (Wallace et al., 2009). Arnetz (2005, cité par Wallace et al., 2009) avance même que la mesure et l'amélioration de la santé des médecins devraient recevoir la même priorité que celle accordée aux soins et à la viabilité financière.

Cependant, on trouve rarement, lorsque l'on s'intéresse à la performance des établissements de santé, des données concernant l'état de santé des professionnels, alors que la prévalence des blessures physiques et des problèmes de santé mentale est importante. Selon, la classification industrielle nord-américaine (NAIC) et la classification des standards industriels (SIC), l'industrie de la santé est l'une des plus dangereuses (Charney & Schirmer, 2007). Le bureau statistique du travail en 2002 montre que le taux de blessures et de maladies était de 8,8 pour 100 pour les employés à temps plein dans les hôpitaux et de 13.5 pour les



infirmières (Charney & Schirmer, 2007). En comparaison, le chiffre était de 7,9 dans l'industrie de la construction.

Ainsi, les métiers de soins sont parmi les plus dangereux aux États-Unis (Castle et al., 2009). En outre, les professionnels de la santé souffrent d'une plus forte prévalence (18,8 %) de problèmes issus du travail que les autres catégories de travailleurs (Collins et al., 2004, cité par Castle et al., 2009). Cela représente, internationalement, le plus haut taux de blessures musculo-squelettiques (O'Brien-Pallas et al., 2004).

Deckard (1994), dans son étude sur 342 médecins, a montré que la majorité des médecins présente des signes de *burnout*. En outre, 58 % des médecins rapportaient, à partir du questionnaire, un fort épuisement professionnel et 35 % une forte dépersonnalisation. Néanmoins, ces résultats ne sont pas homogènes entre les spécialités. Les psychiatres sont ceux qui présentent le plus faible résultat d'épuisement émotionnel (40 %) alors que les gynécologues et les pédiatres en présentent le plus haut (environ 60 %). L'étude de Wallace et al. (2009) corrobore ces résultats puisque 25 % à 60 % des médecins expérimenteraient un burnout. En effet, il semblerait, selon plusieurs études, que le taux de suicide soit six fois plus élevé chez les médecins que dans le reste de la population. De même la prévalence des maladies cardiovasculaires est supérieure au reste de la population (Wallace et al., 2009).

Comme nous l'avons déjà montré dans la section sur les organisations saines, il existe dans la littérature plusieurs courants qui ont tenté d'expliquer ce phénomène. De nombreuses études traitent la question de la santé au niveau individuel au lieu de s'intéresser à la santé des employés au niveau organisationnel.

## B Déterminants de l'état de santé des employés

Comment le contexte professionnel influence-t-il la santé des travailleurs ? Cette question est centrale pourtant « les effets du travail sur la santé demeurent largement méconnus » (Crespin, 2008 : 253, cité par Lhuillier, 2010). La connaissance du lien entre travail et santé, ainsi que les implications physiques et psychologiques restent ambiguës et aux contours flous, du fait « de liens multifactoriels, résistants à l'attribution causale univoque, en interactions avec la vie hors travail, aux effets souvent différés dans le temps » (Lhuillier, 2010 : 32). L'imputation causale semble être au cœur des travaux contemporains visant à conceptualiser et à analyser la santé au travail. Les études longitudinales restent la méthode la plus satisfaisante pour reconstruire les trajectoires professionnelles et identifier les facteurs de risque auxquels ont été soumis les travailleurs. En outre, « l'investigation épidémiologique et la recherche de l'imputabilité du travail en matière de trouble de santé sont sans doute aussi rendues plus difficiles aujourd'hui par les conséquences de l'intensification des exigences productives et la diversification des conditions d'emploi et des temps de travail » (Askenazy, 2006, cité par Lhuillier, 2010 : 34). De plus il existe une certaine opacité entourant les maladies professionnelles. En effet, le malade au travail apparaît comme une anomalie (Dodier, 1986) allant à l'encontre des exigences de performance et d'efficience.

Les préoccupations entourant la santé des travailleurs dans le milieu restent assez récentes. Les représentations du lien entre travail et santé ont d'ailleurs évolué, tout comme l'identification des maladies professionnelles au point où les sociologues traitent la notion de santé au travail comme un construit social, plus qu'un fait. Selon eux, cette construction sociale dessine les frontières de ce que représente la santé au travail, de ce qui est connu,

reconnu et méconnu (Lhuillier, 2010). De plus l'évolution du monde du travail tend à créer de nouvelles psychopathologies. Celles-ci dépassent le cadre de la tâche et des représentations classiques du risque professionnel. En effet, le climat organisationnel, l'ambiance au travail, les perceptions agissent sur l'état de bien-être des employés. Il y a donc au-delà d'éléments objectifs, tels que de taux d'incidence basés sur des diagnostics médicaux, une santé « subjective » découlant des perceptions individuelles, des expériences singulières et d'une construction collective de la santé et du risque au travail (Lhuillier, 2010). En fait, ceci peut signifier que l'augmentation des problèmes de stress, de dépression, de fatigue émotionnelle inclut une construction subjective de ce phénomène dépassant les approches objectivistes classiques basées sur la tâche ou les risques physiques au travail. La part des perceptions individuelles et de la construction collective joue un rôle majeur.

La compréhension du travail et de son rapport avec la santé doit dépasser le seul environnement objectif et la tâche, afin de mettre en lumière le lien subjectif reliant le travail et la santé. Il faut de ce fait aller au-delà du travail prescrit pour comprendre ce lien (Lhuillier, 2010). En effet, « le réel de l'activité, c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir. L'activité possède donc un volume qui déborde l'activité réalisée » (Clot, 2001 : 14, cité par Lhuillier, 2010). Cette citation rejoint les résultats d'études qualitatives dans lesquelles les professionnels de soins font part de leur frustration face à l'augmentation des cadences de travail ne leur permettant pas d'exercer leur métier comme ils le souhaiteraient, en accordant plus d'attention aux patients. D'ailleurs une des sources d'insatisfaction découle directement de la perception de la qualité des soins offerts aux patients. Elle permet l'évaluation individuelle des soins que l'on estime devoir fournir par rapport à ceux qui sont factuellement prodigués du fait des contraintes de temps et de volume

de production. On comprend donc qu'il n'est pas aisé de reconstruire l'ensemble des causes expliquant la santé au travail. Néanmoins nous avons tenté de présenter les aspects les plus importants mentionnés dans la littérature. Nous avons, d'ailleurs différencié les déterminants qui affectent la santé physique des professionnels de la santé, des déterminants qui agissent sur la santé mentale.

### *B.1 Déterminants de l'état de santé physique des employés*

Les déterminants des blessures au travail sont multicausaux. En effet il semble que plusieurs facteurs interagissent dans le processus qui mène à l'accident et l'apparition de blessures musculo-squelettiques. Ces facteurs sont organisationnels (le type de tâche, l'organisation du travail, le manque de personnel), environnementaux (caractéristiques de l'environnement de travail, ergonomie), individuels (traits de personnalité et comportement des infirmières) et enfin relatifs aux patients (niveau de coopération du patient, présence de handicap physique ou mental) (Engkvist et al., 1998).

#### ➤ Le maintien des valeurs

Plusieurs facteurs, à différents niveaux expliquent les blessures au dos. Il existe des facteurs individuels tels que l'âge et les antécédents de douleurs (O'Brien-Pallas et al., 2004), mais aussi des facteurs organisationnels tels que le nombre d'employés (Shindul-Rothschild et al., 1996, Evanoff et al., 2003), ainsi que la disponibilité de matériel comme des lève-personnes (Shindul-Rothschild, 1996; Engkvist et al., 1998; Evanoff et al., 2003). En effet, la majorité de ces blessures se produit lorsque les professionnels de la santé doivent bouger ou transférer des patients (Charney & Schirmer, 2007). Plus précisément, Engkvist et al. (1998)

dans une étude basée sur des entretiens auprès d'infirmières ayant subi une blessure dans les trois derniers mois ont conclu que sur 130 infirmières participant à l'étude, 125 s'étaient blessées durant leur interaction avec un patient. En effectuant une analyse de grappe, ils ont réussi à isoler les facteurs qui ont contribué aux blessures. Les blessures arrivaient le plus fréquemment lors du transfert des patients lorsqu'un patient perdait soudainement son équilibre forçant l'infirmière à faire un mouvement brusque. De plus, il a mis en lumière que les blessures arrivaient lorsque les tâches étaient faites dans des conditions non sécuritaires, soit lorsqu'il y avait un manque de personnel ou un manque d'appareil d'aide au transfert (lève-personne).

Enfin, O'Brien-Pallas et al. (2004), dans une étude transversale auprès de 8044 infirmières licenciées (RN) en Ontario, montrent que 16 % des infirmières déclarent ressentir des douleurs au dos et au cou de façon continue. De même 17 % d'entre elles déclarent ressentir tout le temps des douleurs aux épaules. Ils ont classé les 127 hôpitaux de l'étude en deux groupes : les hôpitaux (56 hôpitaux) présentant un faible taux (2,59 pour 100 équivalents temps plein) et les hôpitaux avec un score élevé (71) présentant un score supérieur à 2,59 pour 100 équivalents temps plein. Ils ont conclu que deux variables étaient des déterminants des blessures au travail entraînant de l'absentéisme. En effet, la probabilité d'avoir un taux élevé de temps de travail perdu s'accroît de 70 % pour chaque augmentation de quartile dans le pourcentage d'infirmières déclarant plus d'une heure de travail supplémentaire par mois. De même la probabilité d'avoir un taux élevé de temps de travail perdu pour des problèmes musculo-squelettiques décroît de 64 % dans chaque unité de soins déclarant une amélioration dans le score final de l'hôpital de la qualité de la relation entre les infirmiers et les médecins.

Ainsi, on constate que les blessures physiques au travail sont en grande partie déterminées par l'environnement de travail et plus précisément l'adéquation du personnel à la charge de travail, le temps de travail et la disponibilité du personnel.

### *B.2 Déterminants de l'état de santé psychologique des employés*

Dans les sections précédentes, nous avons montré que la santé mentale des employés était fortement reliée à la régularité du lien à l'emploi, la dotation du personnel, le temps de travail, le soutien organisationnel, le climat organisationnel et la satisfaction au travail.

L'étude de Duquette et al. (1994) confirme ces relations. Ils se sont attachés à dégager l'ensemble des déterminants du burnout chez les infirmières. Dans leur revue de la littérature, ils classent ces déterminants en trois catégories : les facteurs organisationnels, les facteurs sociodémographiques et les déterminants intermédiaires. Concernant les facteurs organisationnels, l'ensemble des études examinées (six) montre que la charge de travail, le bruit et l'ambiguïté de rôle, favorisent le burnout. Pour les facteurs sociodémographiques, il semblerait, suite à l'examen de quatre études, que l'âge soit le facteur majeur contribuant au burnout des infirmières. Plus celles-ci sont jeunes plus le risque et le nombre de burnout s'accroissent. Enfin, Duquette et al. (1994) analysent le soutien organisationnel comme un élément intermédiaire. Ils décomposent la notion de soutien en soutien provenant des collègues et des superviseurs. Il semblerait que dans les huit études analysées, la perception d'un soutien aussi bien des collègues que des superviseurs soit un facteur protégeant les infirmières du burnout. Landsbergis (1988), en se référant au modèle de Karasek & Theorell (1990), démontre une association significative entre la latitude dans les prises de décision, la dépression, les problèmes de sommeil et les burnout. En effet, la combinaison d'une forte

charge de travail et une faible latitude est associée à l'épuisement émotionnel. Il semblerait donc que le burnout soit la conséquence psychologique la plus importante associée au travail. Le burnout est une forme exacerbée de stress qui a plusieurs origines. La première dérive des caractéristiques du travail et du rôle. En effet, les conflits de rôles, l'ambiguïté de ceux-ci ainsi que la surcharge de travail sont associés au burnout à divers degrés (Cordes, 1993). Maslach (1988, cité par Cordes, 1993) a montré que par un groupe d'infirmières travaillant dans une institution psychiatrique, la qualité des relations avec les superviseurs et les autres professionnels (plaisantes ou désagréables) était positivement corrélée avec l'épuisement professionnel.

Le second antécédent réfère aux caractéristiques organisationnelles mesurées par le contexte et le climat de travail (Cordes, 1993). Enfin, le troisième élément renvoie aux caractéristiques individuelles. Ce facteur peut expliquer pourquoi dans la même situation, certains travailleurs souffrent de burnout alors que d'autres non (Cordes, 1993).

Les études mentionnées concernaient principalement les infirmières, pourtant on trouve des articles et des revues de la littérature qui traitent de l'état de santé des médecins. Michie et Williams (2003), dans leur revue systématique des facteurs reliés à la santé psychologique, ont synthétisé plusieurs conclusions sur les déterminants de l'état de santé des médecins en Angleterre. En effet, les maladies psychologiques chez les médecins sont dues à de longues heures de travail et une forte charge de travail ainsi qu'une forte pression (Michie & William, 2003) L'étude transversale d'Agius (1996 cité par Michie & William, 2003), portant sur 375 médecins, a mis en relation la demande de travail et l'épuisement émotionnel. Cette

relation a également été démontrée par Deary (1996, cité par Michie & William, 2003) et Sutherland (1993 cité par Michie & William, 2003).

Michie et Williams (2003) présentent dans leur revue de la littérature d'autres variables associées à la détresse psychologique et l'épuisement émotionnel. En effet, il y aurait une association entre la détresse psychologique des médecins et le soutien des autres professionnels (Marshall 1992; Pisarski, 1998), le climat organisationnel et l'ambiguïté des rôles (Revicki, 1989, cité par Michie & William 2003). Enfin Revicki (1989, cité par Michie & William, 2003) a montré dans son étude sur 232 médecins que le climat organisationnel et le comportement des superviseurs avaient un impact sur la dépression.

Il semblerait donc qu'exactement les mêmes facteurs influencent la santé mentale des médecins et des infirmières.

### C Conséquences de l'état de santé des employés

La plupart des études analysent principalement les conséquences de l'état de santé mentale des employés. Cette section présente donc l'impact de l'état de santé mentale des employés sur les autres dimensions et sous-dimensions de la performance.

#### ➤ Le maintien des valeurs

Le burnout des professionnels de la santé a de nombreuses répercussions, à la fois sur le comportement des professionnels et sur la performance des organisations. En effet, le burnout est associé avec une série de résultats négatifs de santé dont la détresse psychologique, l'abus de drogue et d'alcool (Duquette et al., 1994). Pour les organisations,



cela peut entraîner une augmentation de l'absentéisme et du taux de roulement (Lake, 1998, cité par Vahey, 2004; Jackson et Maslach, 1982; Leiter et Maslach, 1988; Shirom, 1989, cité par Cordes, 1993). De multiples études sur les médecins corroborent ces résultats, où le stress au travail ainsi que le burnout seraient reliés à une augmentation du taux de roulement des médecins (Williams, 2003; Gardiner, 2005; Grunfeld, 2000, cité par Wallace et al., 2009).

Concernant les médecins, le burnout entraîne une diminution de la satisfaction au travail et représente un élément central menant à la dépression (Shanafelt et al., 2003).

➤ La production

Le *burnout* a un impact à la fois sur les individus et sur l'organisation et entraîne une réduction de la productivité, de l'efficacité et des considérations humaines (Cordes, 1993; Wallace, 2009). Ceci est en grande partie dû à l'augmentation de l'absentéisme et du taux de roulement, de même qu'à l'accroissement des procédures non nécessaires et à la diminution du temps accordé aux patients (Wallace et al., 2009). De même, Firth-Cozens et Greenhalgh (1997) ont montré que l'épuisement émotionnel était un déterminant majeur de la baisse de l'humanisation des soins. Shanafelt (2005), dans une étude descriptive auprès de 165 résidents en médecine interne de la clinique Mayo, relie le degré d'empathie des résidents avec leur état de bien-être mental.

Boyd (1997, cité par Danna et Griffin, 1999) ajoute que des employés présentant un faible bien-être et une mauvaise santé seront moins productifs, prendront de moins bonnes décisions, et seront plus enclins à être absents et diminueront leur contribution à l'organisation. Concernant les attitudes, le *burnout* entraîne un affaiblissement de

l'engagement des employés envers leur travail et l'organisation, et le développement d'attitudes négatives envers ceux-ci (Cordes, 1993).

Firth-Cozens et Greenhalgh (1997), dans une étude descriptive sur 225 médecins hospitaliers et omnipraticiens, avancent que 50 % des médecins perçoivent que les syndromes de stress entraînent une diminution des standards de qualité, 40 % déclarent être irritables ou en colère. Cela entraînerait une augmentation de 7 % des erreurs sérieuses qui pourraient mener à la mort. West et al. (2006), dans une étude de cohorte longitudinale sur 219 résidents en médecine, ont démontré que les résidents qui rapportaient avoir commis des erreurs (mesure obtenue à l'aide d'un questionnaire) présentaient un plus haut niveau de burnout. En effet, on constatait dans les scores issus du questionnaire un accroissement de la dépersonnalisation (+3,23 points), un accroissement de l'épuisement émotionnel (+6,85), et une réduction de la sensation d'accomplissement personnel (-2,99). Finalement, cette étude montre que chaque augmentation d'un point dans les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation serait associée à une augmentation de 10 % dans le rapport des erreurs dans les trois mois.

Enfin, Fahrenkopf (2008), dans une étude de cohorte prospective auprès de 213 résidents en pédiatrie, a observé que les résidents présentant des syndromes de dépression étaient 6,2 fois plus sujets à faire des erreurs de médication. En effet, les résidents dépressifs commettaient 1,55 erreurs par mois contre 0,25 pour les non dépressifs.

➤ L'atteinte des buts

Vahey et al. (2004) ont conduit une étude multi centre auprès de 20 hôpitaux urbains aux États-Unis. Leur étude a montré que l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel des professionnels de la santé avaient un effet sur la satisfaction des patients après ajustement pour l'âge, le sexe, la race et l'expérience des infirmières. Cela s'expliquerait par le fait que les infirmières, plus encore que les médecins, semblent responsables pour l'activité et la prise en charge journalière des patients. En outre, les infirmières et le personnel soignant de façon générale, représentent le premier contact du patient avec le système hospitalier et offrent un soutien émotionnel aux patients et à leur famille (Leiter et al., 1998). Un tel constat est corroboré par une étude de Carey et Siebert (1993, cité par Leiter et al., 1998) sur 17 000 patients qui a révélé que les infirmières influençaient à hauteur de 45 % la perception des patients sur la qualité des soins, alors que les médecins n'y contribuaient qu'à hauteur de 2 %. Leiter et al. (1998), dans leur étude multi-site, démontrent que la proportion d'infirmières expérimentant de l'épuisement émotionnel, du détachement par rapport à son emploi influençait la satisfaction des patients vis-à-vis de leur prise en charge, pas uniquement autour de la prise en charge des soins, mais par rapport à plusieurs facettes de leur expérience dans un établissement de santé.

D Synthèse

Cette revue de la littérature a permis de dégager certaines évidences. En outre, il semblerait que la santé mentale des employés soit, principalement déterminée par quatre facteurs (Tableau 20 et figure 22) :

- L'adéquation du personnel à la charge de travail dont les composantes les plus influentes sont le temps de travail et la dotation du personnel en fonction de la charge de travail :
- Le soutien organisationnel
- Le climat organisationnel
- La satisfaction au travail.

Concernant, la santé physique des employés, celle-ci est déterminée par deux composantes de la sous-dimension environnement de travail :

- La disponibilité du matériel
- Le temps de travail

L'état de santé des patients influence surtout des sous-dimensions composant la fonction production. Les résultats des études que nous avons présentés mettent de l'avant une influence très importante de l'état de santé des employés sur :

- L'humanisme des soins
- La productivité
- La sécurité des soins
- La satisfaction des usagers

Figure 22 Représentation des déterminants et des conséquences des réactions comportementales

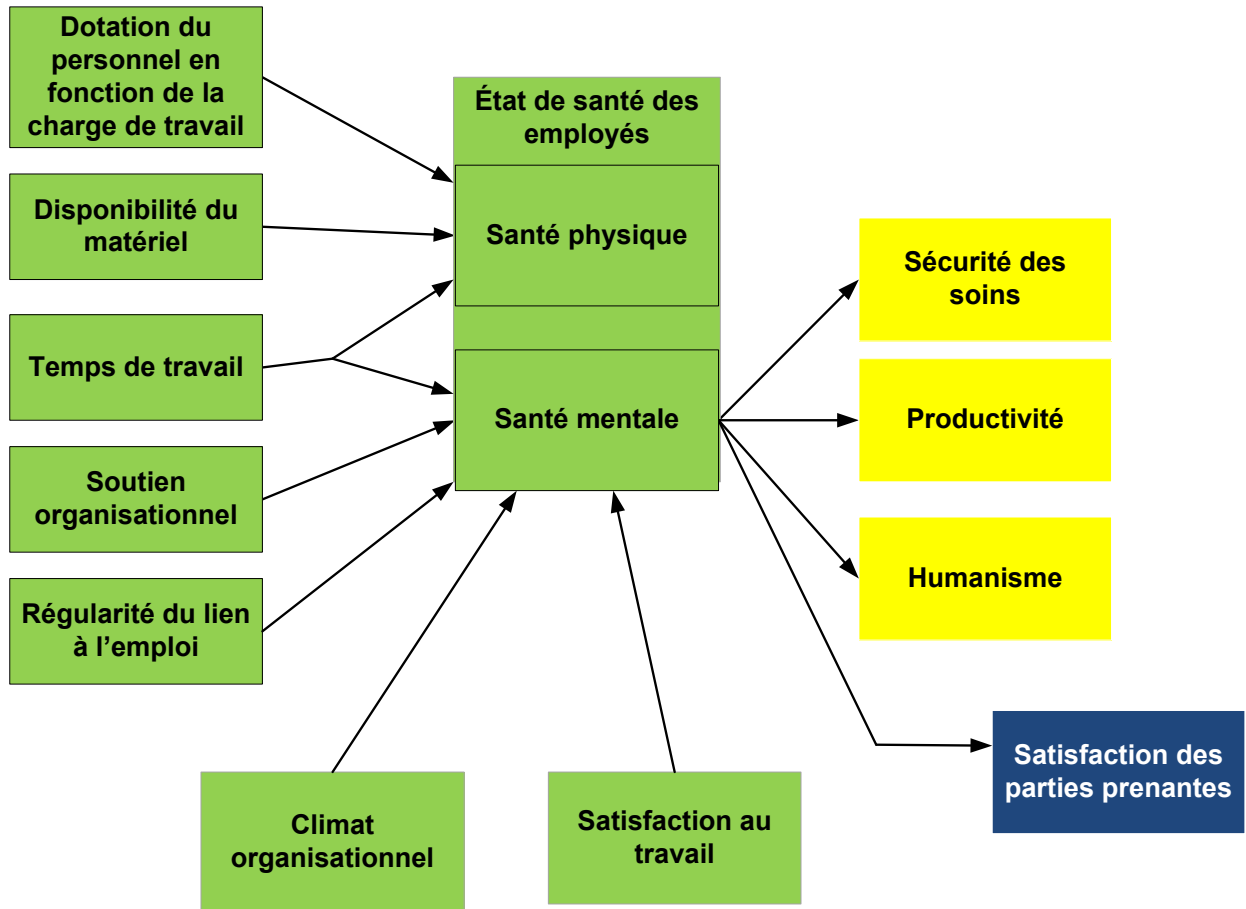


Tableau 20 Déterminants de l'état de santé des employés sur les autres sous-dimensions du modèle EGIPSS

<b>Sous-dimensions analysées</b>	<b>Déterminants</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Type d'étude</b>	<b>Conséquences selon le modèle EGIPSS</b>
<b>Santé mentale</b>	Régularité du lien à l'emploi	<i>Spark et al 2001</i> <i>Blythe, et al 2001</i> <i>Cameron 1994</i>	<i>Opinion d'expert</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Environnement de travail</b>
	Dotation du personnel à la charge de travail	<i>Aiken et al 2002</i> <i>Rafferty et al 2007</i> <i>Duquette et al 1994</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude transversale</i> <i>Revue systématique</i>	
	Temps de travail	<i>Akerstedt 2002</i> <i>Spark 1997, Hancke 1998 cité par McGillis-Hall 2005</i> <i>Henry 2004, cité par Wallace 2009</i> <i>Michie &amp; Wallace 2003</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i>	
	Soutien organisationnel	<i>Awa et al 2010</i> <i>Kuoppala et al 2008</i> <i>Karasek 1990</i>	<i>Revue systématique</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i>	
	Climat organisationnel	<i>Stone et al al 2007</i> <i>McDavitt 2007</i> <i>Aiken et la 2002</i> <i>Duquette et al 1994</i> <i>Landsbergis 1988</i> <i>Michie &amp; Wallace, 2003</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i>	<b>Climat organisationnel</b>

	Satisfaction	<i>Tett &amp; Meyer 1993</i> <i>Lu et al 2004</i> <i>Hayes et al 2006</i> <i>Blegen 1993</i> <i>Irvine et Evans 1995</i> <i>Williams et al 2005</i> <i>Dowell 2000</i>	<i>Méta-analyse</i> <i>Revue systématique</i> <i>Revue systématique</i> <i>Méta-analyse</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Satisfaction au travail</b>
<b>Santé physique</b>	Disponibilité du matériel	<i>Bauman et al, 2001</i> <i>Charney et al, 2007</i> <i>Hart 2001 cité par Charney 2007</i> <i>Evanoff et al 2003</i> <i>Li et al 2004</i> <i>Shindul-Rothschild, 1996</i> <i>Engkvist, 1998</i>	<i>Opinion d'expert</i> <i>Opinion d'expert</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Environnement de travail</b>
	Temps de travail	<i>Akerstedt 2002</i> <i>Spark 1997, Hancke 1998 cité par McGillis-Hall 2005</i> <i>Henry 2004, cité par Wallace 2009</i> <i>O'Brien-Pallas (2004)</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	
	Dotation du personnel en fonction de la charge de travail	<i>Shindul-Rothschild, 1996</i>	<i>Étude descriptive</i>	

Tableau 21 Conséquences de l'état de santé des employés sur les autres dimensions du modèle EGIPSS

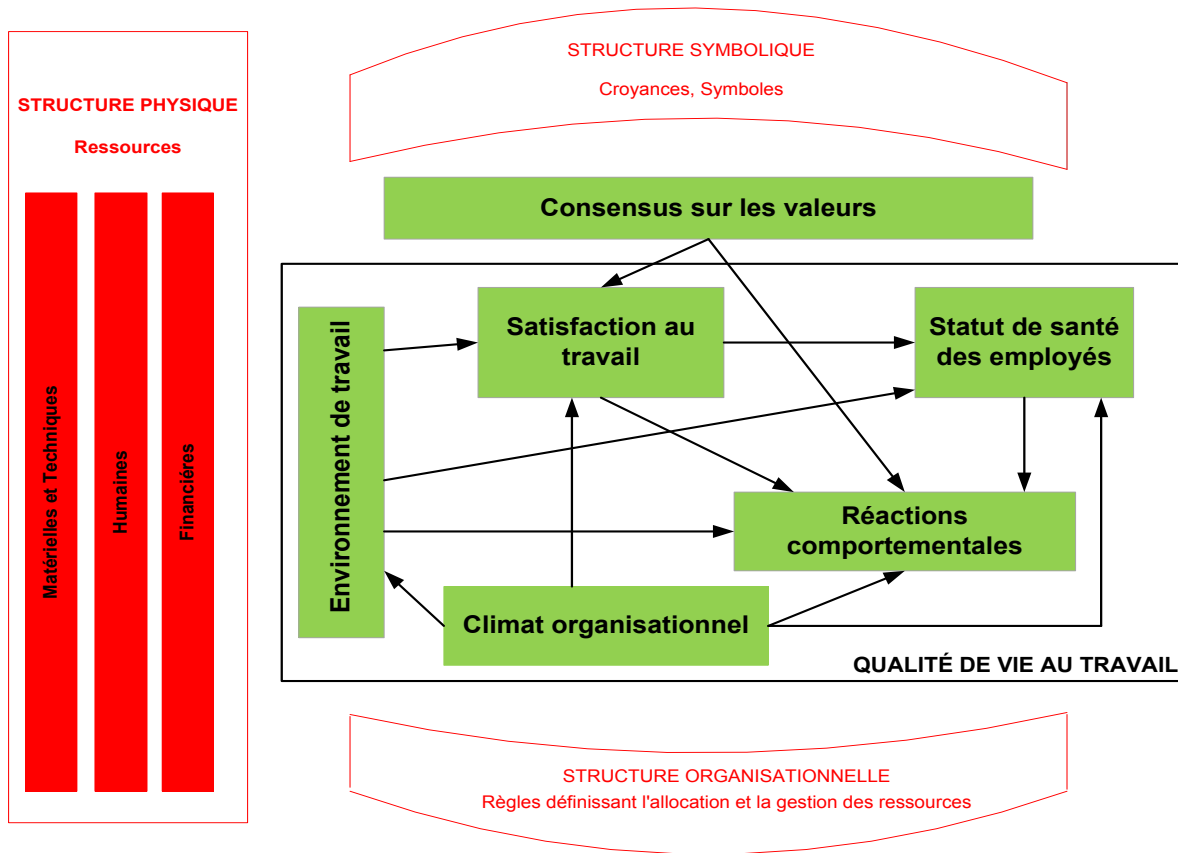
<b>Sous-dimensions analysées</b>	<b>Conséquences</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Type d'étude</b>	<b>Conséquences selon le modèle EGIPSS</b>
<b>État de santé des employés</b>	Productivité	<i>Boylde 1997, cité par Danna, 1999</i> <i>Wallace et al 2009</i>	<i>Revue systématique</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Productivité</b>
	Diminution du temps accordé au patient Empathie	<i>Firth-Cozens &amp; Greenhalgh 1997</i> <i>Wallace et al 2009</i> <i>Shanafelt et al 2005</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Humanisme</b>
	Sécurité des soins	<i>Firth-Cozens &amp; Greenhalgh 1997</i> <i>West 2006</i> <i>Fahrenkopf 2008</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude longitudinale</i> <i>Étude de cohorte</i>	<b>Qualité technique-sécurité des soins</b>
	Satisfaction des usagers	<i>Vahey et al 2004</i> <i>Leiter et al 1998</i>	<i>Étude descriptive</i> <i>Étude descriptive</i>	<b>Satisfaction des parties prenantes</b>



### **Synthèse de la 3e partie : Des relations entre les sous-dimensions du maintien des valeurs et leurs influences sur la performance**

Nous venons de présenter séparément chacune des dimensions et sous-dimensions du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*, et leurs influences. Cependant, afin de garder la perspective intégratrice et globale que cherche à véhiculer le modèle EGIPSS, nous allons représenter les composantes du modèle logique à l'intérieur d'une seule figure (figure 23). Cependant, pour des raisons de lisibilité, nous avons séparé les relations entre les sous-dimensions du modèle logique et les conséquences de cette fonction sur les autres dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS. Les relations présentées dans les deux prochaines figures regroupent uniquement les associations directes entre deux sous-dimensions et celles présentant un fort niveau d'évidence scientifique.

Figure 23 Relation entre les dimensions et les sous-dimensions de la fonction du maintien des valeurs



Deux sous-dimensions semblent fortement déterminées les autres sous-dimensions du modèle logique du *maintien des valeurs* (figure 23) :

- Le climat organisationnel influence la satisfaction au travail, l'environnement de travail, l'état de santé des employés et les réactions comportementales.
- L'environnement de travail affecte la satisfaction au travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés.

Ainsi, ces deux sous-dimensions sont celles qui ont la plus grande propension à affecter la performance des autres sous-dimensions de la fonction du *maintien des valeurs*.

La sous-dimension réactions comportementales n'influence aucune sous-dimension de la fonction *maintien des valeurs*. De même, la dimension consensus sur les valeurs a peu d'influence puisqu'elle n'affecte que les réactions comportementales et le climat organisationnel. Néanmoins, on trouve dans littérature peu d'études concernant la relation entre la concordance des valeurs interindividuelles et les autres sous-dimensions du modèle logique. De plus, théoriquement, cette dimension devrait affecter toutes les sous-dimensions relatives aux perceptions des employés.

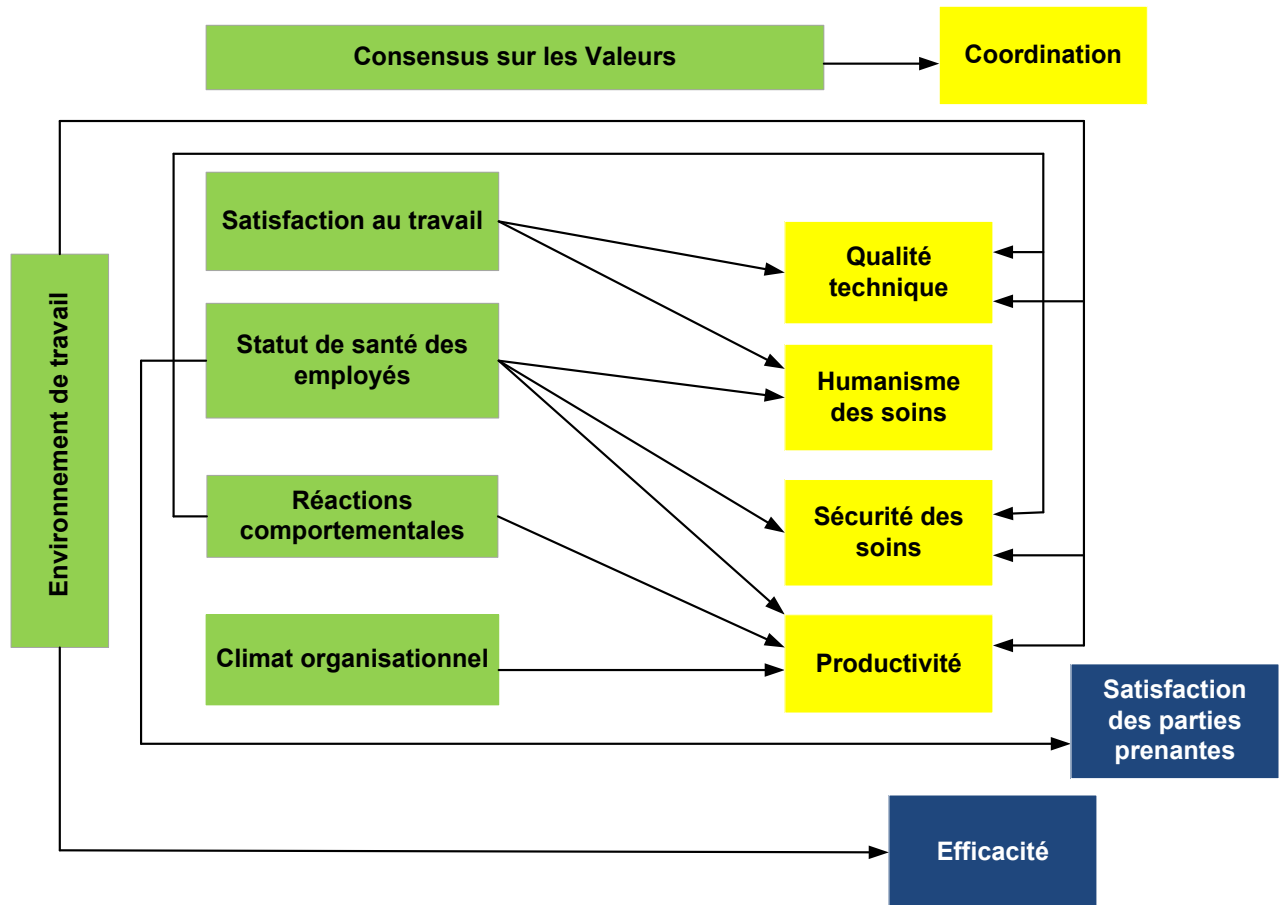
Trois sous-dimensions sont particulièrement influencées par les autres sous-dimensions du modèle logique.

- Les réactions comportementales qui sont déterminées par toutes les sous-dimensions de la qualité de vie au travail et par le consensus sur les valeurs. Il apparaît donc que le comportement des employés est dépendant à la fois des structures physiques de l'organisation et des perceptions des employés.
- L'état de santé des employés qui est affecté par la satisfaction au travail, l'environnement de travail et le climat organisationnel
- La satisfaction au travail qui est déterminée par l'environnement de travail, la satisfaction au travail et le climat organisationnel.

Enfin, la dimension du consensus sur les valeurs n'est affectée par aucune autre dimension du modèle logique, de même que le climat organisationnel. Ces deux dimensions

réfèrent directement à la culture organisationnelle et à l'univers symbolique des individus et des l'organisation, les valeurs comme fondement de ceux-ci et le climat comme artefact.

Figure 24 Influence des dimensions et sous-dimensions du maintien des valeurs sur les dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS



L'environnement de travail ainsi que le statut de santé des employés sont les deux sous-dimensions qui ont le plus d'influence sur les autres dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS. En effet, l'environnement de travail semble déterminer l'efficacité des soins, la qualité technique, la sécurité et la productivité. L'état de santé des employés affecte la

satisfaction des parties prenantes, l'humanisme des soins, la sécurité des soins et la productivité.

Le climat organisationnel et le consensus sur les valeurs sont les deux éléments du modèle logique du *maintien des valeurs* qui ont le moins d'influence sur les autres dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS, puisqu'ils n'affectent respectivement que la productivité et la coordination.

Enfin trois dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS semblent particulièrement affectées par le niveau de performance de la fonction du *maintien des valeurs* (figure 24) :

- La productivité qui est déterminée par le climat organisationnel, les réactions comportementales, l'état de santé des employés et l'environnement de travail
- La sécurité des soins qui est affectée par l'état de santé des employés, les réactions comportementales et l'environnement de travail
- La qualité technique, regroupant la justesse des soins et l'exécution compétente, est influencée par la satisfaction au travail, les réactions comportementales et l'environnement de travail.

Ainsi, la littérature nous révèle que trois éléments semblent particulièrement importants pour comprendre et analyser la performance de la fonction du *maintien des valeurs*, le climat organisationnel, le consensus sur les valeurs et l'environnement de travail. Ainsi, l'existence de perceptions communes et surtout la construction d'un sens commun sur les

situations, les activités et les objectifs de l'organisation ont une influence majeure sur la performance de cette fonction.

Par contre, on remarque que le climat organisationnel et le consensus sur les valeurs n'affectent que très peu les autres dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS, à l'inverse de l'environnement de travail et de l'état de santé des employés. Ces deux dernières sous-dimensions seraient donc les plus importantes pour comprendre l'influence de la fonction du *maintien des valeurs* sur les autres éléments du modèle EGIPSS. Il faut noter que l'environnement de travail joue un rôle central autant à l'intérieur du modèle logique qu'à l'extérieur de celui-ci.

Dans cette partie, nous avons décrit chaque dimension et sous-dimension du modèle logique ainsi que les concepts qui y sont associés. Afin d'opérationnaliser ce modèle logique, il faut pour chacun de ces éléments développés des outils de mesure. La quatrième partie de cette thèse sera consacrée à cet aspect.

**Partie IV : DES CONCEPTS AUX MÉTHODES :  
opérationnalisation du modèle logique de mesure du  
maintien des valeurs**

Cette section présente la méthodologie utilisée pour opérationnaliser le modèle logique de mesure du maintien des valeurs. Le terme méthodologie réfère à la description, l'explication et la justification des méthodes et techniques utilisées pour l'évaluation (Kaplan, 1964). Ainsi, nous allons décrire les différentes techniques et les outils de mesure que nous avons utilisés afin de recueillir les données permettant d'évaluer la performance de la fonction du maintien des valeurs. Dans de cette partie, nous aborderons les enjeux inhérents à la mesure de tout phénomène social.

L'acte de mesurer correspond à toute opération effectuée par un observateur sur le monde physique (Crocker & Algina, 1986). Cronbach (1960) décrit cette opération comme l'assignement de nombre pour représenter les propriétés d'un système. De ce fait, toute mesure doit s'appliquer aux propriétés ou aux composantes de l'objet (Torgerson, 1987).

Les deux parties précédentes de cette thèse étaient consacrées aux choix, à la description et à la justification des différentes composantes et propriétés des concepts. Les outils de mesure ont donc été développés en correspondance avec ces spécifications. Les outils doivent répondre aux règles de la science en présentant une fiabilité, une validité de contenu et de construit satisfaisantes, permettant de s'assurer de leurs qualités psychométriques (Contandriopoulos et al., 2005). Cependant, en plus de ces critères classiques, nos outils doivent répondre à d'autres exigences. Le modèle de mesure que nous avons créé a pour vocation d'être implanté dans les systèmes de santé, afin d'être utilisé de façon régulière, comme outil d'évaluation de la performance. Ainsi, ces mesures doivent également être acceptées par les futurs utilisateurs, facilement implantables, comparables entre hôpitaux ou systèmes de santé (Smith, 2009 ; Wallace, 2009).



Un indicateur de performance se rapproche d'une mesure stratégique. Il doit informer directement de l'état ou de la qualité d'un objet et être complété par un jugement sur le niveau de performance. Ainsi, toute mesure de la performance doit être accompagnée d'une grille d'interprétation des résultats. Norton et Kaplan (1999) utilisent une analogie pour décrire les mesures de performance organisationnelle. Le fonctionnement du corps humain peut être appréhendé de multiples façons et par de nombreux organes. Deux mesures essentielles informent directement sur l'état général du corps et la nécessité de mener des investigations plus approfondies : la température corporelle et la pression sanguine. Elles correspondent, pour une organisation, à des mesures de performance informant de façon claire, de l'existence d'un dysfonctionnement sur lequel il faut agir. La mesure du consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail est obtenue par deux types d'instruments. En effet, les valeurs individuelles et organisationnelles, du climat organisationnel et la satisfaction sont mesurées par des questionnaires. L'environnement de travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés sont estimés par des indicateurs.

La construction des questionnaires soulève des enjeux méthodologiques spécifiques, rarement abordés par les chercheurs s'intéressant à la performance organisationnelle. En effet, la plupart des recherches se focalisent sur les enjeux méthodologiques liés à la mesure de la qualité des soins, de l'efficacité, de l'efficience, de l'équité ou de la productivité (Smith, 2009; Papanicolos, 2008). Ainsi, notre réflexion sur la qualité des questionnaires mesurant les valeurs, le climat organisationnel et la satisfaction prend sa source dans une littérature classique dite des sciences du comportement. L'une des préoccupations centrales des sciences du comportement découle de l'estimation de la qualité psychométrique des outils de mesure de la cognition. Ainsi, cette section est composée de trois chapitres. Le premier présente les

questionnaires et les méthodes de mesures qui y sont associés, ainsi qu'une estimation de leur fiabilité et de leur validité. Le second chapitre sera consacré à la description des indicateurs, leur justification et à une réflexion sur la construction du jugement. Enfin, le troisième chapitre illustre le modèle logique par un projet d'évaluation de la performance qui a eu lieu au Brésil en 2011.

## **Chapitre 7 : MESURER LES VALEURS, LE CLIMAT ORGANISATIONNEL ET LA SATISFACTION DES EMPLOYÉS**

Kaplan (1964) distingue trois catégories d'éléments qui sont scientifiquement mesurables. La première catégorie réfère aux éléments qui sont directement observables. La seconde catégorie renvoie aux éléments qui sont indirectement observables requérant des observations plus subtiles, complexes et indirectes. Enfin la dernière catégorie concerne les construits qui sont des créations théoriques qui ne peuvent pas être observées directement ou indirectement. La mesure du climat organisationnel et de la satisfaction réfèrent à la seconde catégorie alors que les valeurs appartiennent à la troisième. Ces concepts ne peuvent être mesurés directement par l'intermédiaire d'une seule mesure. En fait, ces construits n'existent par réellement. Ils sont des reconstructions du monde réel (Babbie, 1994). Néanmoins, la pertinence d'un outil de mesure dépend de sa capacité à s'approcher le plus possible de la réalité et des propriétés ou composantes de l'objet mesuré. Il doit exister une correspondance entre les propriétés du concept, explicitées par la définition opérationnelle, l'outil de mesure et les propriétés empiriques du phénomène étudié. Les outils de mesure s'évaluent en fonction de leur précision dans la distinction des attributs composant le concept (Babbie, 1994). Cependant, la mesure de construits psychologiques est soumise à de nombreuses difficultés. Selon Crocker et Algina (1986), il existe rarement une seule approche pour mesurer un construit psychologique et aucune mesure n'est universellement acceptée. Ceci est particulièrement vrai pour la mesure des valeurs. De plus, les mesures sont toujours soumises

à des biais et à des erreurs. De ce fait, la détermination du degré d'erreur est un problème persistant dans les mesures psychologiques.

Ainsi afin de bien répondre à ces exigences, nous allons, pour chacun des concepts étudiés, décrire le type de questionnaire et l'échelle de mesure utilisés, les techniques statistiques mobilisées et finalement estimer la fiabilité, ainsi que la validité de contenu et de construit des instruments.

## **I Mesure des valeurs individuelles et organisationnelles**

### A L'utilisation d'une méthode ipsative pour répondre aux propriétés des valeurs.

#### *A.1 De la mesure des valeurs*

Les valeurs représentent un attribut psychologique des individus qui ne peut être mesuré directement. En effet, elles sont des construits (Crocker, 1986). Pour Thurstone (1954), les valeurs humaines sont essentiellement subjectives. Elles ne peuvent pas être adéquatement représentées par des objets physiques, de même que leur intensité et leur ampleur.

Ainsi, nous sommes face au problème de construire un instrument permettant de mesurer un phénomène subjectif?

La solution réside dans la construction d'un outil qui ne mesurerait pas les valeurs, mais leurs propriétés, soit l'intensité, la hiérarchie et le degré d'accord. Le caractère subjectif des valeurs indique une notion de choix ou de sélection entre différentes alternatives possibles. Cette caractéristique permet intellectuellement de passer d'une « unité subjective » à une

« mesure subjective » par le principe des jugements comparés (Handy, 1970). Thurstone (1954) ajoute à ce principe, celui de la discrimination, correspondant au caractère hiérarchisé des valeurs. En outre, les valeurs sont arrangées sur un spectre allant de la valeur la plus valorisée, à celle qui l'est le moins. Ainsi, toutes techniques de mesure des valeurs devraient être construites sur ces deux caractéristiques : mettre le répondant dans une situation où il doit choisir, et s'assurer que ces choix entre des valeurs permettent d'obtenir une hiérarchie des valeurs. Pour ce faire, Thurstone (1954) a proposé la méthode des comparaisons pairées, également appelée méthode ipsative. Le questionnaire que nous avons élaboré pour mesurer les valeurs individuelles et organisationnelles est fondé sur cette méthode.

## *A.2 Présentation du questionnaire et des mesures associées*

### *A.2.a Un questionnaire basé sur des comparaisons pairées*

Ce questionnaire mesure cinq valeurs au niveau individuel et organisationnel : l'imputabilité, la responsabilité à l'égard de la santé de la population, la qualité technique des soins, le respect des patients et l'accomplissement au travail. Nous demandons à chaque répondant de choisir dans chaque paire de valeur, celles qui selon eux guident le plus leur travail, puis de choisir les valeurs qui guident le plus l'organisation dans laquelle il travaille.

Cette approche, basée sur le travail de Thurstone (1954), correspond à la loi des jugements comparables, fondement de la méthode des comparaisons pairées. Cette loi est « une série d'équation relative à la proportion de fois où un stimuli K est jugé plus important ou supérieur qu'un autre stimuli j sur une échelle de valeur des deux stimuli à l'intérieur d'un continuum psychologique ». (Torgerson, 1967, p. 159). Dans le cadre des lois sur les

jugements comparés, on suppose que chaque stimulus a été comparé avec chacun des autres stimuli disponibles (Torgerson, 1967). Ainsi, chaque valeur est comparée à toutes les autres et les individus doivent choisir pour eux et pour l'organisation celle qui est la plus importante (un exemple du questionnaire est présenté à l'annexe 1). Ce type de méthode permet de déterminer le nombre de fois où une valeur a été choisie par rapport aux quatre autres. Chacun des stimuli est pairé avec un autre stimulus. Dès lors, pour  $n$  stimulus, on trouve  $n(n-1)/2$  paires. Dans notre étude, nous avons cinq valeurs. Ainsi,  $5(5-1)/2 = 10$ . Notre questionnaire comporte donc 10 comparaisons pairées pour les valeurs individuelles et 10 comparaisons pairées pour les valeurs organisationnelles. L'échelle de mesure est donc ordinale, si bien que les données peuvent être ordonnées en fonction de l'occurrence des réponses. Les échelles ordinales de valeurs ont les mêmes propriétés d'ordre que les valeurs réelles, par contre, elles ne possèdent pas la propriété de l'égalité des distances entre les unités (Crocker & Algina, 1986).

#### A.2.b La définition des valeurs utilisées :

Les cinq valeurs sélectionnées sont définies de cette manière :

- **Imputabilité :** Cette valeur suppose l'engagement des acteurs du réseau de la santé à assumer une responsabilité et à rendre des comptes vis-à-vis de l'utilisation des ressources mobilisées dans le but d'atteindre un certain niveau de performance.
- **Responsabilité à l'égard de la santé de la population :** Cette valeur renvoie à la responsabilité du système de soins vis-à-vis de l'amélioration de la santé de la population et de la prise en compte de l'ensemble de ses besoins en intégrant les différents

déterminants de la santé. Cette notion est étroitement liée à une approche holistique de la santé, à la justice sociale et à l'équité.

- **Qualité technique des soins** : La qualité technique des soins réfère au choix approprié d'une stratégie de prise en charge et à son exécution; cela en conformité avec les meilleures pratiques possibles.
- **Respect des patients** : Cette valeur correspond à une approche humaniste des soins, centrée sur les aspects interpersonnels de la prise en charge des patients. Dans une telle démarche, on prend en compte l'ensemble des besoins des patients, autant physiques, psychologiques que sociaux.
- **Accomplissement au travail** : Cette valeur renvoie à la possibilité de s'accomplir professionnellement. Cela implique trois éléments : l'autonomie dans la pratique professionnelle, un environnement de travail sain et une reconnaissance de son travail.

#### A.2.c Les mesures générées par le questionnaire

Ce questionnaire mesure les propriétés des valeurs, soit leur intensité, leur hiérarchie, le niveau d'accord interindividuel et la congruence entre deux entités, les individus et l'organisation. Ainsi, ce questionnaire permet de générer trois catégories de mesures :

- 1) **L'intensité et la hiérarchie des valeurs** : Pour ces mesures, on observe :
  - a. L'intensité des valeurs individuelles soit la valorisation individuelle référant à l'importance que l'individu attache à chacune des cinq valeurs.
  - b. La hiérarchie des valeurs individuelles qui permet d'ordonner les valeurs individuelles selon leur importance

- c. L'intensité des valeurs organisationnelles permet d'identifier, selon la perception des employés, les valeurs qui sont le plus valorisées par l'organisation.
- d. La hiérarchie des valeurs organisationnelles qui est obtenue par l'ordonnement des valeurs organisationnelles

**2) L'accord sur les valeurs individuelles et sur les valeurs organisationnelles :**

- a. L'accord sur les valeurs individuelles : le niveau d'accord sur les valeurs mesure le degré de consensus entre les employés sur la valorisation de chacune des valeurs individuelles. L'accord sur les valeurs mesure le degré d'homogénéité des perceptions des employés à l'égard de la valorisation de chacune des valeurs individuelles.
- b. L'accord sur les valeurs organisationnelles : le niveau d'accord sur les valeurs mesure le degré de consensus entre les employés sur l'importance de chacune des valeurs organisationnelles. L'accord sur les valeurs mesure le degré d'homogénéité des perceptions des employés à l'égard de la valorisation de chacune des valeurs organisationnelles.
- c. La concordance de la hiérarchie des valeurs individuelles : la concordance des valeurs permet de connaître le niveau d'accord entre les employés concernant leur hiérarchie de valeurs individuelles.
- d. La concordance de la hiérarchie des valeurs organisationnelles : la concordance des valeurs permet de connaître le niveau d'accord entre les employés concernant leur hiérarchie des valeurs organisationnelles.



**3) La congruence des valeurs individuelles et organisationnelles : plusieurs types de mesures sont obtenus :**

- a. La congruence totale des valeurs individuelles et organisationnelles : cette mesure permet de mesurer la moyenne des degrés de rapprochement entre ce que les employés valorisent au niveau individuel et ce qu'ils perçoivent que leur hôpital valorise pour l'ensemble des valeurs.
- b. La congruence des valeurs individuelles et organisationnelles : ces mesures permettent d'obtenir pour chacune des valeurs le degré de rapprochement, entre ce que les employés valorisent au niveau individuel et les valeurs, qu'ils perçoivent, comme étant valorisées par l'organisation.
- c. La divergence totale des valeurs individuelles et organisationnelles : cette mesure permet de mesurer la moyenne des degrés de divergence entre ce que les employés valorisent au niveau individuel et ce qu'ils perçoivent que leur hôpital valorise pour l'ensemble des valeurs.
- d. La divergence des valeurs individuelles et organisationnelles : cette mesure permet d'évaluer, pour chaque valeur, dans quelle mesure la valorisation individuelle des employés diverge de ce que leur organisation valorise.

*A.3 Le choix des méthodes statistiques*

L'intensité et la hiérarchie des valeurs, l'accord interindividuel ainsi que la concordance et la divergence sont obtenus par l'utilisation de statistiques descriptives. Par contre, la mesure d'accord sur la hiérarchie des valeurs individuelles et organisationnelles est générée par des statistiques non paramétriques. Les questionnaires construits à l'aide de

comparaisons pairées génèrent des occurrences de réponses par valeurs. Ces occurrences peuvent être converties en rang.

1) **L'intensité et la hiérarchie des valeurs** : L'intensité de chaque valeur autant individuelle qu'organisationnelle, est obtenue par la moyenne des occurrences de réponse pour chaque valeur. En effet, les répondants, dans le cas de questionnaire à choix forcé comparent deux valeurs l'une à l'autre. Ainsi, ils peuvent choisir chaque valeur entre 0 et 4 fois. La moyenne des réponses de l'ensemble des répondants permet d'obtenir l'intensité avec laquelle les individus valorisent une valeur. La hiérarchie découle de la mesure d'intensité puisque les valeurs sont ordonnancées en fonction de leur valorisation par les individus.

2) **L'accord sur les valeurs individuelles et organisationnelles** :

a. L'accord sur les valeurs est obtenu par le coefficient de variation. Le coefficient de variation, présenté sous forme de pourcentage, indique le degré de dispersion des réponses. En effet, le coefficient de variation également nommé, écart relatif, est une mesure de la dispersion relative : il se calcule par le rapport entre l'écart-type  $\sigma$  et la moyenne  $\mu$ . Plus le pourcentage est élevé, plus la dispersion est importante et l'accord entre les employés, faible.

b. L'accord sur la hiérarchie des valeurs est obtenu par l'utilisation de statistiques non paramétriques (Ferguson, 1976). Pour ce faire, les valeurs doivent être ordonnancées en fonction de l'occurrence des réponses. La valeur la plus souvent sélectionnée, soit celle qui présente le plus d'occurrences, est placée au premier rang et ainsi de suite jusqu'à la valeur classée au cinquième rang. Dans le cas où la même occurrence de réponse advient pour une valeur, il faut remplacer les rangs

égaux par les rangs moyens. Cela signifie que si deux valeurs obtiennent la même occurrence de réponse et sont toutes deux en seconde position dans l'ordonnement des valeurs, il faut leur attribuer la valeur 2,5 représentant le rang moyen. Ce procédé est également valable si trois valeurs obtiennent le même rang. Ce type de test n'est pas soumis à des conditions d'application très restrictives concernant la forme des populations dont proviennent les échantillons. De ce fait, la distribution normale ou non de la population n'affecte pas le test (Howell, 1998). La concordance des hiérarchies de valeurs individuelle et organisationnelle est obtenue en utilisant le coefficient de concordance de Kendall (Ferguson, 1976, Sheskin, 2004). L'hypothèse sous-jacente est : les différents rangs de valeurs comparés sont-ils indépendants? C'est une mesure de corrélation qui est employée pour comparer au moins trois séries de rang. Cette mesure permet principalement d'évaluer le degré d'agrément entre plusieurs rangs de valeurs sur plusieurs objets. Cet aspect réfère souvent dans la littérature à la fiabilité inter juge. La notation de ce coefficient est noté  $w$ . Les résultats obtenus à l'aide de ce test vont de 0 à 1. Un résultat de 1 marque un accord total entre les juges (répondants) concernant l'ordonnement des valeurs, alors que le 0 correspond à l'absence totale d'accord.

- 3) **La congruence et divergence des valeurs individuelles et organisationnelles :** À partir de la fréquence des valeurs, des regroupements ont été effectués. En effet, nous avons regroupé les valeurs de rang en trois catégories afin de comparer les valeurs individuelles et organisationnelles. Le premier regroupement est formé des valeurs de rang 1 et 1,5. Le second regroupement est constitué des valeurs de rang de 2 à 4 et le troisième des valeurs

de rang de 4,5 et 5. Chaque valeur individuelle et organisationnelle a été croisée dans un tableau à double entrée. La diagonale gauche-droite du tableau croisé correspond à la concordance entre les valeurs individuelles et organisationnelles. Les deux cases externes de la diagonale droite-gauche correspondent à la discordance entre les valeurs individuelles et organisationnelles. La concordance et la discordance sont présentées en pourcentage.

## B Fiabilité du questionnaire sur les valeurs individuelles et organisationnelles

### *B.1. Définition et procédure d'estimation de la fiabilité*

La fiabilité réfère à la capacité d'un instrument à mesurer fidèlement le phénomène étudié (Cronbach, 1960; Contandriopoulos et al., 1990). En effet, toute mesure est composée d'un résultat réel et d'une composante d'erreur aléatoire (Contandriopoulos et al., 1990; Cronbach, 1960). De ce fait, la mesure de la fiabilité nous informe sur le niveau de confiance que l'on peut avoir envers une mesure (Cronbach, 1960). Celle-ci réfère toujours à la cohérence des réponses par une série de mesure, permettant d'estimer la stabilité des réponses et donc de la qualité de l'outil de mesure (Cronbach, 1960; Babbie, 1994). Ainsi, un instrument de mesure est d'autant plus fiable que les erreurs aléatoires et transitoires sont faibles par rapport à la valeur des phénomènes mesurés. La fiabilité est exprimée par un coefficient de fiabilité obtenu, soit par la corrélation entre plusieurs mesures obtenues de la même manière soit par l'estimation de l'erreur standard de mesure (Cronbach, 1960). Finalement, la fiabilité correspond à la reproductibilité d'une mesure (Coaley, 2010).

Un haut degré de reproductibilité signifie que l'outil donnera les mêmes types de résultats dans différents contextes (Coaley, 2010). Pour ce faire, il est possible d'utiliser quatre types de test (Ferguson, 1976 ; Contandriopoulos, 2005) :

- 1) Le **test re-test** qui consiste à faire passer le même test à deux moments différents. La corrélation entre le premier et le deuxième test permet de mesurer la fiabilité.
- 2) Si l'on choisit de n'utiliser qu'un seul test on peut décider de diviser celui-ci en deux parties égales. La corrélation entre les deux parties nous livre la fiabilité *split-half*.
- 3) On peut également développer deux tests identiques (seules les questions seront différentes). La corrélation entre ces deux tests parallèles donne la *fiabilité parallèle*.
- 4) Enfin on peut effectuer une sorte de moyenne de toutes les corrélations possibles entre toutes les questions d'un test. Ceci révèle ce que l'on nomme *la consistance interne*.

La fiabilité est exprimée par un indice. Cette valeur se situe entre 0 et 1. Plus le résultat se rapproche de 1 plus le résultat est fiable (Contandriopoulos, 2005). Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi d'utiliser la technique du test re-test afin de déterminer la fiabilité de notre questionnaire en évaluant la stabilité des réponses.

### *B.2 Résultat du test de fiabilité*

Le test re-test a été administré à une classe d'étudiants et de professionnels durant un cours sur l'évaluation des interventions en santé à l'Université de Montréal. La plupart des répondants avaient une expérience dans le milieu de la santé. De ce fait, ils se sont référés à leur expérience passée. Le temps séparant les deux passations était de deux semaines.

Lors du premier test 35 personnes ont répondu au questionnaire. Pour le second test, 22 personnes ont répondu. Il y a donc eu une attrition de 13 répondants entre les deux passations.

➤ Résultat du questionnaire :

Nous présentons ici la hiérarchie des valeurs et la moyenne de rang pour les valeurs individuelles et à la perception des valeurs organisationnelles lors des deux passations du questionnaire.

*Tableau 22 Intensité et hiérarchie des valeurs individuelles du test retest*

<b>Valeurs individuelles</b>					
<b>Test 1</b>			<b>Test 2</b>		
Valeurs	Moyenne de rang	Écart type	Valeurs	Moyenne de rang	Écart type
<b>Respect des patients</b>	2,48	1,239	<b>Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>	2,41	1,377
<b>Qualité technique des soins</b>	2,77	1,334	<b>Respect des patients</b>	2,45	1,327
<b>Accomplissement au travail</b>	3,11	1,397	<b>Qualité technique des soins</b>	3,02	1,229
<b>Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>	3,18	1,524	<b>Accomplissement au travail</b>	3,52	1,427
<b>Imputabilité</b>	3,45	1,379	<b>Imputabilité</b>	3,59	1,306

On constate en comparant les deux hiérarchies de valeurs qu'une modification importante dans la hiérarchie des valeurs est advenue. En effet, la valeur responsabilité à l'égard de la santé de la population était classée en quatrième position lors de la première passation du questionnaire et devient, avec la seconde, la valeur la plus valorisée par les répondants. Pour les autres valeurs, l'ordonnement est resté le même.

*Tableau 23 Intensité et hiérarchie des valeurs organisationnelles du test retest*

<b>Perception des Valeurs organisationnelles</b>					
<b>Test 1</b>			<b>Test 2</b>		
Valeurs	Moyenne de rang	Écart type	Valeurs	Moyenne de rang	Écart type
<b>Qualité technique des soins</b>	2,36	1,329	<b>Qualité technique des soins</b>	2,11	1,262
<b>Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>	2,57	1,312	<b>Imputabilité</b>	2,95	,987
<b>Imputabilité</b>	2,61	1,253	<b>Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>	2,95	1,371
<b>Respect des patients</b>	3,25	1,099	<b>Respect des patients</b>	3,16	1,313
<b>Accomplissement au travail</b>	4,2	1,192	<b>Accomplissement au travail</b>	3,82	1,466

Les deux hiérarchies des valeurs semblent stables. En effet, les hiérarchies sont identiques mis à part une inversion entre les valeurs imputabilité et responsabilité à l'égard de

la santé de la population. Néanmoins, l'imputabilité et la responsabilité à l'égard de la santé de la population ont la même moyenne de rang (2,95).

Ainsi, si l'on se réfère aux hiérarchies moyennes de valeurs individuelles et organisationnelles, il semblerait que le questionnaire dispose d'une bonne stabilité. Néanmoins, il est impératif de mesurer le degré de corrélation entre les deux distributions. Pour ce faire, nous avons utilisé le test non paramétrique de Spearman.

➤ Choix d'un test statistique pour mesurer la fiabilité

Plusieurs tests statistiques sont utilisables pour calculer la fiabilité à partir d'un test retest. Il est possible d'employer, dans le cas de statistique de rang, un coefficient de Kappa Cohen, ou un coefficient de corrélation de Spearman. Le coefficient de Kappa, se base sur un calcul valeur par valeur. Alors qu'avec le coefficient de Spearman mesure l'accord entre deux personnes sur la hiérarchie des valeurs. Pour cette raison, nous avons choisi le coefficient de corrélation de Spearman, car il permet de mesurer l'accord intrajuge. Ceci nous permet de statuer sur la stabilité des réponses entre les deux passations du questionnaire.

Ainsi, nous avons effectué un test de corrélation de Spearman sur chacun des 22 répondants aux deux questionnaires, puis nous avons fait une moyenne de ces réponses pour obtenir un score qui nous permet de déterminer le degré de fiabilité de notre instrument. Ces opérations ont été réalisées sur les deux types de valeurs : individuelles et organisationnelles.



Tableau 24 Résultats du test de fiabilité

Valeurs INDIVIDUELLES		Valeurs ORGANISATIONNELLES	
Individu	Rho	Individu	Rho
1	,1120	1	,5000
2	,7910	2	,8940
3	,6000	3	,8000
4	1,0000	4	,8940
5	1,0000	5	,8940
6	,6000	6	,5270
7	,9490	7	,3000
8	,9000	8	,6000
9	,9000	9	1,0000
10	,3350	10	,6710
11	,6000	11	,9000
12	,7830	12	-,4000
13	-,1770	13	,4470
14	1,0000	14	,9490
15	,0000	15	,6710
16	,8000	16	,3270
17	,8000	17	-,2500
18	,6000	18	,7910
19	,7000	19	,9000
20	-,6000	20	,7910
21	1,0000	21	,8000
22	,3690	22	-,6480
<b>Moyenne des Rho</b>	<b>0,59</b>	<b>Moyenne des Rho</b>	<b>0,56</b>

**Moyenne des Rho des valeurs individuelles**

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Rho	22	-,6000	1,0000	<u>,593727</u>	,4290834
N valide	22				

**Moyenne des Rho de la perception des valeurs organisationnelles**

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Rho	22	-,6480	1,0000	<u>,561727</u>	,4543545
N valide	22				

La fiabilité du questionnaire de mesure des valeurs est modérée autant pour les valeurs individuelles que pour la perception des valeurs organisationnelles. En effet, le coefficient de fiabilité est de 0,59 pour la mesure des valeurs individuelles et de 0,56 pour la mesure de la perception des valeurs organisationnelles.

Le test de fiabilité présente des résultats acceptables. Par ailleurs, l'administration du même questionnaire deux fois sur la même population peut provoquer des variations dans la structure des résultats provenant soit d'un manque de fiabilité de l'instrument soit du procédé ou du contexte d'administration du questionnaire (Ferguson,1976; Cronbach, 1960). On constate dans la structure des résultats des changements importants dans la hiérarchie des valeurs individuelles puisque la valeur responsabilité à l'égard de la santé de la population passe de la quatrième à la première place.

Ceci pourrait s'expliquer par la durée entre les deux passations. Une durée trop longue ou trop courte pourrait influencer les résultats (Cronbach, 1960). Cependant, dans notre cas,

l'intervalle entre les deux passations était de deux semaines; délai classique qui ne devrait pas avoir influencé la structure des réponses. D'autres phénomènes pourraient expliquer cette variation. Cronbach (1960) avance que les caractéristiques de l'individu et du contexte auraient tendance à influencer les test-retest. Lors de la passation du questionnaire, les répondants participaient à un cours sur l'évaluation des interventions en santé. Il est possible que durant les deux semaines séparant les deux passations, ils aient été influencés par le contenu des cours qui traitent de sujets connexes au questionnaire.

## C Estimer la validité de contenu

### *C.1 Définition et enjeu de la validité de contenu*

La validité de contenu réfère au degré avec lequel une mesure couvre l'ensemble des significations ou aspects associés avec un concept (Babbie, 1996). Ainsi, la validité de contenu consiste « à juger dans quelle mesure les éléments sélectionnés pour mesurer un construit théorique représentent bien toutes les facettes importantes à mesurer » (Contandriopoulos et al., 2005 : 78).

Dans le cas de la mesure des valeurs, l'estimation de la validité de contenu pose un enjeu de taille. En effet, il faut sélectionner des valeurs qui seront représentatives des mouvements et des idéologies dominantes dans les systèmes de santé occidentaux, et qui les guident autant aux niveaux institutionnel et organisationnel que dans les pratiques. Malgré son importance, l'explicitation et la justification du choix des valeurs semblent être une des principales lacunes de nombreuses études sur les valeurs, principalement pour la théorie de la culture organisationnelle et de la congruence des valeurs. En effet, ces études se concentrent

relativement peu sur le choix des valeurs, leurs significations et leurs représentations chez les individus. Handy (1970) faisait déjà le même constat en avançant que la plupart des études ne précisaient pas réellement comment le concept de valeur était utilisé. De ce fait, les résultats de celles-ci perdaient de leur portée.

### *C.2 Un processus basé sur des essais / erreurs : une première version constituée à partir des valeurs sociétales*

Notre première version du questionnaire était construite sur les travaux de Rokeach (1973) et le document de l'Organisation mondiale de la santé (2002) « vers l'unité pour la santé » décrivant les quatre valeurs au centre de tous les systèmes de santé; la qualité, l'efficience, l'équité et la pertinence. En s'inspirant de ces travaux, nous avons choisi neuf valeurs qui paraissaient structurantes des comportements humains et des décisions organisationnelles : la justice, la liberté, l'équité, la sécurité, la solidarité, l'intérêt public, l'efficience, la qualité et l'accomplissement.

Ces valeurs ont été testées lors d'une première étude dans un CSSS du Québec. Après la passation du questionnaire auprès des employés, trois focus groupes ont été organisés. Les focus groupes visaient à déterminer l'existence d'ambiguïté possible dans la compréhension et l'interprétation des valeurs. De plus, le but était également de déterminer la validité de contenu du questionnaire, soit estimer la représentativité des valeurs sélectionnées.

Malheureusement, les focus groupes ont dévoilé un manque de pertinence et de clarté dans le choix des valeurs. Premièrement, selon les personnes interrogées les valeurs équité et justice semblaient se chevaucher. Les individus avaient du mal à distinguer exactement les différences pratiques entre ces valeurs, surtout dans un contexte de choix forcé.

Deuxièmement, les valeurs sécurité et intérêt public, même avec une définition incluse dans le questionnaire, semblaient difficile à comprendre, et les interprétations de ces deux valeurs variaient considérablement entre les membres des focus groupes. Troisièmement, la valeur efficience était perçue très négativement, et était toujours classée en dernière position. Pour la plupart des personnes interrogées, l'efficience était associée la volonté gouvernementale de contrôle des dépenses et de réduction du personnel. Finalement, de nombreux répondants étaient surpris de l'absence de la valeur respect.

Nous avons conclu que ces neuf valeurs étaient peu appropriées pour le contexte et le type de questionnaire que nous désirions élaborer. En effet, ces valeurs présentaient un trop haut degré de généralisation, et s'appliquaient mal aux organisations. Ainsi, le processus de sélection des valeurs a été revu, non pas en se référant à la littérature sur les valeurs, mais en s'interrogeant sur les orientations actuelles des systèmes de santé et les mouvements idéologiques qui le traversent. Ce travail a permis de dégager cinq valeurs : l'imputabilité, la responsabilité à l'égard de la santé de la population, l'accomplissement au travail, la qualité technique des soins, le respect des patients.

### *C.3 Évolution et enjeux des systèmes de santé occidentaux ou comment circonscrire les valeurs structurant nos systèmes de santé*

#### *C.3.a Trajectoire d'évolution des systèmes de santé*

Historiquement, la fin des années 70 marque un tournant dans la gestion des systèmes de santé. En effet, les états sont à la recherche d'un nouvel équilibre entre la qualité des soins, l'équité d'accès et la maîtrise des coûts (Contandriopoulos et al., 2000b). Ce rééquilibrage touche tous les systèmes de santé occidentaux quels que soient les arrangements institutionnels

et organisationnels (Contandriopoulos, 2008). Le terme de « crise » est souvent employé afin de décrire les tensions auxquelles sont soumis les systèmes de santé. Diverses formes de crises se combinent: une crise financière, une crise de régulation et une crise de la connaissance (Contandriopoulos, 2008).

➤ *Une crise financière : le dilemme du financement des systèmes de santé*

Ces trente dernières années ont été marquées par de profondes interrogations sur la viabilité des régimes publics d'assurance maladie (Contandriopoulos, 2008), du fait de la hausse constante des dépenses publiques en matière de santé. Ceci est accentué par une augmentation du déficit public dans les principaux pays de l'OCDE. Les pays occidentaux ne peuvent plus faire abstraction des contraintes budgétaires pesant sur l'allocation des ressources publiques et le niveau de dépenses (Dubois, 2002). Ces contraintes économiques ont accentué un mouvement de plus en plus fort visant à désassurer de nombreux services et donc laisser une part de plus en plus importante aux institutions privées autant dans la dispensation de soins que dans le financement. L'impact de cette crise financière est renforcé par les fortes pressions internes auxquelles font face les systèmes de santé (Saltman, 1998), notamment démographique dans les pays où l'espérance de vie et subséquemment l'âge de la population augmentent. En outre, le pourcentage des personnes de plus de 65 ans s'accroît rapidement. Or, ceux-ci consommeraient quatre fois plus de service que les autres membres de la population (OCDE, 1987, cité par Dubois, 2002). Ainsi, les besoins en termes de services de santé de la population s'amplifient, entraînant une augmentation des dépenses publiques. Ceci s'accompagne d'attentes de plus en plus importantes des citoyens vis-à-vis du système de santé et d'une demande accrue de services de soins. Dès lors, les gouvernements ont été dans

l'obligation de réformer le fonctionnement des systèmes de santé afin de les pérenniser et d'en assurer le financement.

➤ *Une crise de régulation ou comment améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité des soins dans un contexte de contrainte budgétaire.*

Cette crise de régulation provient en grande partie d'un manque d'intégration des différentes structures de soins (Denis, 1999). Ceci est particulièrement patent entre les diverses lignes de soins et entre les différents professionnels de santé, ce qui a pour effet l'apparition de barrières dans le cheminement du patient (Romanow, 2002), entraînant des difficultés d'accès aux services de santé et des obstacles à la continuité des soins.

Cette question de l'intégration des services est accentuée par de nombreux dysfonctionnements dans la première ligne de soins provoquant une augmentation des recours à l'urgence, une répétition et un chevauchement des services assurés par les divers secteurs et dispensateurs de soins (Romanow, 2002). Ceci a des conséquences néfastes à la fois sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge, mais aussi sur le coût. Il semblerait donc que de nombreuses évidences témoignent d'une crise de l'efficacité des prises en charge qui « indiquent que la structuration actuelle des systèmes de soins de santé et les modes d'organisation prédominants ne permettent pas la meilleure utilisation des ressources en vue d'assurer une offre de services efficiente et de qualité » (Dubois, 2002, p. 9).

Au Québec, comme au Canada, de nombreuses commissions d'enquêtes ont proposé des réformes du système de santé : la commission Nepveu, la commission Clair ou encore la

commission Romanow. Toutes ont conclu à un besoin d'intégration, une meilleure utilisation des ressources et un accroissement de l'efficacité.

Ces constats d'une crise de la régulation au niveau de la gouvernance des systèmes de santé sont accentués par des interrogations sur l'efficacité et la sécurité de certaines pratiques médicales. En effet, depuis la fin des années 90, plusieurs chercheurs ont prouvé l'existence de nombreux événements indésirables entraînant une baisse d'efficacité et une augmentation des coûts (IOM, 1999; Baker, 2004). Une étude de l'institut de médecine (IOM, 1999) a montré, dans un ouvrage « *to err is human* », qu'annuellement entre de 44 000 et 98 000 décès aux États-Unis étaient causés par la prise en charge dans les hôpitaux. Au Canada, 7,5 % des patients admis en soins aigus subissent au moins un événement indésirable, dont 36 % seraient hautement évitables (Baker, 2004). Ceci s'explique en partie par l'utilisation de traitements ou de pratiques inappropriés ou inefficaces (Ross, 1996). À cela s'ajoute une forte variabilité des pratiques sur le territoire. Cette variabilité dépend d'un grand nombre de facteurs (McPherson, 1990 cité par Roos, 1996). Néanmoins, celle-ci ne serait pas due au profil épidémiologique des populations, mais plutôt aux différences dans les styles de pratiques professionnelles (Roos et al., 1977; Roos et Roos, 1982; Wennberg, 1987; Wennberg et Fowler, 1977 cité par Roos, 1996). Les traitements et les interventions seraient différents selon les médecins et les zones géographiques. Ainsi, certaines pratiques seraient moins efficaces, voir plus dangereuses pour les patients.

Ce manque d'efficacité, ajouté à la dispensation de traitements inappropriés ont des conséquences sur la santé des patients, en termes d'effets iatrogènes et de mortalité (Roos, 1996). Ceci soulève, une nouvelle fois, la question de l'utilisation appropriée des ressources et



de ses conséquences tant en termes d'efficacité que d'efficience. De ce fait, une plus grande préoccupation est apparue afin de s'assurer que les ressources soient utilisées pour des services efficaces qui ont démontré leurs valeurs. Cependant, il perdure un manque d'évidences scientifiques concernant l'efficacité de certaines prises en charge.

➤ *Une crise de la connaissance : vers une remise en cause de l'idéologie médicale*

La crise de la connaissance semble se concentrer autour de deux aspects. Tout d'abord, une remise en question de la pertinence et de l'efficacité de certaines pratiques médicales. Ce mouvement est marqué par le constat d'un manque de données probantes afin d'évaluer les pratiques médicales et conclure à leur efficacité.

Le second aspect provient d'un élargissement du concept de santé. En effet, durant de nombreuses années, le système de soins fut considéré comme le déterminant majeur de la santé des populations. Pourtant, McKeown (1973, cité par Lalonde, 1974 :13) a montré que « par ordre d'importance, les principaux facteurs d'amélioration de la santé en Angleterre et au Pays de Galle ont été l'émergence de familles moins nombreuses (changement de comportement), l'accroissement des denrées alimentaires, un milieu physique relativement plus sain (influence du milieu) et des mesures préventives et thérapeutiques particulières ». Le rapport Lalonde (1974) part de ce constat afin de proposer un cadre de référence permettant de penser la santé de façon plus globale. Selon ce rapport, la santé des populations reposerait sur quatre éléments principaux : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Toute maladie découlerait de l'un de ces quatre éléments ou de leur combinaison. Frenk et al. (1994) proposent également une vision plus large des déterminants de la santé. En effet, ils classifient trois types de déterminants : basiques,

structurels et proximaux. Les déterminants basiques comprendraient la génétique ainsi que l'environnement social. Les déterminants structurels seraient le niveau de richesse, la stratification sociale et les mécanismes de rétribution. Enfin, les déterminants proximaux sont les conditions de travail, les conditions de vie et le système de santé. De telles découvertes ont entraîné un changement paradigmatique majeur sur la façon d'appréhender la santé des populations et ses déterminants. Sur cette base, l'approche curative, fondement des systèmes de soins, a été fortement remise en cause au profit d'approches préventives et de la promotion de la santé ciblant d'autres déterminants de la santé.

Ces évidences scientifiques ont été le point de départ de nombreuses conférences internationales et chartes qui ont posé les bases de nouvelles stratégies et politiques pour améliorer la santé des populations. La déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) mettait l'accent sur la nécessité de renforcer la première ligne de soins et les approches préventives. De même, la charte d'Ottawa (OMS, 1986) a établi les fondements idéologiques de la promotion de la santé autour de cinq axes : l'élaboration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles, la réorientation des services de santé.

Ainsi, les systèmes de santé occidentaux sont secoués par une remise en question des fondements sur lesquels ils se sont développés, soit la pertinence des pratiques médicales et l'orientation curative.

L'ensemble des éléments que nous venons d'énoncer ont contribué à l'émergence d'un sentiment généralisé de crise (Evans, 1996). Les symptômes de cette crise sont en grandes parties financiers. Pourtant, les racines sont plus profondes et touchent à la fois aux modes de

régulation des services publics et aux idéologiques sur lesquelles ceux-ci sont fondés. Ainsi, on a assisté ces trente dernières années à de nombreuses réformes soutenues par l'émergence de nouveaux courants idéologiques qui visaient à repenser le rôle de l'État, le financement du système de santé, l'organisation des soins ainsi que les pratiques médicales. Ces réformes avaient pour objectif un contrôle beaucoup plus strict des dépenses. Elles visaient également une transformation profonde de l'organisation des systèmes de santé afin qu'ils soient mieux intégrés et plus adaptés aux besoins de la population et aux déterminants de la santé. Ces mouvements se sont appuyés sur de meilleures connaissances scientifiques quant à la pertinence et l'efficacité des traitements et des interventions médicales, par l'entremise de l'épidémiologie clinique qui a favorisé l'avènement de la médecine basée sur les évidences.

### *C.3.b L'émergence de nouveaux socles idéologiques comme fondement des réformes des systèmes de santé*

Les réformes et les divers mouvements qui ont traversé les systèmes de santé durant ces trente dernières années se sont appuyés simultanément sur des idéologies politiques visant à réformer l'état et sa gestion, et sur la science qui a généré de nouvelles évidences concernant les déterminants de la santé et l'efficacité des interventions médicales. Cette combinaison d'éléments a provoqué une refonte de la gouvernance, et une modification des pratiques des acteurs du système de santé.

Ces mouvements idéologiques sont assez peu nombreux. Il semblerait qu'ils soient au nombre de quatre : le nouveau management public, le « stewardship », la médecine basée sur les évidences et son modèle opposé la médecine centré sur le patient.

➤ *Le nouveau management public (NMP) comme point central de la réforme des états occidentaux.*

La genèse du nouveau management public prend sa source dans la crise financière de la fin des années 70, et avait donc pour objectif premier de contenir, voire réduire les coûts de fonctionnement des services publics (Ferlie et al., 2003). Ce mouvement s'est transformé en un nouveau paradigme devant permettre de réformer les modes de gouvernance par une modification du design des organisations et de la dispensation des services publics (Ackroyd et al., 2007). L'introduction de mécanismes de gestion issus du monde entrepreneurial, ainsi que la recherche d'une meilleure performance en étaient la clé de voûte (Ackroyd et al., 2007). Le NMP devait libérer l'individu de la tyrannie de la bureaucratie et rendre les fonctionnaires et les politiciens plus imputables vis-à-vis du public qu'ils doivent servir (Ferlie et al., 2001). L'idée générale du NMP est de rapprocher les modes de gestion de l'administration publique de ceux des entreprises privées, en donnant moins d'importance à l'application des règles et des procédures administratives, en favorisant la recherche de la rentabilité et les rapports de type commerciaux ou contractuels et en privilégiant la satisfaction des citoyens considérés comme des consommateurs de services publics (Hood, 1995 ; Dunleavy & Hood, 1994). L'objectif était d'accroître la liberté d'action des gestionnaires et d'accentuer leur imputabilité par rapport à la gestion des ressources. Ce nouveau mode de gouvernance est considéré comme une modernisation de l'État et de l'administration publique qui repose, selon Hood (1995), sur sept changements majeurs : la décentralisation, la concurrence, l'utilisation des pratiques managériales du privé, l'efficacité, la transparence, l'obligation de rendre des comptes et la gestion par objectifs. Trois mécanismes devaient soutenir ces changements selon Dunleavy et Hood (1994) :

- Une révision des budgets afin que les coûts soient attribués directement aux services produits, cela pour accroître la transparence. La production est mesurée par des indicateurs de performance. L'idée sous-jacente était de lier le financement et le volume de services offerts.
- Une nouvelle conception des relations entre les acteurs fondée sur la théorie de l'agence, composée d'un rapport entre un agent et un principal qui devait être sécurisé par des contrats liés à des incitatifs et des sanctions pour assurer la performance.
- Au niveau organisationnel, Dunleavy et al (1994) ajoutent que les différentes fonctions des systèmes devraient être désagrégées et leurs relations contractualisées ou régulées à l'intérieur d'un quasi-marché. L'idée était d'introduire une distinction entre financeur et dispensateur.

Ces trois mécanismes ont été implantés avec plus ou moins de succès. En effet, les quasi-marchés ont été implantés en Angleterre, mais ont été abandonnés assez rapidement. Cependant, l'approche générale est demeurée, soit une modification des rapports entre les acteurs œuvrant dans le système de santé afin de passer d'un système fondé sur la loyauté et la hiérarchie, à un autre qui s'appuie sur le partenariat et la transaction par la contractualisation (Hood, 1995). Ces modifications devaient assurer une plus grande imputabilité des acteurs envers l'utilisation des ressources et l'atteinte des objectifs, assurant, de ce fait, une meilleure performance globale des systèmes de santé. Par ailleurs, le nouveau management public a été implanté différemment selon les pays et a évolué au cours du temps.

➤ *Le stewardship ou la théorie de l'intendance : une alternative au nouveau management public.*

L'organisation mondiale de la santé a proposé un autre modèle de gouvernance basée sur la théorie de l'intendance (stewardship theory) (Murray & French, 2000). Cette philosophie est également basée sur un renouvellement du rôle de l'état et de ses processus institutionnels afin de favoriser l'efficacité et la transparence, tout en recherchant à atteindre des objectifs spécifiques, soit l'amélioration de l'état de santé de la population et le contrôle des dépenses.

Cette philosophie véhicule une conception large de la régulation et se veut particulièrement adaptée aux particularités des systèmes de santé. Ce modèle de gouvernance est, selon l'OMS, un prérequis afin d'atteindre une meilleure performance des systèmes de santé. Le stewardship se démarque du nouveau management public par son emphase sur une utilisation éthique des ressources communes afin de poursuivre des résultats qui sont financièrement efficaces (Saltman & Ferroussier-Davis, 2000). Le stewardship représente la volonté de la part d'un gouvernement d'être imputable pour le bien-être de la population en assurant la responsabilisation des acteurs plutôt que leur contrôle (Saltman & Ferroussier-Davis, 2000). Ainsi, ce mode de gouvernance a pour objectif de concilier ou de permettre l'articulation entre l'éthique, l'efficacité et la confiance de la population.

On trouve dans la littérature plusieurs définitions et composantes du stewardship. Veillard et al (2011) ont mené une revue de la littérature afin de dégager les frontières de ce concept. Ainsi, le stewardship :

- est une fonction des gouvernements, et plus précisément des ministères de la santé, responsables pour le bien-être de la population et la protection de l'intérêt public ;
- s'insère dans les normes et les valeurs acceptées par la société.
- est mené par une démarche éthique, si bien qu'il implique la confiance de la population ;
- se concentre sur les résultats des systèmes de santé et recherche le bien-être de la population ;
- incombe des prises de décisions efficaces requérant transparence et imputabilité.

De ce fait, le stewardship véhicule une conception très large de la santé qui dépasse le ministère de la santé et les frontières du système de santé, et prend en compte l'ensemble des composantes de la santé publique et des activités de promotion et de prévention agissant sur les déterminants de la santé (Travis et al., 2003 ; Veillard et al., 2011).

Son opérationnalisation est basée sur six fonctions (Murray & Frenck, 2000 ; Travis et al., 2003 ; Veillard et al., 2011) :

- 1)** La formulation claire de stratégies et de politiques afin d'améliorer la santé. Cette fonction nécessite une articulation entre les objectifs à court, moyen et long termes, ainsi qu'une définition du rôle et des responsabilités de chacun des acteurs impliqués dans l'implantation des stratégies et des politiques formulées. Cela inclut également l'identification des leviers d'action politique et des arrangements institutionnels nécessaires pour l'atteinte des objectifs.

- 2) La collaboration et l'action intersectorielle afin d'agir sur les divers déterminants de la santé. Cela implique la construction de coalitions entre les divers organes du gouvernement, mais aussi à l'extérieur de celui-ci, pour influencer la prise de décision. Dans ce cadre, l'engagement dépasse l'amélioration du système de soins et vise une amélioration globale de la santé de la population.
- 3) S'assurer de l'imputabilité des parties prenantes : ceci implique la mise en place de système de contrats entre les acteurs fixant les rôles et responsabilités de chacun, mais également de systèmes d'information assurant l'imputabilité.
- 4) L'alignement de la structure du système de santé avec les buts fixés et la culture. Pour ce faire, le système doit avoir la capacité de s'adapter aux diverses stratégies et politiques et être capable de prendre en compte les changements dans les besoins de la population.
- 5) La mise en place d'un cadre légal et des mécanismes définissant les incitatifs et les sanctions afin de soutenir la performance. Cette fonction réfère aux mécanismes de régulation qui encadrent les actions des différentes parties prenantes. Pour ce faire, la définition des pouvoirs et des responsabilités doivent être clairement établies, ainsi que les incitatifs et les sanctions qui les accompagnent.
- 6) La production ainsi que la dissémination d'informations et d'évidences scientifiques pour améliorer la prise de décision. Travis et al. (2003) appellent cette fonction la génération d'intelligence qui dépasse la seule production d'information qui permet l'identification et l'interprétation de la connaissance nécessaire et la mise à disposition de l'information aux parties prenantes qui en ont besoin. De ce fait, cet aspect soutient les autres fonctions du



stewardship. L'évaluation de la performance, de même que les comparaisons internationales, sont des composantes importantes de cette fonction.

Le stewardship et le NMP partagent une volonté de réforme de la gouvernance des systèmes de santé par une meilleure élaboration des objectifs et des rôles de chacun, soutenue par un accroissement de l'imputabilité des acteurs. Cependant, le stewardship a été spécifiquement élaboré pour répondre aux enjeux des systèmes de santé et l'objectif n'est pas uniquement un accroissement de l'efficacité des services publics, mais une amélioration de la santé de la population.

➤ *La médecine basée sur les évidences (MBE) : un nouveau paradigme controversé*

Depuis les années 80, un nouveau paradigme semble s'être imposé dans la conception de la médecine et des pratiques médicales. La médecine basée sur les évidences se concentre sur l'application des évidences scientifiques dans la pratique médicale quotidienne (Darlenski et al., 2010). La MBE correspond à l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures évidences dans la prise en charge d'un patient (Sackett et al., 1996). La pratique de la MBE doit permettre d'intégrer à la fois l'expertise clinique individuelle et les évidences issues de recherches systémiques.

Le but est de maximiser la qualité des soins et l'efficacité des traitements. Par ailleurs, la MBE, afin d'atteindre son objectif d'amélioration de la qualité, tend à rationaliser et à uniformiser les pratiques médicales sur la base de normes construites sur la base d'évidences scientifiques (Sackett, 1996). Ce paradigme répond à la crise de connaissance que nous avons évoquée. En effet, Bensing (2001) avance que dans les années 70, seulement 10 à 20 % des interventions médicales étaient démontrées comme efficaces lors d'essais cliniques

randomisés. Dans les années 90, la part de ces interventions était de 50 %. Les théoriciens du MBE voyaient dans cette approche un moyen d'uniformiser et d'améliorer les pratiques médicales. Cependant, les décideurs politiques se sont réappropriés ce mouvement et ces outils pour entamer une réflexion sur la pertinence des pratiques médicales, leurs évaluations et la bonne utilisation des ressources en fonction des résultats attendus. De ce fait, ces outils ont également été utilisés comme des instruments de surveillance.

La médecine basée sur les évidences véhicule une conception spécifique de la médecine et de la prise en charge des patients. Bensing (2001) avance que la médecine moderne est traversée par deux paradigmes ou croyances : la médecine basée sur les évidences et la médecine centrée sur le patient. La MBE est orientée vers la maladie et non le patient (Sweeney, 1998 cité par Bensing, 2001). Les évidences proviennent des essais cliniques randomisés et des méta-analyses permettant de dégager le meilleur traitement (Sackett et al., 1996). Ces techniques sont moins orientées vers le patient que vers une pathologie particulière (Glasziou, 1995). Inévitablement la MBE tend à surévaluer la part de la science et de la technologie dans la médecine. En effet, la médecine basée sur les évidences s'est constituée autour de l'interprétation par le médecin des évidences tout en diminuant l'importance des relations et du rôle des patients dans la relation thérapeutique (Sweeney, 1998 cité par Bensing, 2000). Ce modèle semble être la clé de voûte de l'idéologie médicale dominante, véhiculée par les facultés de médecine et les institutions de régulation.

Notre système de santé reflète en partie cette orientation, puisqu'il est fondé sur la science, soutenu par la technologie et encadré par de puissantes institutions gouvernementales.

Pourtant, les récentes réformes avaient également pour but à la fois d'être plus adaptées à l'ensemble des besoins du patient et centrées sur lui.

Une telle perspective semble correspondre au modèle humaniste qui s'est développé en réaction face aux excès de la MBE. Le but était d'humaniser la médecine technocratique en introduisant l'importance des relations humaines, la compassion et la place du patient (Mead, 2000). Dans cette optique, on considère le patient comme un tout doté d'un corps et d'un esprit. De ce fait, l'emphase ne doit pas être uniquement mise sur les symptômes physiques, mais également sur les aspects psychosociaux (Bensing, 2001). Dès lors, le corps n'est plus considéré comme une machine, mais comme un organisme. Le patient devient un sujet avec lequel le médecin doit entrer en relation. Le patient doit être traité avec respect, empathie, considération et gentillesse. Le diagnostic ne vient donc plus uniquement de l'extérieur, mais aussi du patient.

Ainsi, cinq valeurs ont été retenues pour représenter les grandes orientations à l'œuvre dans les systèmes de santé occidentaux. Ces valeurs sont l'imputabilité, la responsabilité à l'égard de la santé de la population, la qualité technique des soins, le respect des patients et l'accomplissement professionnel.

Notre introduction a fait principalement ressortir les quatre premières valeurs. La cinquième est absente, principalement car elle ne fait l'objet d'aucune réforme. Pourtant, elle est fondamentale dans la compréhension des logiques d'actions des professionnels du système de santé.

#### *C.4 Les orientations valorielles du système de santé*

Les valeurs doivent être appréhendées selon leurs propriétés. Elles véhiculent une représentation du monde et des actions, tout en orientant celles-ci vers une finalité, une projection de ce qui devrait être. De plus, elles sont hiérarchisées et interdépendantes à l'intérieur d'un système. En outre, elles se diffusent dans la société par l'intermédiaire des structures sociales et des divers mécanismes de régulation. Les acteurs jouent également un rôle prépondérant puisqu'ils sont porteurs de ces valeurs et les promeuvent par leurs choix et leurs actions.

Ainsi, cette section sera consacrée à la présentation des cinq valeurs que nous avons dégagées. Chaque valeur sera décrite en fonction de l'ontologie et de la téléologie qu'elle porte, des diverses technicalités associées à leur diffusion et implantation dans le système de santé, et par rapport aux interdépendances qu'elles entretiennent entre elles. L'ontologie s'intéresse à la nature de la réalité et à la manière de la concevoir. Chaque valeur propage une conception du système de santé et des rapports entre les acteurs. La téléologie permet de décrire les intentions et les finalités des actions, ainsi que les logiques qui guident les acteurs. Les technicalités regroupent l'ensemble des moyens légaux, institutionnels, organisationnels et pratiques permettant à une valeur de se diffuser et de structurer un système.

##### *C.4.a L'imputabilité*

###### C.4.a.1 Ontologie et téléologie de l'imputabilité

L'imputabilité est au cœur de la gouvernance des sociétés démocratiques et représente l'un des principaux fondements de l'administration publique (Dubois, 2002). Elle constitue le

principe qui fonde tous les mécanismes par lesquels « ceux qui détiennent et exercent une autorité quelconque sont tenus de rendre des comptes » (Aucoin, 2000 cité par Dubois, 2002 :1). Toutes les parties prenantes travaillant pour l'état sont concernées. Les ministres doivent rendre des comptes au public à propos des actions entreprises, cela par l'intermédiaire du parlement (Barberis, 1998). Les fonctionnaires sont imputables en interne vis-à-vis du gouvernement et de ses ministres. Ainsi, l'imputabilité recouvre les « mécanismes et procédures pour assurer la transparence de l'action publique, pour sanctionner les mauvaises conduites des gouvernants et pour stimuler la participation citoyenne à l'action publique (Taylor, 1981; Dorum, 1997 cité par Dubois, 2002, p. 1). Cela implique la surveillance, le contrôle ainsi que la redevabilité vis-à-vis des supérieurs hiérarchiques et du public (Gramm, 1996). Il se dégage également une obligation morale liée à la responsabilité individuelle d'accomplir adéquatement ses tâches (Gramm, 1996).

Dès lors, l'imputabilité est au centre de la réflexion sur l'action publique et le lien entre « gouvernants et gouvernés, professionnels et clients, entre mandants et mandataires, entre électeurs et élus, bref toutes les situations qui supposent l'exercice du pouvoir, une délégation d'autorité ou un transfert de responsabilité ». (Dubois, 2002 : 3). L'institutionnalisation de cette valeur est associée avec l'implantation du nouveau management public. L'objectif était de renforcer l'utilisation adéquate des ressources publiques et d'améliorer l'efficacité. Cela a été appuyé par la décentralisation ou la délégation des compétences, une accentuation de l'orientation des services publics vers le consommateur et une contractualisation des rapports entre les acteurs.

➤ L'instauration de cette valeur dans les systèmes de santé

L'accent sur l'imputabilité dans les systèmes de santé a surtout été mis de l'avant dans les années 90 (Gramm, 1996). Elle est devenue centrale dans la plupart des pays occidentaux du fait de l'impact du système de santé sur le bien-être de la population et du coût budgétaire associé à celui-ci (Brinkerhoff, 2004). Dans la pensée issue du nouveau management public, on y adjoint souvent le terme «*efficience*». Dans les systèmes de santé, l'imputabilité est définie comme «*le fait de prendre en compte et de répondre politiquement, commercialement, communautairement et cliniquement aux attentes et intérêts des patients. L'imputabilité est le processus par lequel les décideurs du système de santé poursuivent les objectifs d'efficience, de qualité et d'accès afin de répondre aux intérêts du public.* » (Gramm, 1996 :75).

Dans les organisations de santé sans profit, l'imputabilité prend deux formes, l'une procédurale visant le respect des procédures et des standards et l'autre conséquencielle qui concerne l'atteinte des cibles, la performance et l'utilisation efficiente des ressources (Gramm, 1996). Tous les acteurs sont touchés par cette recherche d'imputabilité, notamment le corps médical auquel on reproche un manque de prise en compte des conséquences financières des prises en charge. Ainsi, la profession médicale devient responsable «*explicitement non seulement de la qualité des soins, mais également de l'efficience avec laquelle les ressources sont employées pour atteindre cette qualité* » (Lomas & Contandriopoulos, 1996 : 267). Dès lors, «*le processus d'imputabilité suppose l'engagement de différents acteurs ou groupes d'acteurs impliqués dans un réseau souvent complexe de relations dont l'enjeu est de faire en sorte que des parties assumant une responsabilité puissent rendre des comptes et expliquer les*

résultats des efforts consentis et les niveaux de performances atteints » (Dubois & Denis, 2001 : 3).

Une conception large de l'imputabilité, comme orientation principale de la gouvernance, devrait inclure une définition de la structure des relations entre les différents acteurs, ainsi que de leurs rôles et responsabilités, une obligation de reddition de compte par ces mêmes acteurs et enfin l'évaluation de la performance afin de juger les actions. Dans cette optique, il faut considérer l'évaluation de la performance comme un mécanisme de reddition de compte permettant de vérifier la conformité des pratiques et des résultats.

Ainsi, l'instauration de l'imputabilité nécessite la constitution d'un cadre formel et légal par lequel les responsabilités des acteurs et les mécanismes de reddition de compte sont institutionnalisés (Etiozi, 1975). Elle est également dépendante d'une composante symbolique, par laquelle la responsabilité individuelle et l'obligation de reddition de compte deviennent des aspects majeurs de la culture. Ces deux composantes tendent à encadrer le comportement des acteurs.

#### C.4.a.2 Technicalités : l'application de l'imputabilité

Plusieurs instruments et mécanismes ont été implantés pour accroître l'imputabilité des différents acteurs du système de santé. Les guides de bonnes pratiques, les mécanismes d'accréditation, les mesures de la performance, les contrats peuvent tous être considérés comme des instruments renforçant la reddition de compte. Ces mécanismes touchent trois aspects des systèmes de santé, l'allocation appropriée et l'utilisation efficiente des fonds publics, la conformité des pratiques aux procédures et aux standards, et l'atteinte les objectifs

définis par des cibles (Brinkerhoff, 2004). Ces mécanismes ont été implantés dans de nombreux systèmes de santé. En effet, comme nous l'avons décrit dans le premier chapitre, plusieurs organismes ont été créés pour élaborer des standards de pratiques comme le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) en Angleterre ou l'*Australian Council on Healthcare Standards* en Australie. Parallèlement, d'autres institutions ont vu le jour pour évaluer et juger de la performance au niveau institutionnel tel que le « *monitor* » en Angleterre ou la *National Health Performance Authorities*. Ces organismes ont pour objectifs de créer des standards, fixer des objectifs et des normes et mesurer la performance en fonction de ceux-ci. Ces mécanismes visent donc à assurer la transparence, à augmenter la reddition de compte et à accroître le contrôle entre différents paliers du système de santé. En Angleterre et en Australie, les gouvernements ont ajouté l'obligation, pour les hôpitaux, de rendre des comptes sur leur performance directement à la population afin de maintenir la confiance des citoyens vis-à-vis de leur système de santé.

Des mécanismes de reddition de comptes sont également présents au Canada par l'intermédiaire des Conseils qualité, qui publient chaque année des rapports sur la performance des systèmes de santé de chaque province, et dans certains cas des hôpitaux. Au Québec, le Conseil de la santé et du bien-être joue ce rôle, en tant qu'organisme indépendant mettant à disposition de la population des rapports évaluant la performance des hôpitaux. À l'interne, ce sont les ententes de gestion qui symbolisent, par la contractualisation des relations entre les acteurs et l'établissement de cibles à atteindre, ce mouvement pour favoriser l'imputabilité. Cependant, la majorité des indicateurs et des cibles concernent des volumes de production, l'accessibilité des soins, l'humanisation des soins et quelques indicateurs sur les ressources humaines (Entente de gestion 2006-2011). Ainsi, on ne trouve ni indicateurs de



sécurité des soins, ni efficacité d'utilisation, ou indicateur populationnel et encore moins d'indicateurs sur la qualité de vie au travail.

#### C.4.a.3 Nature de la valeur imputabilité

L'application de la valeur imputabilité accroît l'attention portée sur la transparence et la reddition de comptes concernant l'allocation et l'utilisation des ressources, la conformité des pratiques ainsi que la performance du système de santé (Brinkerhoff, 2004). Divers mécanismes sont utilisés pour assurer l'imputabilité des acteurs envers ces aspects. Par ailleurs, il semble difficile de concevoir l'imputabilité sans y adjoindre le terme «efficacité». L'imputabilité est autant une fin qu'un outil de transformation des systèmes de santé (Dubois, 2002). En effet, appréhender l'imputabilité comme une fin en soi signifie adopter « une position essentiellement normative qui s'appuie sur les valeurs démocratiques de transparence, de participation, de responsabilité, de droit à l'information et qui reconnaît à l'imputabilité une valeur intrinsèquement forte pour établir des relations plus harmonieuses entre les différents acteurs sociaux, assurer la cohésion sociale, faciliter la coordination organisationnelle » (Dubois, 2002 : 21). L'imputabilité devrait, par le nécessaire dialogue qu'elle instaure entre celui qui est imputable et les autres acteurs, amener les systèmes de santé vers un fonctionnement plus démocratique (Brinkerhoff, 2004). À l'inverse, la conception de l'imputabilité comme un outil est un moyen de développer des organisations plus efficaces et efficaces (Dubois, 2001). Par ailleurs, il ne faut pas considérer ces approches comme contradictoires, bien au contraire elles semblent complémentaires, car elles fixent un but et les moyens pour l'atteindre.

Ainsi l'imputabilité comme valeur suppose l'engagement des acteurs du réseau de la santé à assumer une responsabilité et à rendre des comptes vis-à-vis l'utilisation des ressources mobilisées dans le but d'atteindre un certain niveau de performance.

#### C.4.b Responsabilité à l'égard de la santé de la population

##### C.4.b.1 Ontologie et téléologie de la valeur responsabilité à l'égard de la population

L'avènement de la responsabilité à l'égard de la santé de la population marque un déplacement des objectifs des systèmes de santé partant de l'amélioration de la santé des personnes malades vers la préservation et l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population. L'organisation mondiale de la santé a défini l'amélioration de la santé des populations comme le but intrinsèque de tout système de santé, autant en termes de niveau de santé absolue de la population que d'équité de distribution (Murray & Frenck, 2000). Une gouvernance basée sur la notion de *stewardship* doit permettre de soutenir cet objectif et assurer que les responsabilités des acteurs du système de santé soient bien alignées avec les objectifs de celui-ci. Au Canada, les plus récents plans stratégiques de nombreuses provinces, fixant les objectifs des systèmes de santé, ont fait de l'amélioration et de la préservation du statut de santé de la population l'objectif principal de leur action<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Gouvernement du Québec. *Plan stratégique 2010 - 2015*. Gouvernement du Québec, 2010. Accessed on August 8, 2012.

Alberta Health Services. *Becoming the Best: Alberta's 5-Year Health Action Plan 2010 - 2015*. Government of Alberta, 2010. Accessed on August 8, 2012.

Government of Saskatchewan. *Ministry of Health Plan for 2012 - 13*. Government of Saskatchewan, 2012. Accessed on August 8, 2012.

Government of Ontario. *Ontario's Action Plan for Health Care*. Government of Ontario, 2012. Accessed on August 8, 2012.

British Columbia Ministry of Health Services. *2010/11 - 2012/13 Service Plan*. Government of British Columbia, 2010. Accessed on August 8, 2012.

Pour ce faire, les gouvernements misent sur un renforcement de la prévention et de la promotion afin de diminuer le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, ainsi que sur une meilleure première ligne de soins.

Un déplacement de l'objectif du système de santé vers l'amélioration de la santé des populations peut paraître uniquement sémantique, pourtant il entraîne une modification profonde des activités, du financement et des logiques d'action. En effet, le système de santé est traditionnellement conçu autour de deux domaines d'activités distincts : la santé publique et le système de soins (Murray & Frenck, 2000). La santé publique correspond aux prestations de services collectifs, comprenant les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, rendues sur une base collective. A contrario, le système de soins réfère aux prestations de services personnels regroupant les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de réadaptation (Breton, 2009).

Ces domaines d'activités diffèrent en termes d'objectifs, de cible d'action, de type de prestation et de temporalité.

*Tableau 25 Différence entre le système de soins et la santé publique (adapté de Breton, 2009)*

<b>Domaine d'activité</b>	<b>Système de soins</b>	<b>Santé publique</b>
<b>Objectif</b>	Restauration ou amélioration de l'état de santé des individus qui utilisent les services	Préservation et amélioration de la santé de la population
<b>Type d'efficacité</b>	D'utilisation	Populationnelle
<b>Type de prestation</b>	Individuelle-thérapie médicale	Collective-promotion et prévention

<b>Cible d'action</b>	La maladie	Les comportements, l'éducation, l'environnement de travail, l'environnement physique
<b>Acteurs impliqués</b>	Professionnels et gestionnaires du système de soins	Professionnels de santé publique et différents acteurs intersectoriels
<b>Temporalité</b>	Perspective à court terme	Perspective à moyen et long termes

Il existe un déséquilibre important entre ces domaines d'activités que l'on peut constater par les différences d'investissement financier. L'ampleur de ce décalage reflète une conviction « selon laquelle la disponibilité des services de soins et leur utilisation constituent des facteurs essentiels pour la santé des individus comme des populations » (Evans, 1996 :38).

Cependant, de nombreux auteurs ont montré que le système de soins n'est pas le déterminant qui affecte le plus la santé de la population (Dutton, 1986 ; Marmor 1986 ; McKeown, 1979, cité par Evans, 1996). Comme l'a expliqué Lalonde (1974) dans *Une nouvelle perspective pour la santé des canadiens*, trois déterminants jouent un rôle tout aussi important que le système de soins : les modes de vie, l'environnement et la biologie humaine. Néanmoins, cette perspective est incomplète et Evans (1996) affirme que « l'estime de soi et la confiance dans sa propre valeur, la place occupée dans la hiérarchie sociale et le degré de maîtrise ou d'impuissance face à son devenir » agissent également fortement sur la santé (Evans, 1996 : 57). Ainsi, l'environnement social et la position de l'individu dans celui-ci va agir sur les comportements des individus et leur état fonctionnel. Dès lors, guérir des maladies

provoquées par des déterminants de la santé extérieurs au système de santé ne fait que traiter les symptômes, alors que des actions en amont sur l'environnement social et physique, les conditions de travail et les comportements permettraient de limiter la venue de ces pathologies. Ainsi, la santé des populations résulte d'une multiplicité de déterminants, dont aucun n'est un déterminant absolu.

Ce constat incite à revoir les politiques de santé afin qu'elles agissent plus directement sur les déterminants de la santé des populations par des actions de prévention et de promotion et par une meilleure collaboration intersectorielle. Cela constitue la base d'un virage idéologique dont la valeur responsabilité à l'égard de la santé des populations serait le symbole.

Pour ce faire, il faut une plus grande convergence entre le système de soins et la santé publique. Selon Breton (2009), le rapprochement entre ces deux domaines se réalise sous la pression de l'augmentation des maladies chroniques qui nécessitent un meilleur arrimage entre ces deux domaines. Cependant, cette convergence engendre de profonds changements au sein du système de santé. En outre, l'application de la valeur responsabilité à l'égard de la santé de la population s'est traduite par une réflexion sur la responsabilité populationnelle des établissements de soins. Ceux-ci deviennent progressivement responsables pour la santé de la population qu'ils desservent. Néanmoins, il est évident que cette responsabilité n'incombe pas uniquement aux établissements de santé, mais à l'ensemble des institutions et acteurs pouvant influencer les déterminants de la santé. Une meilleure intégration des acteurs, des structures et des systèmes d'information est un prérequis à cette convergence. La création de réseaux de santé regroupant plusieurs institutions et organisations d'une communauté a souvent été

privilégiée. Les systèmes d'information devraient se baser sur les profils épidémiologiques des populations afin de répondre le mieux possible à leurs besoins en termes de services de soins et de services sociaux. En outre, la création d'une telle base de données orientée vers la population devrait permettre aux décideurs de mieux cerner les besoins et donc de mieux allouer les ressources selon les secteurs géographiques (Nerenz, 1996). Cela signifie qu'il est essentiel de définir une population, une aire géographique et les frontières à celle-ci. Le corollaire de cela étant la nécessaire identification des acteurs responsables des résultats de santé de la population (Nerenz, 1996).

On comprend donc qu'une approche populationnelle tend à responsabiliser les acteurs et à mesurer leurs actions autour de l'amélioration de la santé de la population. Ainsi, la responsabilité à l'égard de la santé de la population se traduit opérationnellement par une responsabilité populationnelle. La vision se veut globale et systémique et repose sur les valeurs de justice sociale, d'égalité et d'équité (Pineault & Breton, 2007). La planification se fait sur une base populationnelle. En effet, « dans une perspective populationnelle, la priorisation des problèmes de santé cible toute la population et se fonde sur l'efficacité populationnelle. Alors que dans une perspective clinique, la priorisation des problèmes de santé privilégie les patients et l'efficacité clinique (ou d'utilisation) » (Pineault & Breton, 2007). Ainsi, l'efficacité populationnelle renvoie à la capacité d'un système de santé à améliorer la santé de la population de son territoire.

#### C.4.b.2 Technicalités : de l'application de la responsabilité à l'égard de la santé de la population.

Plusieurs expériences internationales ont tenté d'articuler les enjeux de santé publique et de soins au sein d'une même structure de gouverne. Nombre de ces expériences sont inspirées du modèle clinique *Kaiser Permanente* (Breton, 2009). Ce modèle d'innovation intègre la prévention clinique à la production des soins de qualité au meilleur coût. De même, la Veterans Health Administration (VHA) a créé un nouveau modèle d'organisation centré sur le patient où les services de soins sont coordonnés sur un territoire déterminé (Kizer et al., 2000, cité par Breton, 2009)

Au Québec, cette démarche a été opérationnalisée par la loi 83 qui instaure l'approche populationnelle. Dans cette optique, les centres de santé et de services sociaux sont responsables de la santé de leur population. Cette loi a instauré un ensemble de modalités organisationnelles permettant de mieux répondre aux besoins de la population, tels que les réseaux locaux de santé et les différents programmes de prise en charge. De plus, les CSSS sont responsables de susciter et d'animer localement les collaborations intersectorielles, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population (gouvernement du Québec, 2003, cité par Breton, 2009). Ceci est complété par la nomination d'un responsable local de santé publique dans chaque CSSS. En conséquence, le gouvernement a introduit une structure institutionnelle locale permettant l'intégration de la santé publique à la gestion du système de soins.

Plus précisément l'approche populationnelle se caractérise par quatre paramètres : un objectif, une responsabilité, une stratégie et une gouverne (Breton, 2009). L'objectif est

l'amélioration de la santé de la population d'un territoire. La stratégie se veut « pro-active et consiste à prendre des mesures pour diminuer l'apparition de problèmes de santé » (Breton, 2005 : 2). Il faut ajouter que cela entraîne un changement dans les mécanismes de gestion, où l'on passe d'une gestion centrée sur les ressources à une gestion centrée sur les résultats de santé (Breton, 2005). Ainsi la reddition de compte se fait sur les résultats de santé de la population. Dans un sens, cette approche et ces responsabilités marquent une nouvelle forme de rationalisation dans la gestion du système. En effet, pour mener un à bien un tel objectif, les gestionnaires des réseaux locaux de santé « doivent connaître les caractéristiques épidémiologiques, démographiques et sanitaires de la population » (OMS, 2001, cité par Breton, 2005). Les gestionnaires doivent donc faire des choix dans l'allocation des ressources sur la base de preuves scientifiques ou de données probantes. La gestion centrée sur les résultats est une méthode de gestion qui consiste essentiellement à allouer des ressources financières par programme en fonction d'objectifs clairement définis et d'évaluer le rendement des montants consentis en fonction des résultats obtenus. Cette méthode vise la responsabilisation de tous les acteurs du réseau vis-à-vis de l'atteinte de l'efficacité populationnelle des programmes de santé.

### C.2.b.3 Nature de la valeur responsabilité à l'égard de la santé de la population

Cette valeur renvoie à la responsabilité du système de santé vis-à-vis l'amélioration de la santé de la population et de la prise en compte de l'ensemble de ses besoins, en intégrant les différents déterminants de la santé. Cette notion est étroitement liée à une approche holistique de la santé, à la justice sociale et à l'équité. Elle se rapproche de la valeur d'humanisme décrite par Schwartz & Bilsky (1990) dont l'objectif est la protection du bien-être de tous. Son



application nécessite une plus grande adaptation et flexibilité du système de santé vis-à-vis des besoins de santé de la population, mais également un arbitrage plus difficile dans l'allocation des ressources qui devrait être déterminée par l'efficacité des différentes activités à améliorer la santé de la population.

#### C.2.b.4 Interdépendance des valeurs

L'imputabilité et la responsabilité à l'égard de la santé de la population sont deux valeurs que l'on peut considérer comme complémentaires, car elles reposent sur de nombreux mécanismes communs. En effet, la mise en place des mécanismes d'imputabilité inclut une réflexion sur la performance des systèmes de santé et l'atteinte de cibles de performance. Ces cibles de performance devraient représenter les résultats attendus du système, en fonction des objectifs établis. Cependant, on constate que plusieurs définitions de la notion de résultats coexistent. En outre, la valeur imputabilité véhicule une conception des résultats basée sur l'efficacité et le volume de production, alors que la valeur responsabilité à l'égard de la santé de la population est concernée par l'efficacité populationnelle. En effet, les diverses technicalités permettant l'application de la valeur imputabilité mettent l'emphase sur l'atteinte de cibles de performance estimées en termes de volume de soins, de productivité et d'efficacité d'utilisation. Ces résultats ne correspondent pas à une logique d'amélioration de la santé des populations, puisque la logique populationnelle est centrée sur des mesures populationnelles telles que la mortalité évitable (par la prévention ou les soins), l'espérance de vie ou la prévalence des certaines maladies chroniques. Néanmoins, Gramm (1996) affirme qu'on assiste de plus en plus à un alignement entre les buts ultimes énoncés du système de santé et les mesures de résultats en vigueur. Dans l'absolu ces deux valeurs seraient donc

compatibles. Cependant, la responsabilité à l'égard de la santé de la population semble véhiculer une vision plus large de ce que devrait représenter un résultat de santé et porte surtout sur une vision plus universaliste, basée sur les valeurs de justice sociale et d'équité.

#### C.4.c L'accomplissement professionnel

##### C.4.c.1 Ontologie/téléologie de la valeur accomplissement au travail

La valeur d'accomplissement au travail ou de réalisation de soi par l'activité professionnelle est un élément central de la littérature en psychologie organisationnelle et dans les études sur les valeurs. En effet, les premiers travaux des psychologues sur les comportements au travail ont associé la motivation avec l'accomplissement professionnel.

Maslow (1954) fait de la réalisation de soi et de l'accomplissement le besoin ultime des êtres humains. De même, Herzberg (1978) a élaboré sa théorie sur la base de deux mythes fondateurs en psychologie du travail : Adam et Abraham. Adam symbolise l'homme qui tente d'échapper aux maux provenant de son milieu. Abraham est celui qui aspire à s'épanouir par ses accomplissements. De ces deux mythes, Herzberg extrait deux ressorts psychologiques qui lui semblent centraux en psychologie du travail. Tout individu chercherait à échapper à la douleur et aspirerait à grandir psychologiquement afin de s'accomplir. Ces deux facteurs sont les sources de la satisfaction et du mécontentement. Cependant, l'accomplissement au travail ne dépend pas uniquement du potentiel de réalisation de soi qu'offre un emploi ou une tâche, mais aussi de la qualité du milieu de travail représentant les facteurs d'ambiance (Herzberg, 1978). Par ailleurs, la définition de l'accomplissement, de même que ses sources, diverge selon les professionnels et le type d'emploi qu'ils exercent. En effet, plus un individu est

qualifié, plus son accomplissement au travail dépendra du degré de liberté et de valorisation du contenu des tâches qu'il réalise. Par contre, les individus exerçant des emplois nécessitant moins de compétences auront tendance à appréhender leur satisfaction et leur accomplissement selon les facteurs d'ambiance découlant de la qualité du milieu de travail (Herzberg, 1978). Cette approche est corroborée par des travaux plus récents sur la psychodynamique du travail (Vézina, 2002b). Cette théorie postule que tout « individu cherche à s'accomplir et à relever des défis en mobilisant son intelligence pratique et son inventivité, dans un contexte ou un environnement de travail qui lui laisse suffisamment d'autonomie pour le faire » (Vézina, 2002b :111). L'individu est donc à la recherche d'un accomplissement personnel qui est intimement lié à sa quête d'identité qui prend place dans le cadre d'une entreprise collective. Ainsi, « l'accomplissement de soi dans le champ du social dans le cadre d'une activité de production peut représenter une victoire sur la mort et une protection contre l'angoisse qu'elle génère » (Vézina, 2002b :112). L'accomplissement au travail revêt donc une grande importance pour l'équilibre psychologique et la construction identitaire des individus.

Au-delà de la littérature en psychologie industrielle, l'accomplissement occupe une place importante dans l'étude des valeurs. Rokeach (1973) fait de l'accomplissement une valeur terminale découlant du sentiment d'avoir réussi, de disposer d'un statut social reconnu engendrant une bonne estime de soi. Schwartz (1990) présente deux domaines motivationnels qui rejoignent cette valeur. Selon lui, la recherche de stimulation ainsi que la recherche d'autonomie constituent des éléments centraux expliquant l'action et le comportement des individus.

#### C.4.c.2 Technicalité de la valeur accomplissement au travail

Les technicalités associées à cette valeur découlent majoritairement de la volonté d'une organisation d'améliorer la qualité de vie au travail et de préserver ou d'accentuer la liberté et l'autonomie des professionnels. En fait, la préoccupation grandissante entourant la qualité de vie au travail dans les organisations de santé découle des difficultés de rétention du personnel. Dès lors, l'amélioration des conditions de travail afin d'accroître la rétention du personnel est devenue pour certains établissements de santé un objectif à part entière. On constate, dans les hôpitaux dits magnétiques, que deux éléments jouent un rôle fondamental dans la rétention du personnel et leur satisfaction : l'autonomie et le soutien organisationnel par l'intermédiaire d'un meilleur soutien des superviseurs et de meilleures relations interpersonnelles, surtout entre les infirmières et les médecins. Ceci correspond aux deux facteurs décrits par Herzberg (1978), l'un d'ambiance attaché à la qualité des relations et de l'environnement de travail et l'autre d'accomplissement symbolisé par la possibilité laissée aux professionnels d'exercer plus librement ses compétences.

#### C.4.c.3 Nature de la valeur accomplissement au travail

La valeur accomplissement, et son expression par la recherche d'une plus grande autonomie au travail, semble être centrale pour expliquer la satisfaction, la motivation et la rétention des professionnels de la santé (Aiken, 2000, 2004). L'autonomie est ancrée dans les besoins vitaux de contrôle et de maîtrise de ses tâches dans l'environnement de travail (Schwartz & Bilsky, 1990). Selon Callahan (1984), la notion d'autonomie véhicule conceptuellement celle d'indépendance morale. En outre, l'autonomie permet d'établir ses propres standards et ce faisant, représente la liberté de poursuivre ses propres fins. « Le But

suprême de l'homme est de se réaliser soi-même en tant qu'individu créateur, unique en son genre, selon ses propres possibilités innées, et dans les limites de la réalité » (Jung cité par Herzberg, 1978). Cependant, l'accomplissement est également dépendant du soutien organisationnel et du soutien social que reçoit l'individu. Ainsi, cette valeur renvoie à la possibilité de s'accomplir professionnellement, ce qui implique à la fois l'autonomie dans la pratique professionnelle, un environnement de travail sain et une reconnaissance du travail réalisé.

#### C.4.c.4 Interdépendance avec les autres valeurs

L'autonomie au travail est un élément primordial pour les médecins et les infirmières et semble, de ce fait, s'opposer aux mécanismes de régulations que tentent d'imposer les institutions régulatrices et les gestionnaires. En effet, la logique d'action médicale serait en grande partie tournée vers la préservation de son autonomie et de son indépendance (DeSouza, 2001 ; Freidson, 1984 ; Dubar, 1998). Selon DeSouza (2001), l'autonomie préservée par l'autorégulation professionnelle est un élément constitutif du corps médical. Celle-ci est remise en cause par des mécanismes visant l'accroissement de l'imputabilité. Cette recherche d'imputabilité instaurée par les gouvernements a pour objectif de mieux encadrer et réguler les pratiques des professions médicales, en accroissant la pression pour une meilleure reddition de comptes basée sur une évaluation des résultats. Cela est en partie soutenu par la médecine basée sur les évidences qui sert d'outil et de critère de jugement. Ainsi, il semblerait exister une opposition dans les logiques d'action et la téléologie des valeurs accomplissement au travail et imputabilité.

#### C.4.d La qualité technique des soins

##### C.4.d.1 Ontologie et téléologie de la qualité technique des soins

Les principales composantes techniques de la qualité des soins sont le caractère approprié des soins prodigués, la sécurité de ceux-ci et l'efficacité (Donabedian, 1980). La qualité est à la fois une propriété de la prise en charge et un critère de jugement. Une pratique de qualité et le jugement de celle-ci doivent se faire sur la base de connaissances scientifiques et des normes cliniques permettant d'atteindre le meilleur équilibre possible entre les risques et les bénéfices de la prise en charge (Donabedian, 1980). Les normes et codes régissent la pratique médicale et définissent ce qu'est une « bonne » qualité des soins. Traditionnellement, ceux-ci étaient élaborés par la profession médicale et reposaient sur une obligation de moyens et non de résultats (Haddad, 1997). Depuis 20 ans, on assiste à un double mouvement fondé sur la technicisation de la qualité. Premièrement, cette technicisation accroît, par l'introduction de nouvelles techniques diagnostiques, de nouveaux traitements et de nouveaux médicaments, la capacité d'action des professionnels de la santé et la qualité des prises en charge. Dans ce cas, la technique réfère à la fois à une meilleure connaissance scientifique des maladies et de l'efficacité des traitements, mais aussi au développement de nouveaux savoir-faire. La science médicale soutient le développement de techniques qui devraient permettre de prodiguer des soins de meilleure qualité.

Deuxièmement, la technicisation de la qualité correspond à processus de rationalisation et de standardisation de la production par l'intermédiaire de standards et de normes incorporés dans des mécanismes de gestion et de régulation. La technique, soutenue par la science, touche à la production de ces normes et standards, mais aussi à la conception des instruments

de contrôle. Ainsi, ce second mouvement vise un meilleur contrôle des pratiques par la production de critères permettant de juger, par des organismes extérieurs à la profession médicale, de la qualité des soins. Ce mouvement n'est pas propre au système de soins. En effet, le concept de qualité a été mis au service d'une production de masse rationalisée avec pour objectif de fournir des produits possédant des caractéristiques déterminées, la variation étant un synonyme de défaut (Setbon, 2000). On assiste donc, comme dans l'industrie, à l'accentuation d'un processus de technicisation et de rationalisation des soins, par l'élaboration de référentiels qualité matérialisés sous forme de guides de bonnes pratiques. Dès lors, « la qualité repose sur la capacité d'élaboration de référentiels opérationnels indiquant comment bien-faire, condition implicite pour ne pas mal faire » (Setbon, 2000 : 52). De ce fait, la qualité est un moyen soutenu par des techniques et des méthodes desquelles on attend des effets.

L'évaluation de la qualité se base aujourd'hui principalement sur la conformité des actions aux protocoles ou référentiels permettant d'apprécier le caractère approprié des soins fournis et la compétence d'exécution de ceux-ci. En outre, on assiste à un mouvement qui tend à substituer la liberté de décision, pilier de la profession médicale, par un modèle d'organisation du travail médical, basée sur des techniques soutenues par la science visant à standardiser les prises en charges. Ainsi, la qualité des soins reprend à son compte deux postulats établis par l'industrie : « la première pose que la qualité finale est le produit de la qualité de chacun des composants présents au cours du processus de production, le second que la qualité se définit, s'organise et se mesure » (Setbon, 2000 : 55).

➤ *De la prédominance de l'aspect technique pour définir la qualité des soins à l'avènement de la médecine basée sur les évidences*

La qualité technique des soins ne s'est pas développée avec la médecine basée sur les évidences. Au contraire, la conception techniciste des soins a toujours été au centre de la profession médicale. Le modèle biomédical conçoit le corps comme une machine qui peut être « réparé » par la mise en œuvre de méthodes et de techniques. Dans ce cadre, la prise en charge d'un patient est avant tout conçue autour des soins visant un changement de condition du patient (Glouberman, 1996). Les médecins entreprennent des interventions qui peuvent être considérées de quatre ordres : des incursions, des ingestions, des manipulations et des médiations (Glouberman, 1996). Toutes ces interventions, mis à part la médiation, sont basées sur des composantes techniques de la pratique médicale. La prédominance de ces aspects a été renforcée par le mouvement de la médecine basée sur les évidences qui se caractérise par une technicisation et une informatisation de la pratique médicale. Ces outils sont autant utilisés par les médecins comme des moyens pour améliorer leur pratique que par les gestionnaires et les institutions comme moyen de contrôle de l'activité médicale.

Le terme de médecine basée sur les évidences a été introduit, il y a de cela 15 ans par un groupe d'épidémiologiste de McMaster de l'université d'Hamilton (Mykhalovskiy & Weir, 2004). Ce mouvement fut considéré comme un nouveau paradigme pour la pratique médicale (Evidence-based Medicine Working Group, 1992, cité par Mykhalovskiy & Weir, 2004).

La MBE a été rapidement intégrée dans la littérature médicale, dans les politiques publiques en matière de santé et enseignée dans les écoles de médecine. Ainsi, la médecine basée sur les évidences c'est institutionnalisée très rapidement, devenant une nouvelle voie



pour penser la pratique médicale tout en représentant, simultanément, un levier d'action politique afin d'améliorer la qualité et de contrôler les coûts.

L'implantation de ces outils d'aide à la prise de décision avait pour objectif de réduire la variabilité des pratiques médicales (Berg, 1997), et de transformer l'art médical de la prise de décision, en science (Komaroff, 1982, cité par Berg, 1997). Selon la médecine basée sur les évidences, la pratique médicale tend à se définir comme l'exécution d'étapes logiques et séquentielles définies scientifiquement. Dès lors, les protocoles représentent un outil permettant de structurer et de coordonner le travail scientifique de diagnostic et de traitement des patients. La logique sous-jacente est la rationalisation et la standardisation des pratiques afin d'en assurer leur reproductibilité et leur prédictibilité. Néanmoins, l'explicitation des règles ne peut être que partielle. Les protocoles ne représentent qu'une codification de ce qu'il est approprié de faire dans un cas précis et circonscrit (Berg, 1997). Ainsi, ceux-ci sont partiels et nécessitent toujours une réinterprétation permettant leur application à des contextes et des situations spécifiques. De ce fait, ces outils ne pourront jamais forcer une standardisation et une rationalisation absolue du travail médical.

#### C.4.d.2 Technicalité de la qualité technique des soins

Ce processus de technicisation et de rationalisation des soins résultant de la promotion de la valeur qualité technique au travail s'exprime par plusieurs mécanismes, à différent niveau du système de santé. Selon Ferlie et Shortell (2001), la qualité est devenue au début des années 80 une préoccupation centrale des organes régulateurs des systèmes de santé, soutenue par la création d'instituts et de conseils dédiés à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité. En effet, plusieurs politiques ont été mises en place afin d'améliorer et de contrôler la qualité

des soins. Ces politiques découlaient d'un constat d'échec de l'autorégulation effectuée par les conseils médicaux et d'un ébranlement de la confiance du public (Ferlie & Shortell, 2001). Au Royaume-Uni, le gouvernement a créé le « National Institute for Clinical Excellence (NICE) » qui évalue le rapport coût-efficacité des nouvelles technologies et des médicaments et émet des guides de bonnes pratiques médicales. Il semblerait qu'il existe deux grandes catégories de mécanismes visant la rationalisation et la standardisation de la qualité des soins : des mécanismes de gestion et d'évaluation et des outils d'aide à la prise de décisions.

Les mécanismes de gestion sont de plusieurs ordres et visent à améliorer et à réguler, par des techniques de gestion, les pratiques médicales (Buetow & Rolan, 1999). Ceux-ci ont évolué, passant de l'assurance qualité, aux audits cliniques vers le management total par la qualité (Shortell et al., 1995 ; McLaughlin & Kaluzny, 1994). Cette évolution des mécanismes marque aussi une évolution dans le niveau de participation des professionnels médicaux dans les systèmes de gestion et d'amélioration de la qualité. En effet, l'amélioration continue de la qualité ou le management total par la qualité suppose une compréhension et une amélioration des processus de dispensation de soins, alors que l'assurance qualité se base sur le respect de standards et les corrections après un constat de dysfonctionnement (Shortell et al., 1995 ; Donabedian, 1989). Cependant, tous ces mécanismes partagent le même but, soit le maintien des standards de qualité correspondant aux normes en vigueur afin d'améliorer la qualité des soins (Buetow & Rolan, 1999).

Le second type de mécanismes touche plus directement la pratique des médecins et du personnel soignant par l'implantation d'outils d'aide à la décision. Berg (1997) divise ces techniques de soutien à la décision en trois catégories : les outils statistiques (outils de

diagnostics, analyse clinique de décision), les protocoles et les systèmes experts. Les guides de bonnes pratiques, étendards de la médecine basée sur les évidences, visent une réduction de la variabilité des pratiques (Nakayama, 2007), par la spécification des standards de soins (Brennan, 1991). Cependant ces outils semblent également servir d'autres fins que l'amélioration et la standardisation des pratiques, et pourraient être appréhendés comme des instruments de surveillance et de contrôle (Perleth et al., 2001).

#### C.4.d.3 Nature de la valeur qualité technique des soins

La qualité technique des soins renvoie à une prise en charge des patients guidée par des normes et des standards de pratique qui se focalisent sur la dimension technique des soins et des services. Ceci correspond à une conception particulière de la médecine : le modèle biomédical. La médecine moderne est traversée par un fort mouvement de technicisation et de rationalisation. Ce mouvement doit être appréhendé selon une double perspective. Premièrement, il se caractérise par l'introduction de nouvelles techniques médicales plus précises, une meilleure connaissance des effets des traitements et des interventions. Cette perspective est dans le prolongement du modèle biomédical où la technique renforce les capacités d'action du médecin, même si celle-ci tend à effacer d'autres aspects de la prise en charge, voire le patient lui-même. La seconde perspective est une conception de la qualité au niveau institutionnel comme étant un outil de standardisation et rationalisation de la prise en charge auxquelles sont adjointes des normes utilisées comme des critères de jugement. Cela renforce le contrôle extérieur des professionnels de la santé afin de renforcer leur imputabilité envers les institutions de régulation et la population. Dans cette perspective, la qualité technique des soins ne serait plus le produit d'un acte individuel d'un médecin découlant de sa

compétence de professionnel, mais d'un acte produit par un système organisé d'action par un processus collectivement déterminé (Setbon, 2000). Reste à savoir quelle collectivité détermine ce processus, les médecins à l'intérieur du système, les médecins experts dans les organismes de régulations ou le ministère et les acteurs technocratiques. L'un des outils les plus puissants de cette technicisation est le protocole de bonnes pratiques. Ainsi, nous définissons la qualité technique des soins comme référant au choix approprié d'une stratégie de prise en charge et à son exécution; cela en conformité avec les meilleures pratiques possibles.

#### C.4.d.4 Interdépendance entre les valeurs

Selon notre perspective, la valeur qualité technique des soins est en partie complémentaire avec la valeur imputabilité, mais semble dans certaines de ses applications s'opposer à la valeur accomplissement au travail.

Comme nous l'avons décrit, la qualité technique peut être appréhendée sous une double perspective : une amélioration des techniques et des connaissances renforçant l'efficacité des prises en charge et un processus de rationalisation et de standardisation basé sur la construction de normes et de standards de jugement provenant de l'extérieur de la profession médicale. Cette deuxième perspective s'insère dans la recherche d'imputabilité et d'amélioration de la performance des systèmes de santé. Les guides de bonne pratique, tout comme l'ensemble des outils visant l'amélioration des soins, tels l'assurance qualité ou les audits qualité, peuvent être utilisés comme des référents pour évaluer et juger le travail des médecins et, de ce fait, les rendre imputables.

Cependant, l'utilisation des guides de bonnes pratiques et des différents outils d'amélioration de la qualité s'oppose avec une valeur fondamentale du corps médical, son autonomie et son autorégulation. Dans notre approche, autonomie et accomplissement sont intimement liés et s'opposent selon Schwartz (1990) à la valeur conformité qui est véhiculée par l'utilisation des normes et standards de prise en charge comme instrument d'imputabilité. Pour Lambert (2006), la médecine basée sur les évidences aurait tendance à amenuiser les habiletés individuelles des praticiens, et entraînerait une érosion de l'autonomie et de la connaissance médicale. Cependant, ce débat est plus complexe et doit être considéré en fonction d'un autre phénomène dit de la déprofessionnalisation des médecins. Pour Freidson (1984 : 20), une occupation devient une profession lorsque trois conditions sont remplies : 1) «que soit réservé au métier la compétence exclusive pour déterminer dans une tâche à effectuer ce qu'elle signifie exactement et comment l'accomplir efficacement»; 2) «que le groupe professionnel décide à l'origine des critères qui habilite quelqu'un à accomplir le travail d'une manière acceptable»; 3) «que l'opinion publique croit à la compétence du métier de consultant et à la valeur des connaissances et des habiletés déclarées par ce métier». La médecine basée sur les évidences et les guides de bonnes pratiques risquent de remettre en cause les deux premiers critères. Cette position est celle de plusieurs auteurs qui pensent que la MBE tend à diminuer l'autonomie des médecins et de les déprofessionnaliser. C'est l'opinion de Freidson. Selon lui, « il est vrai qu'il existe des standards de procédures reconnus qui existent en médecine... mais ils sont, rarement, officiellement codifiés. Si ils l'étaient, les professionnels auraient considérablement moins de discrétion dans l'exécution de leur travail » (Freidson, 1986 : 203 cité par Timmermans, 2004). En effet, la MBE tend à provoquer un changement dans la localisation du savoir. Celle-ci passerait du médecin aux

institutions de tutelles qui pourraient influencer la composition et l'application des guides de bonnes pratiques (Haug, 1988). Les différents mécanismes d'aide à la prise de décision éroderaient l'autonomie et le jugement des médecins, et permettraient une forme d'évaluation et de contrôle de ceux-ci par des parties prenantes extérieures (Haug, 1988)

Cependant d'autres auteurs, dont Timmerman & Kolker (2004), pensent que cette position est extrême. Il fonde son analyse sur les travaux de Parsons, en lien avec la profession médicale. Selon Parsons (1951, traduit par Bourricaud, 1955), la compétence des médecins provient de leur formation initiale et se structure autour de plusieurs principes : l'universalisme, la fonctionnalité spécifique (au lieu de la fonctionnalité générale), la neutralité, et une orientation vers la communauté. La MBE et les guides de bonnes pratiques seraient fondés sur les mêmes principes (Timmermans & Kolker, 2004). Cet outil reflète l'opinion d'expert (spécificité fonctionnelle), peut être utilisé dans différentes situations (universalisme) et minimise la subjectivité (neutralité affective). Dès lors, l'objectif des protocoles serait conforme aux orientations de la profession médicale (Timmermans & Kolker, 2004). L'institutionnalisation de ces outils marquerait également un tournant vers l'institutionnalisation d'une orientation collective au détriment de l'intérêt économique individuel.

Finalement, l'enjeu central est de savoir qui développe ces protocoles et comment ceux-ci sont utilisés par les différents acteurs du système de santé. Si ceux-ci sont élaborés par le corps médical, alors la connaissance et la création des standards, et donc le pouvoir, seront toujours détenus par les médecins. Selon l'étude de Timmerman (2004), ces protocoles sont massivement développés par des médecins ou des associations de médecins. Cinquante pour

cent des guides de bonnes pratiques sont élaborés par des organisations professionnelles aux États-Unis et seulement 20 % par des organisations gouvernementales.

#### C.4.e Le respect des patients comme symbole de l'humanisme des soins

##### C.4.e.1 Ontologie/téléologie

La notion de respect des patients renvoie à la seconde composante essentielle de la qualité des soins : la qualité des relations interpersonnelles. Cette distinction entre qualité technique et qualité interpersonnelle a été conceptualisée par Donabedian (1997). La confidentialité, l'honnêteté, l'empathie, la sensibilité, le respect sont les éléments constitutifs de la qualité interpersonnelle et les critères de jugement pour l'évaluer (Donabedian, 1997). Ces caractéristiques sont donc les critères d'une bonne relation thérapeutique. Cette distinction a marqué un tournant dans la façon de concevoir la qualité et a permis de dépasser l'approche techniciste issue du paradigme biomédical. Cela a engendré la mise en place d'approches alternatives tentant de rééquilibrer la relation thérapeutique entre le médecin et le patient, et d'introduire une conception plus large de la prise en charge des patients. Cette approche correspond au modèle biopsychosocial (Mead, 2000 ; Davis-Floyd, 2001). La médecine moderne est basée sur une séparation de l'esprit et le corps, où celui-ci est perçu comme une machine dont il faut traiter les dysfonctionnements.

La qualité de la relation thérapeutique n'est pas centrale et, de ce fait, l'asymétrie de pouvoir et d'information entre le patient et le médecin est importante (Davis-Floyd, 2001). Le modèle biopsychosocial conçoit le patient comme une personne dans son entièreté où les

aspects affectifs, sociaux, émotionnels et contextuels sont primordiaux pour comprendre l'état de santé du patient et répondre à ses besoins (Mead, 2000 ; DeValck, 2001).

➤ *Divers modèles pour appréhender le respect des patients*

Plusieurs dénominations sont utilisées pour décrire la qualité interpersonnelle des soins dont la notion d'humanisme (Champagne et al., 2005), de soins centrés sur les patients (Mead & Bowler, 2000) ou encore de réactivité (Murray & Frenk, 2000). Chacun de ces courants fait de la qualité de la relation thérapeutique, ainsi que la prise en compte des divers besoins des patients des aspects centraux de la prise en charge. Cette relation doit être enracinée dans une bonne communication et une confiance mutuelle entre le patient et les professionnels de santé (Epstein et al., 2010). Selon l'Institut de Médecine (IOM) le concept de soins centrés sur le patient signifie être « respectueux et réactif aux préférences, besoins et valeurs des patients et s'assurer que les valeurs de celui-ci guident toutes les décisions cliniques » (Epstein, 2010 : 6). Il s'appuie sur six caractéristiques, le respect des individualités, des soins holistiques, la promotion de l'indépendance, le partenariat et la négociation des soins et finalement l'équité (Gerrish, 2000 ; Mead & Bowler, 2000).

Cette approche se veut donc holistique où le respect de la dignité humaine est au centre de la prise en charge (Engel, 1977). Selon McWhinney (1985, cité par DeValck et al., 2001), le docteur essaie de pénétrer dans le monde du patient et ainsi percevoir la maladie par ses yeux.

On retrouve dans les écrits de l'Organisation Mondiale de la Santé un concept déclinant les mêmes préoccupations : la réactivité. La réactivité est présentée comme un des



trois objectifs intrinsèques des systèmes de santé au même titre que l'amélioration de la santé et l'équité de financement (Murray & Frenk, 2000 ; Darby et al., 2000). La réactivité, au niveau de l'épisode de soins, est symbolisée par la valeur de respect qui est déclinée sous trois formes (Murray & Frenk, 2000 ; Darby et al., 2000 ; Valentine et al., 2003). Le respect de la dignité qui regroupe la courtoisie, mais aussi une sensibilité de la part du médecin à la difficulté des patients d'évoluer dans le milieu médical. Le respect de l'autonomie individuelle que doit favoriser la coconstruction des choix médicaux. Cela induit que le patient soit en mesure de choisir les interventions dont il pense avoir besoin. Enfin, le respect de la confidentialité qui intervient lors l'interaction du patient avec le système de santé.

#### C.4.e.2 Technicalité de la valeur respect des patients

Les technicalités visant la mise en pratique de cette valeur sont multiples. Elles touchent les pratiques médicales, l'organisation et la régulation des services ainsi que les réglementations visant à renforcer la protection des patients.

Au niveau de la prise en charge du patient, le modèle biopsychosocial se construit autour de l'alliance thérapeutique et donc d'un accroissement de la participation du patient à la prise de décision (Mead & Bowler, 2000 ; Dulmen 2003). Celle-ci devrait inclure (a) la perception des patients quant aux implications et l'importance de l'intervention (b) un accord par rapport aux buts du traitement, (c) une composante affective et cognitive dans la relation entre le médecin et le patient (Mead & Bowler, 2000). Cependant, la création de cette alliance thérapeutique nécessite l'existence de compétences autant de la part des médecins que de la part des patients. Ainsi, de nombreuses interventions sont fondées sur des formations auprès des patients et du personnel médical (Lewin, 2009). Pour les patients, ce type de formation

s'adresse aux personnes atteintes de maladies chroniques, afin de les aider à mieux comprendre leur maladie et s'approprier les traitements (Lewin, 2009). Pour les médecins, les interventions portent sur la gestion des émotions et une amélioration de leurs habiletés communicationnelles.

Au niveau organisationnel, ce modèle s'implante par une meilleure adaptation aux besoins de la population, une amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services. Selon Davis et Mechbal (2003), un système de santé centré sur le patient serait caractérisé par l'accessibilité rapide aux soins et services, un système d'information rapide soutenant la continuité informationnelle, des soins intégrés favorisant la coordination, des informations publiques sur la performance des dispensateurs de soins afin de fournir des informations aux patients pour le choix d'un dispensateur de soins.

Finalement, la dernière technicalité est appliquée par les lois renforçant le droit des patients. Ces dernières années, plusieurs lois ont été votées afin de protéger les patients, assurer la confidentialité de la prise en charge et favoriser l'accès au dossier patient.

#### C.4.e.3 Nature de la valeur respect des patients

Cette valeur renvoie à une certaine philosophie de la prise en charge des patients qui porte différents noms selon les auteurs ou les courants de pensée qui l'ont abordés. Elle véhicule une conception étendue des besoins des patients, à la fois biologiques, psychiques, sociaux et spirituels. L'approche centrée sur le patient est structurée autour d'une prise en charge thérapeutique coconstruite avec les professionnels de la santé afin de ne pas exclure et surtout de respecter la volonté des malades (Mead, 2000). Pour ce faire, il est impératif de

valoriser la qualité interpersonnelle et tenter de réduire l'asymétrie de pouvoir entre le patient et les professionnels médicaux.

Il n'est pas aisé de traduire ce mouvement par une valeur. La notion de respect a été privilégiée, car elle regroupe de nombreux aspects de la littérature ; respect de la dignité, respect de la confidentialité et respect de l'autonomie. Cette valeur serait associée à l'humanisme et la bienveillance.

Finalement, le respect des patients correspond à une approche humaniste des soins, centrée sur les aspects interpersonnels de la prise en charge des patients. Dans une telle démarche, on prend en compte l'ensemble des besoins des patients, autant physiques, psychologiques que sociaux.

#### C.4.e.4 Interdépendance entre les valeurs

La valeur respect des patients s'oppose, de par la conception de la prise en charge qu'elle véhicule, à la valeur qualité technique. Elle s'oppose également à certaines technicalités découlant de la valeur imputabilité.

L'opposition entre respect des patients et qualité technique des soins repose sur deux conceptions opposées de la prise en charge médicale, d'un côté le modèle biomédical, de l'autre le modèle biopsychosocial (Mead & Bowler, 2000). La première approche reflète une vision instrumentale, orientée vers la tâche et la maladie, alors que la seconde est associée aux dimensions affectives et interpersonnelles (Bensing, 2001).

Cependant, l'essence de cette opposition semble principalement résider dans la place que l'on donne au patient et à ses besoins. C'est probablement pour cette raison que le modèle biopsychosocial a souvent été décrit comme une prise en charge centrée sur le patient, alors que le modèle biomédical est centré sur le médecin, son savoir et ses compétences.

L'opposition entre respect des patients et imputabilité semble résider dans la tension entre accroissement de l'efficacité et de la productivité du système de santé et la mise en place de prise en charge centrée sur le patient. Ces vingt dernières années ont été marquées par la diminution des durées de séjours et un accroissement des traitements en ambulatoire. De ce fait, les interactions entre le patient et les professionnels de la santé sont à la fois moins longues et multiples, entraînant des bris dans la continuité des soins, et une moins bonne connaissance du patient et de ses besoins. Il semblerait qu'il existe une tension entre la recherche d'une meilleure efficacité par l'augmentation de la productivité et la volonté d'améliorer l'expérience du patient lors de son interaction avec le système de santé.

#### C.4.f Synthèse

Les valeurs que nous venons de présenter afin d'évaluer les systèmes de santé ne doivent pas être pensées de façon indépendantes. Au contraire, elles sont hiérarchisées, interdépendantes, et donc forme un système d'appréciation de la réalité qui oriente l'action autant pour l'individu que pour une organisation. Ces valeurs représentent selon l'approche parsonienne la structure symbolique de tous les systèmes d'action quel que soit leur niveau d'expression : l'individu, une organisation ou l'ensemble de la société. Les cinq valeurs peuvent être pensées par deux axes : un axe clinique et un axe de gestion (figure 25).

L'axe clinique renvoie à la façon de concevoir la prise en charge des patients. À l'extrême gauche de cet axe horizontal, on trouve une orientation vers la qualité interpersonnelle et l'humanisme des soins soutenu par le modèle biopsychosocial et symbolisée dans notre modèle par la valeur respect des patients. À l'inverse, on trouve à l'extrême droite, l'orientation vers la qualité technique soutenue par le modèle biologique où les aspects techniques de la prise en charge sont privilégiés. Elle est représentée dans notre modèle par la valeur qualité technique des soins.

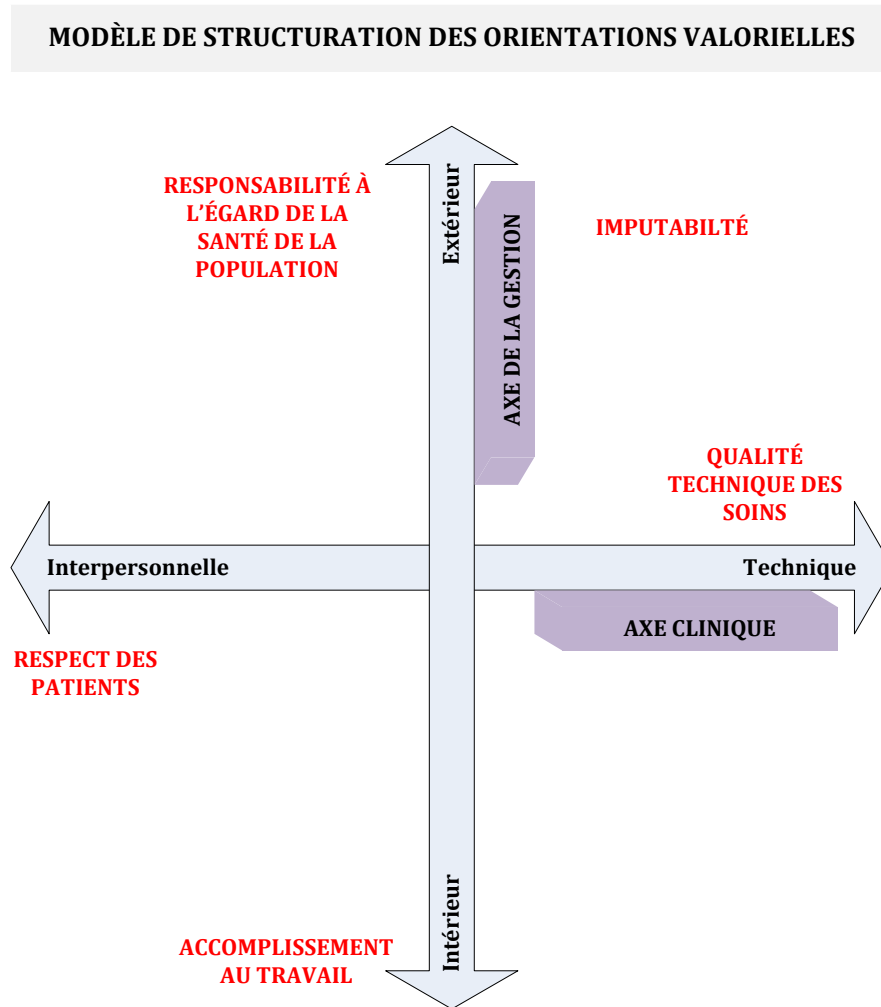
Cet axe renvoie donc à des oppositions que l'on retrouve dans la théorie des variables structurantes de Parsons (1951b) entre affectivité et neutralité affective et entre universalisme et particularisme. En effet, une orientation interpersonnelle des soins induit un certain engagement affectif des professionnels de soins, un souci pour la particularité des patients et donc une volonté d'adaptation aux cas particuliers nécessitant une certaine flexibilité dans la prise en charge. À l'inverse, une approche technique des soins se base sur la rationalisation des procédures et la création de standards généraux basées sur une recherche d'universalisme dans la prise en charge. Le comportement des professionnels de soins serait marqué par la neutralité affective.

L'axe de la gestion permet de penser les orientations majeures en termes de régulation de l'organisation. Dans ce cadre, nous nous référons au travail de Quinn (1991). Un des principaux dilemmes auquel fait face une organisation de santé où un système découle de la priorité à accorder entre les pressions internes et les pressions externes provenant des organismes de tutelles.

En effet, une orientation interne signifierait que les organisations de santé ont tendance à favoriser la préservation du climat, l'harmonie et la cohésion. Ceci est symbolisé par la valeur accomplissement au travail.

À l'inverse, une orientation vers l'extérieur tend à valoriser l'adaptation aux contraintes ou aux besoins de l'environnement. Cette tendance est marquée par plusieurs valeurs. La responsabilité à l'égard de la santé de la population correspond à une volonté de maximiser l'efficacité du système pour améliorer l'état de santé de la population sur un territoire. La valeur imputabilité découle de pressions institutionnelles en vue d'améliorer l'utilisation des ressources pour maximiser la production. L'imputabilité véhicule une recherche de contrôle, de transparence et d'efficience.

Figure 25 Modèle de structuration des valeurs



### *C.5 Estimer la validité de construit*

#### *C.5.a Définition et enjeu de la mesure de la validité de construit*

La validité de construit, aussi appelée validité conceptuelle ou théorique (Pépin, 2007) porte sur la relation entre les concepts théoriques et leur opérationnalisation (Contandriopoulos et al., 2005). Ce type de validité concerne la capacité d'un outil ou d'un

test à vraiment mesurer ce qu'il est censé mesurer (Coaley, 2010). Il faut procéder à une analyse critique du choix des méthodes de mesure afin de déterminer si elles représentent au mieux le phénomène étudié.

Cependant, il n'existe pas une technique spécifique permettant de statuer avec certitude sur la validité de construit d'un outil. Cronbach (1960) affirme que tous les tests sont impurs, et ne mesurent pas réellement ce qu'ils sont censés mesurer. « La validité de construit est établie à travers un processus continu d'interaction entre les observations, le raisonnement et l'imagination » (Cronbach, 1960, p. 121). Ainsi, mesurer la validité de construit peut nécessiter l'utilisation de plusieurs méthodes dans le but de cumuler des évidences montrant que le test mesure bien le construit cible (Pépin, 2007). Le résultat de cette démarche de validation n'aboutit pas à un indice statistique, mais à plusieurs résultats qui seront interprétés en relation avec les éléments théoriques sur lesquels s'appuie le test (Pépin, 2007).

Pedhazur et Schmelkin (1991) ont décrit plusieurs moyens permettant de déterminer la validité de construit : a) une analyse logique b) une analyse de la structure interne des données c) une analyse de structure croisée.

L'analyse logique de la validité de construit devrait être un élément à part entière de toute recherche. À la base de cette analyse se trouve une réflexion sur la construction du concept à l'étude, des items choisis, des méthodes de mesure, le choix des échelles de mesure et des conditions spécifiques dans lesquelles ils sont utilisés. L'analyse de la structure interne s'attache à évaluer la validité d'une série d'indicateurs reflétant un construit. Cette approche est basée sur l'analyse factorielle. Elle réfère à une famille de techniques analytiques permettant d'identifier les facteurs qui sous-tendent les relations entre les indicateurs mesurant



un construit. Dans la plupart des cas, l'analyse factorielle permet d'effectuer une corrélation entre les indicateurs.

Enfin, l'analyse de structure croisée étudie la relation entre le construit à l'étude et d'autres construits (Pedhazur & Schmelkin, 1991). Cela s'apparente à une validité nomologique. Dans ce cas, l'analyse de structure croisée permet d'étudier la relation entre deux ou plusieurs indicateurs d'au moins deux construits. En effet, on pose l'hypothèse que X et Y sont corrélés positivement, ou que X affecte Y. On étudie donc la relation entre les indicateurs mesurant ces deux concepts. Si l'hypothèse est affirmée, cela tend à soutenir la validité de construit des indicateurs de mesure X ou Y ou les deux. Par contre, l'invalidation de la relation ne signifie pas forcément que les indicateurs X et Y ne sont pas valides. En effet, il peut exister des explications alternatives, telles que la qualité du cadre conceptuel, des problèmes dans le design de la recherche ou de l'analyse.

Dans le cas du questionnaire sur les valeurs individuelles et organisationnelles, il n'est pas possible de procéder à une analyse factorielle du fait de la technique du questionnaire. En effet, ce type de questionnaire nécessite l'emploi de statistiques non paramétriques. De ce fait, nous avons opté pour une analyse logique dont les deux enjeux primordiaux sont : le choix d'une méthode de mesure des valeurs et le choix d'une méthode de mesure du consensus.

#### C.5.b Comment mesurer les valeurs individuelles et organisationnelles.

La mesure de valeurs individuelles et organisationnelles soulève un enjeu méthodologique majeur en lien avec les propriétés conceptuelles des valeurs. En effet, deux méthodes de mesure s'opposent, la méthode normative et la méthode ipsative. Toutes deux

sont utilisées dans le cadre d'études sur les valeurs. Notre questionnaire a été élaboré à partir de la technique des comparaisons pairées référant à la méthode ipsative. Nous avons justifié ce choix en utilisant les arguments de Thurstone (1954) qui s'appuie sur deux propriétés conceptuelles des valeurs. Les valeurs s'expriment en situation par des choix et celles-ci sont hiérarchisées. Cependant, nous allons étayer notre choix de façon plus précise afin de démontrer le bien-fondé de notre décision.

Les mesures ipsatives de rang sont basées sur une série d'alternatives entre lesquelles le répondant doit choisir (Alwin & Kosnick, 1985). Pour de nombreux auteurs, la méthode ipsative serait théoriquement la plus appropriée au regard des propriétés conceptuelles des valeurs (Rokeach, 1973 ; Meglino, Ravlin et al., 1998 ; Agle & Caldwell, 1999). Ces auteurs utilisent la même ligne argumentative que Thurstone (1954). En effet, la méthode ipsative serait la plus à même de se rapprocher « de la nature même des valeurs que l'on trouve à travers la notion de choix » (Kohn, 1977, cité par Alwin & Kosnick, 1985 : 536). On adjoint souvent à cette argumentation conceptuelle, un avantage méthodologique puisque l'utilisation de la méthode ipsative permet de réduire le biais de désirabilité sociale. Les questionnaires basés sur une méthode normative sont construits sur des échelles nominales où le répondant donne un score en fonction de la valorisation qu'il accorde à chaque valeur. Cependant, les individus ont tendance à déclarer que toutes les valeurs fondamentales sont importantes, sans faire de distinction. Il y a un risque que les résultats ne reflètent pas réellement l'importance de chaque valeur. Ce risque correspond au biais de désirabilité sociale.

Dès lors, le moyen de s'approcher de la valorisation qu'octroie un individu à une valeur est de mettre le répondant dans l'obligation de faire un choix entre deux valeurs importantes, mais concurrentes (Rokeach, 1973).

Néanmoins, l'application d'un questionnaire basé sur une méthode ipsative présente une série de difficultés. La hiérarchisation des valeurs ou l'obligation de choix entre deux alternatives nécessitent une concentration beaucoup plus importante de la part du répondant (Alwin & Kosnick, 1985). Ceci est d'autant plus problématique si la liste des items est longue (Rokeach, 1973, Alwin, 1985). De plus, si le nombre de paires est trop important, le répondant risque de ne plus porter suffisamment attention à la nature des choix ou ne pas finir le questionnaire rendant son utilisation impossible. Deuxièmement, l'utilisation de méthodes ipsatives nécessite un temps de réponse plus long et, de ce fait, plus coûteux (Munson, 1973, cité par Alwin & Kosnick, 1985). Troisièmement, il est quasiment impossible d'utiliser cette méthode pour des questionnaires par téléphone (Alwin & Kosnick, 1985). Enfin, ce type de méthode a un impact sur la structure statistique des réponses. En effet, la somme des rangs d'un répondant est une constante (Alwin & Kosnick, 1985). De ce fait, on ne peut traiter séparément les valeurs. Il est donc impossible d'utiliser des méthodes statistiques dites paramétriques qui offrent des tests statistiques plus puissants.

À l'inverse, la méthode normative permet de créer un profil de valeurs pour chacun des répondants et de capturer les différences absolues entre chaque valeur. De plus, les valeurs peuvent être traitées séparément et, de ce fait, les méthodes d'analyses statistiques applicables sont plus sophistiquées (Edwards & Cable, 2009). Elle permet également de mieux mesurer le poids et donc les écarts entre les valeurs des individus. Selon Alwin et Kosnick (1985), la

méthode des scores ou normative est plus simple à administrer et peut se faire par téléphone. Néanmoins, cette méthode nécessite moins d'efforts de concentration et tend à diminuer la volonté du répondant à faire une distinction précise relative à la valorisation qu'il accorde à chaque valeur.

Ce débat entre les méthodes ipsatives et normatives a donné lieu à des études comparatives. Selon Alwin et Kosnick (1985), les conclusions de ces études sont de trois ordres. Premièrement, l'agrégation ou la moyenne de l'ordre des préférences entre ces deux méthodes sont très similaires (Feather, 1973, 1975; Moore, 1975, cité par Alwin & Krosnick, 1985). L'ordre des préférences individuelles est également très proche entre ces deux méthodes (Moore, 1975; Rankin, 1980, cité par Alwin & Krosnick, 1985). La validité de critère entre ces deux méthodes est légèrement supérieure pour la méthode des scores que pour celle des rangs (Rankin, 1980, cité par Alwin & Krosnick, 1985). Cela amène Alwin et Kosnick (1985) à conclure que ces deux méthodes pourraient être considérées comme interchangeables. Cependant, il a également montré que la méthode des rangs offre une distinction plus précise de l'importance de chaque valeur. En effet, avec une méthode normative, on trouve plus de valeurs considérées comme extrêmement importantes, alors qu'avec la méthode ipsative, on constate une plus grande variabilité interpersonnelle concernant les valeurs les plus importantes. Cela semble confirmer le biais de désirabilité sociale associée avec la méthode normative.

Ainsi, nous privilégions la réduction du biais de désirabilité sociale et nous nous rallions aux arguments théoriques de Thurstone (1954), Rokeach (1973), et Meglino, Ravlin et al. (1998). Selon ces auteurs, la méthode ipsative présente une meilleure validité de construit

que les autres méthodes. Rokeach (1989) ajoute que la méthode des rangs est la plus appropriée pour mesurer les valeurs, et cela même en tenant compte des difficultés statistiques qui y sont associées. En effet, mettre de l'avant les questions méthodologiques avant les considérations théoriques équivaudrait à « mettre la charrue avant les bœufs » (Rokeach, 1989, p. 775). Selon lui, l'enjeu de la mesure des valeurs est de construire une méthode permettant de saisir la réalité phénoménologique d'une personne engagée dans un choix de valeur.

### C.5.c Comment mesurer la congruence?

La question de la mesure de la congruence est un point de divergence central entre les études (Meglino, 1998). Comment mesurer au mieux la congruence entre les valeurs organisationnelles et les valeurs individuelles?

On trouve trois types de mesure de la congruence entre l'organisation et l'individu (Verquer, 2003; Edwards, 2006) :

- La congruence subjective, également appelée approche molar où l'on demande directement aux employés leurs perceptions du niveau de congruence de leur valeurs avec celles de l'organisation. Ostroff et al. (2005) la définissent comme une congruence directe. Ce type de mesure est de forme évaluative puisque c'est le répondant en fonction de son schéma cognitif et de ses attentes qui évalue le niveau de congruence.
- La seconde mesure est dite perceptuelle ou moléculaire où la congruence découle de la comparaison entre les perceptions des employés concernant leurs valeurs et leurs perceptions des valeurs dominantes de l'organisation. Cette approche est décrite comme indirecte par Ostroff et al (2005).

- La dernière forme de congruence est dite objective ou atomiste puisque l'on mesure la congruence par la comparaison entre les valeurs déclarées par les employés et la perception d'autres acteurs, souvent les clients de l'entreprise, des valeurs dominantes de l'organisation.

Ces différentes mesures ont souvent été utilisées de façon interchangeable, principalement la congruence perceptuelle et subjective. Néanmoins, elles ne mesurent pas les mêmes phénomènes, même si certains auteurs, dont Verquer et al. (2003) et Locke (1990 cité par Edwards, Cable et al., 2006) affirment qu'elles relèvent du même processus cognitif. Pour Locke (1990), les mesures atomistes et moléculaires sont « conceptuellement, voire même psychométriquement, équivalentes » et « le choix entre ces deux types de mesures découle plus de considérations psychométriques que conceptuelles ». Cependant, de nombreux auteurs s'accordent pour dire que ces trois types de mesure renvoient à des phénomènes psychologiques différents (Meglino, Ravlin et al., 1998; Kristof, 1996; Edwards, Cable et al., 2006). D'ailleurs, Edwards, Cable et al. (2006) ont démontré dans une étude que les mesures de congruence atomiste et moléculaire ne représentaient pas le même construit et n'étaient donc pas interchangeables.

Nous partageons ce point de vue. En effet, ces mesures renvoient à des phénomènes cognitifs différents. La congruence subjective se rapproche d'une mesure de satisfaction où le répondant évalue la situation en fonction de ses attentes. De ce fait, la mesure est évaluative, alors que la congruence perceptuelle est une mesure descriptive. En effet, l'individu décrit les valeurs qui guident sa vie et celles qui guident, selon lui, l'organisation. La congruence est obtenue par une procédure statistique. La congruence perceptuelle semblerait plus appropriée

pour mesurer l'adéquation entre l'individu et son organisation, alors que la congruence subjective est plus adaptée pour apprécier le sentiment d'adéquation des individus. C'est pour cette raison que nous avons sélectionné cette procédure. On pourrait d'ailleurs postuler que la congruence perceptuelle est un déterminant psychologique important à la congruence subjective.

## **II Mesure du climat organisationnel**

### A Présentation du questionnaire de mesure du climat organisationnel

Le questionnaire de mesure du climat organisationnel a été élaboré par le Conseil québécois d'agrément. Ce questionnaire a pour objectif de mesurer la mobilisation des employés des CSSS. Il est utilisé dans le cadre des visites et des rapports d'agrément produit par le conseil. Nous avons décidé d'utiliser ce questionnaire, avec l'autorisation du Conseil québécois d'agrément, dans le cadre de ce doctorat et des différents projets d'évaluation de la performance, dont celui effectué au Brésil. Néanmoins, nous n'utilisons ni tous les items du questionnaire ni les regroupements par dimensions proposés par le Conseil québécois d'agrément. En effet, ce questionnaire comporte 64 questions et nous en n'utilisons que 46 (voir l'annexe 1). Nous avons choisi uniquement les questions descriptives se rapportant aux différentes dimensions organisationnelles composant la mesure du climat organisationnel.

Le questionnaire est construit sur une échelle nominale allant de 0 à 100. On demande aux répondants d'encercler pour chacun des énoncés, le pourcentage qui traduit le mieux leur perception de la réalité.

Les 46 items sont regroupés en six dimensions : la collaboration, la supervision, le soutien organisationnel, la communication, le leadership et l'autonomie<sup>4</sup>. Le score pour chaque dimension résulte de la moyenne des scores pour chaque item correspondant à la dimension.

Nous définissons les dimensions de cette manière :

- **La collaboration** réfère à la perception des employés en ce qui a trait à la capacité des professionnels à travailler ensemble dans une ambiance respectueuse et ouverte favorisant l'entraide. Le concept de collaboration signifie que des professionnels travaillent ensemble dans un effort intellectuel les réunissant pour atteindre un but et des objectifs communs (Hinshaw et al., 1995).
- **Le soutien organisationnel** renvoie à la perception des employés concernant l'intérêt et la préoccupation de l'organisation vis-à-vis du bien-être des employés (Eisenberg, Huntington, et al 1986). Cette préoccupation se reflète également par le soutien technique et matériel que l'organisation met à la disposition de ses employés.
- **La communication** : Cette dimension décrit l'échange d'information dans l'organisation autant par des mécanismes formels qu'informels.
- **Le leadership** réfère à la capacité des gestionnaires à établir une vision claire et cohérente des attentes et objectifs de l'organisation et à la partager avec l'ensemble des employés.
- **La supervision** renvoie à la capacité d'encadrement du travail et de soutien (entraide, ouverture) des superviseurs à l'égard des employés.

---

<sup>4</sup> Le détail des regroupements d'items est présenté à l'annexe 2.



- **L'autonomie** mesure l'indépendance des individus au travail dans la réalisation de leur tâche et leur possibilité de prendre des initiatives dans leur champ de compétence.

### B Estimation de la fiabilité du questionnaire sur le climat organisationnel

Chacune des composantes du climat organisationnel est déclinée en plusieurs items correspondant à une question. La somme de ces indicateurs imparfaits est plus fiable que chacun des indicateurs pris isolément (Contandriopoulos et al., 2005). Dans ce cas, la fiabilité est estimée par l'alpha de Cronbach. « Il sert à estimer la fiabilité d'une somme d'éléments, sans que l'on ait à déterminer la fiabilité des éléments isolés » (Contandrioplous et al., 2005 : 108). Cet indice statistique permet donc d'évaluer l'homogénéité ou la cohérence interne du questionnaire et varie entre 0 et 1. Plus le résultat se rapproche de 1 plus la fiabilité est importante.

*Tableau 26 Mesure de la fiabilité du questionnaire sur le climat organisationnel*

<b>Dimensions</b>	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
<b>Collaboration</b>	,945	12
<b>Soutien organisationnel</b>	,926	8
<b>Communication</b>	,865	5
<b>Leadership</b>	,947	10
<b>Supervision</b>	,898	6
<b>Autonomie</b>	,845	5

L'alpha de Cronbach a été calculé à partir des données issues d'un projet d'évaluation de la performance qui a eu lieu au Brésil dans 14 hôpitaux du Mato Grosso du sud. L'échantillon était de 4000 répondants.

On constate que chacun des six items présente une excellente fiabilité puisque l'alpha de Cronbach dépasse toujours ,8.

### C Déterminer la validité de contenu du questionnaire sur le climat organisationnel

Le climat organisationnel est une mesure de la perception des employés concernant les variables organisationnelles. L'enjeu lors de la construction d'un tel questionnaire réside dans la détermination de ces dimensions ou composantes représentant les principales variables organisationnelles. Par ailleurs, il existerait, selon les spécialistes des études sur le climat organisationnel, qu'un nombre limité de variables pour caractériser l'environnement de travail (Patterson et al., 2005). Afin de déterminer ces variables, nous nous sommes appuyés sur la revue de la littérature que nous avons présentée dans le chapitre 6, ainsi que sur plusieurs études s'intéressant spécifiquement à déterminer les dimensions constitutives du climat organisationnel (tableau 27).

Tableau 27 Liste des variables de mesure du climat organisationnel

Auteurs	Variables de mesure du climat organisationnel
<b>Payne et al., 1971</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation des règles</li> <li>- Efficience administrative</li> <li>- Degré de conformisme</li> <li>- Distance psychologique des leaders</li> <li>- Implication dans le travail</li> <li>- Innovation</li> </ul>
<b>Campbell, 1970 cité par Patterson 2005</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- autonomie individuelle</li> <li>- degré de structuration imposé lors des situations de travail</li> <li>- niveau de récompense</li> <li>- soutien organisationnel.</li> </ul>
<b>Gershon et al., 2007</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leadership et soutien de la part du management</li> <li>- Soutien du management et des superviseurs concernant la sécurité</li> </ul>
<b>James et al., 2008</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress issu du rôle et manque d'harmonie (ambiguïté, conflit, surcharge de travail, perception du rôle dans l'organisation)</li> <li>- Autonomie et challenge dans le travail (challenge de travail, variété des tâches)</li> <li>- Leadership et soutien (confiance, facilitation des interactions)</li> <li>- Travail de groupe, coopération, cordialité (chaleur humaine, responsabilité pour l'efficacité)</li> </ul>
<b>Pritchard et Karasik, 1973</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomie</li> <li>- Conflit – Coopération</li> <li>- Relation sociale</li> <li>- Structure</li> <li>- Niveau de récompense</li> <li>- Motivation pour la réussite</li> <li>- Polarisation du statut</li> <li>- Flexibilité et innovation</li> <li>- Centralisation des décisions</li> <li>- Soutien</li> </ul>
<b>Koys et</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomie (autonomie, proximité de la supervision, responsabilité individuelle)</li> <li>- Cohésion (conflit, coopération, cordialité, socialisation, polarisation du statut)</li> </ul>

**DeCotiis, 1991**

- Confiance (intimité-distance, confiance vis-à-vis du leader, insensibilité, ouverture)
- Pression (pression du travail, conflit de rôle, ambiguïté, standard de travail, évaluation des résultats, emphase sur la productivité)
- Soutien (considération des superviseurs, facilitation du travail par les leaders, distance psychologique avec les leaders, influence de la hiérarchie)
- Reconnaissance (feed-back, chances d'avancement, récompenses-sanctions)
- Équité (clarté des processus de récompenses, de promotion, altruisme, égalitarisme)
- Innovation (flexibilité organisationnelle, sécurité-risque, vision du futur).

**Joyce et  
Slocum, 1984**

- Récompenses
- Autonomie
- Motivation pour la réussite
- Intervention des managers
- Proximité de la supervision
- Capacité du manager à entretenir de bonnes relations de travail.

On constate, comme nous l'avons déjà noté, qu'il existe dans certaines études une confusion entre les variables organisationnelles et les variables psychologiques référant à la perception de la tâche ou de l'emploi. Ces variables mesurent deux types de climat différents : le climat organisationnel et le climat psychologique. Les choix théoriques que nous avons effectués, présupposent que nous ne mesurons que des variables organisationnelles.

Ainsi, on observe que les variables organisationnelles les plus communes sont le soutien organisationnel, la qualité de la supervision, le leadership, la communication, la collaboration et le niveau d'autonomie laissé aux employés.

## D Estimer la validité de construit du questionnaire sur le climat organisationnel

La validité de construit de ce questionnaire soulève plusieurs questions méthodologiques. Afin d'y répondre nous allons procéder à une analyse logique (Pedhazur & Schmelkin, 1991). Le premier enjeu méthodologique concerne l'étendue des variables utilisées pour mesurer un concept. Le second concerne l'unité de mesure et la syntaxe des questions.

Selon Pedhazur & Schmelkin (1991), les recherches sur le comportement utilisent habituellement un seul indicateur ou une seule variable pour mesurer un concept. Dans ce cas, il est pratiquement impossible de déterminer et de séparer les différentes sources de variabilité liées aux réponses. De ce fait, Pedhazur & Schmelkin (1991) préconisent l'utilisation de multiples indicateurs. Cela améliore la qualité du questionnaire, en assurant une bonne validité de construit et revient à mesurer un concept, le climat organisationnel, en prenant en considération les différentes dimensions qui le compose, elles-mêmes mesurées par plusieurs items. Ces items correspondent aux différentes expressions d'un concept dans la réalité organisationnelle. Par exemple, la dimension autonomie est mesurée à partir de plusieurs questions décrivant diverses situations de travail, telles que le degré de liberté dans la prise de décision, l'utilisation des compétences ou encore la façon dont l'organisation encourage les initiatives individuelles. Notre questionnaire a été construit en respectant ces exigences. De ce fait, il respecte les critères permettant d'assurer une bonne validité de construit, surtout si l'on tient compte de la très bonne fiabilité du questionnaire.

La revue de la littérature sur le climat que nous avons présentée dans la partie II a fait ressortir une problématique méthodologique récurrente associée au choix des unités et des niveaux d'analyses (Glick, 1985; Schneider & Reichers, 1980, 1983; James et Jones, 1974).

Powell et Butterfield (1978) constatent que la plupart des études considèrent le climat organisationnel comme une variable organisationnelle, mais l'analysent au niveau individuel. Pour James et Jones (1974), le climat organisationnel doit être appréhendé au niveau organisationnel, alors que le climat psychologique doit l'être au niveau individuel. Cependant, une autre approche est possible, basée sur la notion de sous-système où l'on appréhende le climat par les différents groupes qui constituent l'organisation (Powell & Butterfield, 1978; Payne et al., 1971). Ainsi, il existerait dans une organisation une multitude de climats collectifs.

Finalement, il semblerait que l'analyse du climat se fasse à trois niveaux : l'individu, le groupe et l'organisation. Chacun de ces niveaux d'analyse présente une approche descriptive et non évaluative des perceptions individuelles (Joyce et Slocum, 1984). L'approche individuelle n'a pas été retenue puisque nous cherchions un concept reflétant les propriétés de l'organisation, soit le concept de climat organisationnel et de climat collectif.

Le climat collectif ou le climat du groupe réfère à l'existence de climats organisationnels différents, selon la place et le rôle des employés dans l'organisation (Powell, 1978). Dans cette perspective, la notion de consensus sur les perceptions devient une propriété du groupe et l'objet de l'analyse. Le climat organisationnel, comme propriété organisationnelle, requiert l'agrégation de la description des perceptions des employés (James et Jones, 1974). L'unité d'observation est l'individu, mais l'unité d'analyse est l'organisation. Notre approche du climat organisationnel se limite à la description des perceptions des individus concernant les principales variables organisationnelles. Notre unité d'analyse est l'organisation, mais pourrait aussi être l'unité de travail ou la catégorie socioprofessionnelle, si

les résultats du questionnaire sont ventilés selon ces deux variables. Ainsi, nous respectons les prescriptions qu'ont émis Payne et al. (1976) concernant la nature de la mesure et l'unité d'analyse à sélectionner en fonction du concept étudié. Ces prescriptions ont été présentées dans le chapitre 4 de la section consacrée aux théories du climat. De ce fait, nous pouvons conclure que, d'un point de vue logique, notre questionnaire sur le climat organisationnel présente une bonne validité de construit.

### **III Mesure de la satisfaction au travail**

#### A Présentation du questionnaire de mesure de la satisfaction au travail

Le questionnaire mesurant la satisfaction au travail des employés est constitué de 31 questions. La version utilisée pour l'illustration du modèle et le test de fiabilité dans le chapitre 9 est une version antérieure composée de 32 questions. Le questionnaire est construit sur une échelle nominale allant de 0 à 100. Lors de la passation du questionnaire, il est demandé aux répondants d'encercler pour chacun des énoncés, sur l'échelle, le pourcentage qui traduit le mieux leur niveau de satisfaction. Les 31 items sont regroupés afin de mesurer neuf facettes : la nature du travail, les conditions de travail, la reconnaissance, la rémunération, la supervision, la formation, la promotion et les perspectives d'avenir, la qualité des interrelations au travail et la qualité des soins<sup>5</sup>. Le score pour chaque facette résulte de la moyenne des scores pour chaque item correspondant à la facette.

---

<sup>5</sup> Le détail des regroupements d'items est présenté à l'annexe 2.

Nous définissons les facettes de cette manière :

- **La nature du travail** représente la satisfaction des professionnels vis-à-vis de leur rôle (responsabilité, autonomie), des tâches et du travail réalisé et de l'influence de ces éléments sur leur accomplissement personnel.
- **Les conditions de travail** correspondent à la satisfaction des employés vis-à-vis des conditions de travail en termes de règles et procédures, de sécurité et d'organisation du temps de travail
- **La rémunération** permet de cerner le niveau de satisfaction des professionnels vis-à-vis de leur rémunération salariale.
- **La reconnaissance** réfère au niveau de satisfaction des employés par rapport à la reconnaissance symbolique que l'organisation leur octroie.
- **La supervision** concerne la satisfaction des employés vis-à-vis du comportement (respect, impartialité) et de la compétence de leur supérieur hiérarchique immédiat.
- **La formation** mesure la satisfaction des professionnels vis-à-vis des mécanismes de soutien et de formation continue fournis par l'organisation.
- **La promotion et les perspectives d'avenir** permettent de mesurer la satisfaction des employés vis-à-vis des chances de promotion et des perspectives d'avenir que leur offre l'organisation pour laquelle ils travaillent.
- **Les interrelations au travail** permettent de mesurer la satisfaction des employés par rapport aux relations professionnelles et humaines qu'ils entretiennent avec les autres membres de l'équipe de travail.



- **La qualité des soins** mesure la satisfaction des employés par rapport à la qualité technique et humaine des soins et services qui sont dispensés aux patients.

### B Estimer la fiabilité du questionnaire sur la satisfaction au travail

La méthode de construction du questionnaire sur la satisfaction au travail étant la même que celui sur le climat organisationnel, la fiabilité du questionnaire sera estimée avec l'alpha de Cronbach. Les données ayant permis de le calculer proviennent du projet d'évaluation de la performance de plusieurs hôpitaux de l'état du Mato Grosso du Sud au Brésil. Dans cette version du questionnaire, deux facettes sont regroupées : la reconnaissance et la rémunération. Suite à ce projet, nous avons modifié le questionnaire et séparé ces deux facettes, car elles ne renvoient pas au même phénomène.

*Tableau 28 Fiabilité du questionnaire sur la satisfaction au travail*

<b>Facettes</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>Nombre d'items</b>
<b>Nature du travail</b>	,910	6
<b>Condition de travail</b>	,871	5
<b>Reconnaissance et rémunération</b>	,846	4
<b>Supervision</b>	,879	3
<b>Formation</b>	,807	2
<b>Promotion et perspective d'avenir</b>	,839	2
<b>Interrelations au travail</b>	,921	6
<b>Qualité des soins</b>	,902	4

Le questionnaire sur la satisfaction au travail présente un haut niveau de fiabilité puisque l'ensemble des alphas de Cronbach, associés aux différentes facettes sont supérieurs à ,8.

### C Déterminer la validité de construit du questionnaire sur la satisfaction au travail

Hopkins (1983) ainsi que Spector (1997) notent qu'il existe de nombreuses études qui mesurent le concept de satisfaction au travail. Néanmoins, il n'existe pas de mesures admises par tous les chercheurs. En effet, on trouve deux façons de mesurer la satisfaction. La première est globale, où l'on demande aux employés s'ils sont satisfaits dans l'ensemble de leur travail (Spector, 1997). On ne s'intéresse pas aux diverses facettes du travail, et ce sont les répondants eux-mêmes qui déterminent cognitivement les aspects du travail qu'ils privilégient pour déterminer leur niveau de satisfaction (Hopkins, 1983). Ce type de questionnaire offre l'avantage d'être facile à administrer. Par contre, il tend à véhiculer l'idée que le concept de satisfaction est unidimensionnel, alors que de nombreux auteurs s'accordent pour le conceptualiser de façon multidimensionnelle. En effet, un individu peut être satisfait du contenu de son travail, mais se déclarer insatisfait de son salaire et de la relation qu'il entretient avec ses collègues. En outre, les revues de la littérature de Lu (2004) et de Coomber et Bariball (2007) ont démontré que les éléments composant la satisfaction, soit les sources de la satisfaction, étaient multiples, et qu'une mesure globale tendait à réduire conceptuellement l'étendue du phénomène étudiée. De ce fait, de nombreux auteurs privilégient l'utilisation d'une méthode dite multifacette (Hopkins, 1983; Spector, 1997). Celle-ci permet de mesurer la satisfaction des répondants concernant plusieurs aspects de leur travail. L'enjeu dans un tel questionnaire découle du choix des dimensions/facettes qui seront mesurées. Cette méthode

permet de mieux représenter les caractéristiques de la satisfaction. Néanmoins, il existe un débat concernant le nombre et la nature des facettes à inclure (Hopkins, 1983). Ainsi, notre questionnaire se base sur une méthodologie multifacette, qui selon la littérature assure une bonne validité de contenu.

#### D Déterminer la validité de construit du questionnaire sur la satisfaction des patients

Spector (1997) propose quinze facettes pour analyser la satisfaction : l'appréciation, la communication, les relations avec les autres, les avantages en nature, la nature du travail, la nature de l'organisation, les conditions de travail, les politiques et procédures organisationnelles, le salaire, l'épanouissement personnel, les chances de promotion, la reconnaissance, la sécurité et la supervision. Agho, et al (1993) ont également proposé un modèle d'analyse de la satisfaction composé de trois dimensions. La première représente l'environnement, exprimé par les opportunités de travail. La seconde dimension concerne les caractéristiques du travail qui se déclinent comme suit : l'autonomie, l'ambiguïté du rôle, le conflit de rôle, la surcharge de travail, la justice distributive, le soutien des superviseurs, le marché interne du travail, la signification des tâches, l'intégration, le salaire et la routine. La troisième dimension, représentant les variables personnelles, se compose de la motivation au travail, de l'affectivité positive et de l'affectivité négative

Les études dans le milieu médical sur la mesure de la satisfaction des infirmières sont nombreuses et proposent de multiples dimensions. Ainsi Mueller et Closkey (1990) ont développé un questionnaire dont les dimensions sont : les récompenses extrinsèques (bénéfices, salaires), la programmation d'horaire, l'équilibre entre la famille et le travail, les interactions avec les autres employés, les opportunités professionnelles, la reconnaissance, le

contrôle et la responsabilité. Lu (2004) a démontré que les sources les plus importantes étaient les conditions de travail, la qualité des interactions, la nature du travail, la rémunération, la promotion, la reconnaissance, le niveau de contrôle sur son travail, la sécurité du travail et le style de leadership. Tovey et Adams (1999) ont construit un questionnaire autour de six facettes : le contenu du travail (pression au travail, conflit de rôle), les ressources disponibles (disponibilité du personnel), les préoccupations professionnelles (salaire, chances d'avancement, standards de soins), les relations professionnelles (soutien personnel, entraide, satisfaction vis-à-vis des gestionnaires), les réactions émotionnelles face à la profession (moral, stress) et les pressions externes (sécurité du travail, pression technologique). On constate que de nombreuses facettes sont communes aux différents outils de mesures, telles que les conditions de travail, la nature du travail, la qualité des relations professionnelles, la reconnaissance ou le niveau de rémunération. Lors de la construction de notre questionnaire, nous avons sélectionné les facettes les plus souvent utilisées par des études sur la satisfaction, telles que les conditions de travail, la nature du travail, la rémunération, la reconnaissance, la formation, la supervision, les interrelations au travail. Nous avons ajouté une facette spécifique liée aux préoccupations du milieu de la santé : la perception de la qualité des soins. Ainsi, les neuf dimensions que nous avons sélectionnées semblent résumer les facettes les plus importantes constituant la satisfaction au travail dans une organisation de santé.

Nous venons de présenter le degré de fiabilité, de validité de contenu et de construit des questionnaires permettant de mesurer les perceptions des employés concernant les valeurs individuelles et organisationnelles, le climat organisationnel et la satisfaction au travail. Nous allons maintenant décrire les différents indicateurs utilisés pour mesurer l'environnement de travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés.

## **Chapitre 8 : DU CHOIX DES INDICATEURS POUR MESURER L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL, LES RÉACTIONS COMPORTEMENTALES ET L'ÉTAT DE SANTÉ DES EMPLOYÉS**

Un indicateur se définit essentiellement par rapport à un objet d'étude ou un concept. « Un indicateur donne donc une indication, c'est-à-dire une information utile, mais plus ou moins complète relative au phénomène étudié. Une statistique, un indice simple ou complexe, ne constituent pas automatiquement des indicateurs. Ils ne le deviennent que s'ils fournissent une information significative par rapport à des préoccupations précises » (Brunelle et Saucier, 1999, p. 15). Dès lors, chaque indicateur doit se rapporter précisément à un phénomène empirique associé à un concept. Pour mieux cerner un concept, l'utilisation de plusieurs indicateurs est essentielle. En effet, pris isolément, un indicateur devient réducteur (Brunelle et Saucier, 1999).

### **I Critères de sélection des indicateurs**

Adair (2006b) et Champagne et al. (2005 et 2005b) ont proposé une série de critères permettant de sélectionner des indicateurs (tableau 29).

Tableau 29 Critères de sélection des indicateurs (adapté de Adair 2006b, Champagne et al, 2005, 2005b)

Critère	Description
<b>Importance et utilité</b>	
<b>Degré d'évidence scientifique et importance de la mesure</b>	L'indicateur présente un bon niveau d'évidence, découlant de la récurrence d'utilisation dans diverses études scientifiques. Les mesures sont reliées à des questions importantes de santé ou du fonctionnement des services de santé.
<b>Stratégique et susceptible d'être influencé par les acteurs du système</b>	Ils sont en lien direct avec des éléments stratégiques du système sur lesquels il est possible d'agir et sur lesquels il y a un besoin d'amélioration. Cela signifie qu'il devrait y avoir une variation entre les hôpitaux, symbolisant le besoin de disposer d'une mesure.
<b>Attribuable et relié</b>	Ces mesures font partie d'une chaîne causale permettant de comprendre et d'analyser les phénomènes. De plus, il existe un lien de causalité entre ces mesures et l'amélioration des services ou de l'état de santé.
<b>Significative et interprétable</b>	Ces mesures ont un sens pour les acteurs clés et les parties prenantes du système de santé
<b>Non ambiguë</b>	Les mesures fournissent une direction claire en termes d'amélioration et de changement à apporter
<b>Robustesse scientifique</b>	
<b>Fiabilité</b>	Les mesures sont reproductibles dans le temps et permettent d'identifier de façon cohérente les phénomènes dans différentes organisations.
<b>Validité apparente</b>	Il existe un consensus entre les utilisateurs et les experts sur le fait que la mesure est associée à la dimension ou la sous-dimension

	analysée.
<b>Validité de contenu</b>	Les mesures sélectionnées couvrent tous les aspects associés avec la dimension ou la sous-dimension mesurée.
<b>Validité de construit</b>	Les mesures sélectionnées sont associées à d'autres indicateurs mesurant le même phénomène.
<b>Précision</b>	L'indicateur est suffisamment précis pour que les résultats ne soient pas attribuables à des variations aléatoires.
<b>Faisabilité</b>	
<b>Possible</b>	Le recueil des données est faisable et coût/efficace (le bénéfice est supérieur au coût)
<b>Disponibilité</b>	Les données sont disponibles

Cette liste exhaustive représente l'ensemble des critères qu'il faudrait, dans l'absolu, utiliser pour créer ou sélectionner des indicateurs de mesure de la performance. Cependant, il est difficile d'appliquer l'ensemble de ces critères, car peu d'indicateurs y répondent simultanément (Champagne et al., 2005b). De plus, les contraintes de temps et d'opérationnalisation forcent à choisir des indicateurs qui ne respectent pas tous ces critères. Ainsi, Champagne et al. (2005 et 2005b) avancent que la sélection d'indicateurs doit tenir compte principalement de deux aspects : les propriétés des indicateurs et les propriétés de la mesure.

Les propriétés de l'indicateur renvoient à leur importance et leur capacité à fournir des informations sur des actions que l'on peut entreprendre afin d'améliorer la performance. Les critères de mesure concernent l'interprétabilité des indicateurs et donc leur utilité. Les

propriétés de la mesure réfèrent à la fiabilité, la validité de contenu et de construit des indicateurs.

Cependant, on ne dispose que très rarement des meilleurs indicateurs possibles pour évaluer la performance. De ce fait, lors de l'implantation d'un système d'évaluation de la performance, la sélection des indicateurs se fait en plusieurs étapes allant de l'utilisation des données disponibles, à l'implantation de nouvelles mesures si le système d'évaluation se veut récurrent, jusqu'à l'institutionnalisation de celles-ci occasionnant une meilleure évaluation de la performance (Friedberg & Damberg, 2011). Malgré cela, il convient de prédéfinir une série d'indicateurs qui permettraient de mesurer au mieux la performance. Cette liste formerait un idéal autour duquel choisir et bâtir les indicateurs utilisés.

## **II Présentation des indicateurs de mesure de la performance**

Les indicateurs que nous présentons sont issus d'un travail de va et vient entre la recherche et la pratique. En effet, le processus de sélection et de création des indicateurs est basé sur la définition de chacune des dimensions, sous-dimensions et composantes que nous avons présentées dans la partie III. De nombreux indicateurs proviennent directement d'études menées dans le milieu de la santé ou de rapports provenant d'institutions internationales. D'autres indicateurs ont été créés lors de réunion d'expert. Le choix des indicateurs a été raffiné lors de l'implantation de projets d'évaluation de la performance dans plusieurs CSSS du Québec. Lors de ces projets, ces indicateurs ont été proposés à des professionnels du réseau de la santé qui ont déterminé leur pertinence et leur utilité. La liste que nous proposons provient donc à la fois de la recherche scientifique et du monde de la pratique. Ainsi, la construction des indicateurs s'est faite en quatre étapes :



- 1) La sélection de dimensions et de sous-dimensions qui représentent des concepts précis et circonscrits dans la littérature. La définition opérationnelle de ces concepts et des diverses composantes de ceux-ci que l'on peut rattacher à des phénomènes empiriques. Enfin, la présentation des liens qui existent entre ces dimensions et la performance des autres dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS. Ce travail est présenté dans les parties II et III.
- 2) Sur la base des études scientifiques et de la littérature grise mobilisées pour créer le modèle logique, nous avons élaboré une première liste d'indicateur se rapportant à chaque sous-dimension.
- 3) Cette liste a été vérifiée par un groupe d'experts spécialisés en évaluation de la performance. Certains indicateurs ont été supprimés et d'autres ont été créés pour pallier l'absence de mesure pour certaines sous-dimensions.
- 4) La dernière étape a été réalisée lors de l'implantation du modèle d'évaluation de la performance où ces indicateurs ont été discutés avec des professionnels du réseau de la santé.

Cependant certaines sous-dimensions sont moins bien pourvues en indicateurs. Ainsi, un travail de développement est encore à réaliser. En effet, deux sous-dimensions sont particulièrement problématiques : la disponibilité du matériel et la promotion de la santé. Les indicateurs dont nous disposons ne mesurent pas l'ensemble du phénomène étudié et n'ont pas la représentativité nécessaire pour servir de mesure de la performance.

Concernant l'ensemble des autres indicateurs, ils rejoignent les critères d'importance et d'influence. En effet, comme nous l'avons montré dans la partie III, ils sont directement reliés

à la performance du système de santé et influencent d'autres dimensions et sous-dimensions de la performance. Ces indicateurs mesurent des phénomènes sur lesquels les acteurs du système de santé peuvent avoir une action afin d'améliorer la performance.

Pour les propriétés de la mesure, soit la fiabilité ainsi que la validité de contenu et de construit, ce sont les quatre étapes que nous avons décrites qui assurent une fiabilité, ainsi qu'une validité de contenu et de construit acceptables. De plus, nous avons toujours tenté d'utiliser plusieurs indicateurs pour mesurer chaque concept afin de maximiser la qualité de la mesure. Ainsi, l'ensemble des mesures a été choisi pour leurs propriétés intrinsèques. En outre, cela signifie qu'elles couvrent les différentes dimensions et sous-dimensions de la performance, rejoignent de façon acceptable les standards scientifiques. Les indicateurs sélectionnés sont présentés par dimensions, sous-dimensions et composantes dans le tableau 30.

Tableau 30 Indicateurs mesurant l'environnement de travail, les réactions comportementales et l'état de santé des employés

DIMENSIONS	INDICATEURS	RELATION À LA PERFORMANCE	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR	RÉFÉRENCES
<b>ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL</b>					
<b>Régularité du lien à l'emploi</b>					
<b>Statut d'emploi</b>	<b>Pourcentage d'employés travaillant à temps plein sur l'ensemble des employés</b>	Positive	Nombre d'employés à temps plein ayant travaillé dans l'année	Nombre total des employés travaillant dans l'hôpital	Lowe 2002, McGillis 2006
	<b>Pourcentage d'employés non permanents (occasionnels) (par catégorie professionnelle)</b>	Positive	Nombre d'heures travaillées par des employés non permanents	Total des heures travaillées par l'ensemble des employés (permanents+non permanents)	Lowe 2002, O'Brian-Pallas 2004

<b>Adéquation du personnel à la charge de travail</b>					
<b>Temps de travail</b>	<b>Pourcentage de temps supplémentaire (par catégorie professionnelle)</b>	Négative	Nombre d'heures travaillées en temps supplémentaire	Nombre total d'heures travaillées	Lowe 2002, McGillis 2005, Stone 2007
	<b>Pourcentage des employés travaillant plus de 40 heures par semaine (par catégorie professionnelle)</b>	Négative	Nombre d'employés ayant travaillé plus de 40 heures par semaine durant la période étudiée	Nombre total d'heures travaillées traduit en équivalent temps plein durant la période étudiée	McGillis, 2006
	<b>Pourcentage des employés qui font plus de 10 % de temps supplémentaires par mois</b>	Négative	Nombre d'employés équivalent temps plein qui font 10 % de temps supplémentaires par mois	Nombre total d'employés équivalent temps plein ayant travaillé durant ce mois	Comité d'expert
	<b>Pourcentage d'infirmière ayant travaillé 12 heures sur 24 heures</b>	Négative	Nombre de fois où des infirmières ont travaillé 12 heures sur 24 heures durant la période étudiée	Nombre total d'heures infirmières travaillées traduit en équivalent temps plein durant la période étudiée	Comité d'expert
	<b>Pourcentage de médecins travaillant plus de 80 heures par semaine</b>	Négative	Nombre de fois où des médecins ont travaillé plus de 80 heures par semaine durant la période étudiée	Nombre total d'heures travaillées par des médecins, traduit en équivalent temps plein durant la période étudiée	IOM, Wallace 2009

	<b>Pourcentage de médecins travaillant des quarts de travail dépassant les 24 heures</b>	Négative	Nombre de fois où des médecins ont travaillé des quarts de travail dépassant 24 heures durant la période étudiée	Nombre total d'heures travaillées par des médecins, traduit en équivalent temps plein durant la période étudiée	Landrigan, 2004,
	<b>Proportion de médecins travaillant des quarts de travail dépassant les 16 heures</b>	Négative	Nombre de fois où des médecins ont travaillé des quarts de travail dépassant 16 heures durant la période étudiée	Nombre total d'heures travaillées par des médecins, traduit en équivalent temps plein durant la période étudiée	IOM, Landrigan, 2004,
	<b>Proportion de médecins résidents travaillant plus de 80 heures par semaine</b>	Négative	Nombre de médecins résidents ayant travaillé plus de 80 heures par semaine durant la période étudiée	Nombre total d'heures travaillées par des médecins résidents, traduit en équivalent temps plein durant la période étudiée	IOM
	<b>Proportion de médecins résidents travaillant des quarts de travail dépassant les 24 heures</b>	Négative	Nombre de fois où des médecins résidents ont travaillé des quarts de travail dépassant 24 heures durant la période étudiée	Nombre total d'heures travaillées par des médecins résidents, traduit en équivalent temps plein durant la période étudiée	Wallace, 2009, Landrigan, 2004,

	<b>Proportion de médecins résidents travaillant des quarts de travail dépassant les 16 heures</b>	Négative	Nombre de fois où des médecins résidents ont travaillé des quarts de travail dépassant 16 heures durant la période étudiée	Nombre total d'heures travaillées par des médecins résidents, traduit en équivalent temps plein durant la période étudiée	IOM, Landrigan, 2004,
<b>Dotation du personnel en fonction de la charge de travail</b>	<b>Ratio de patients par infirmière</b>	Positive	Nombre total de jours patients sur la période étudiée	Nombre d'heures infirmières équivalent temps plein ayant travaillé durant la période étudiée	Vicca 1999, McGillis 2005, Kovner, 1998
	<b>Ratio de patients par infirmière en fonction du quart de travail</b>	Positive	Nombre de patients par quart de travail	Nombre d'infirmières travaillant durant ce quart de travail	Vicca 1999, McGillis, 2006, Aiken, 2002
	<b>Ratio d'infirmières par lits</b>	Positive	Moyenne du nombre de lits occupés durant la période étudiée	Moyenne des infirmières ayant travaillé durant la période étudiée	Comité d'expert
	<b>Ratio d'infirmières équivalent temps plein selon le nombre de visites à l'urgence</b>	Positive	Moyenne de visites à l'urgence par quart de travail	Nombre d'infirmières équivalent temps plein travaillant à l'urgence par quart de travail.	Comité d'expert

	<b>Nombre d'heures de soins par patient</b>	Positive	Nombre d'heures de soins directement fournis aux patients de l'hôpital ou de l'unité	Nombre de jours patients dans l'hôpital ou l'unité	2004, McGillis 2005, Needleman 2002, Stone 2007, Blegen, 1998 O'Brien Pallas
	<b>Ratio de patients par médecin</b>	Positive	Nombre total de jours patient sur la période étudiée	Nombre d'heures de travail des médecins équivalent temps plein durant la période étudiée	Stone, 2008
<b>Composition de l'équipe de travail</b>	<b>Proportion d'infirmières licenciées régulières sur l'ensemble du personnel soignant</b>	Positive	Nombre d'infirmières licenciées régulières équivalents temps plein.	Ensemble du personnel soignant équivalent temps plein (Infirmières licenciées régulières, infirmières auxiliaires, infirmières licenciées non permanentes, infirmières praticiennes)	McGillis 2004, 2006, Blegen 1998, Stone 2007
	<b>Proportion d'infirmières licenciées non permanentes</b>	Négative	Nombre d'infirmières licenciées non permanentes équivalent temps plein	Nombre d'infirmières licenciées non permanentes équivalent temps plein et d'infirmières licenciées régulières	McGillis 2006, McGillis 2003

<b>Expérience professionnelle</b>					
<b>Expérience professionnelle</b>	<b>Pourcentage d'infirmières licenciées avec trois ans ou moins d'expérience professionnelle travaillant durant les quarts de travail de jour</b>	Négative	Nombre d'infirmières équivalent temps plein possédant trois ans ou moins d'expérience professionnelle travaillant des quarts de jour	Nombre total d'infirmières équivalent temps plein travaillant sur des quarts de travail de jour	Comité d'expert
	<b>Pourcentage d'infirmières licenciées avec trois ans ou moins d'expérience professionnelle travaillant durant les quarts de travail de nuit</b>	Négative	Nombre d'infirmières équivalent temps plein possédant trois ans ou moins d'expérience professionnelle travaillant des quarts de nuit	Nombre total d'infirmières équivalent temps plein travaillant sur des quarts de travail de nuit	Comité d'expert
	<b>Pourcentage d'infirmières licenciées avec plus de 10 ans d'expérience professionnelle travaillant durant les quarts de travail de jour</b>	Positive	Nombre d'infirmières équivalent temps plein possédant plus de 10 ans d'expérience professionnelle travaillant des quarts de jour	Nombre total d'infirmières équivalent temps plein travaillant sur des quarts de travail de jour	Comité d'expert
	<b>Pourcentage d'infirmières licenciées avec plus de 10 ans d'expérience professionnelle</b>	Positive	Nombre d'infirmières équivalent temps plein	Nombre total d'infirmières équivalent	Comité d'expert



	<b>travaillant durant les quarts de travail de nuit</b>		possédant plus de 10 ans d'expérience professionnelle travaillant des quarts de nuit	temps plein travaillant sur des quarts de travail de nuit	
	<b>Expérience des infirmières (- 3ans/5-9/10-14/15-19/20-24/25-29)</b>				McGillis 2006
<b>Éducation</b>	<b>Pourcentage des infirmières licenciées disposant d'un baccalauréat en sciences infirmières</b>	Positive	Nombre d'infirmières titulaire d'un baccalauréat	Nombre total d'infirmières	
<b>Soutien organisationnel et formation</b>					
<b>Formation continue</b>	<b>Pourcentage des employés qui participent à des formations :</b> - internes - externes	Positive	Nombre d'heures de formation (interne et externe) effectué par les employés	Nombre d'heures totales travaillées durant la période (régulière et supplémentaire)	Lowe 2002
	<b>Pourcentage du budget consacré à la formation du personnel (hôpital, système de santé)</b>	Positive	Budget consacré à la formation du personnel	Budget total ou nombre d'employés travaillant dans l'organisation	Champagne 2005b
<b>Stratégie de promotion de la santé</b>	<b>Pourcentage du budget consacré à des activités, des stratégies ou des programmes de promotion de la santé qui visent le personnel</b>	Positive	Budget dédié à des programmes ou des activités de promotion de la santé pour les employés	Budget total ou nombre moyen d'employés durant cette période	Champagne 2005b

<b>Disponibilité du matériel</b>					
	<b>Pourcentage de lits disposant d'un lève-personne automatisé</b>	Positive	Nombre de lève-personnes automatisés disponibles	Nombre de lits	Comité d'expert
	<b>Présence d'équipement de protection contre les piqûres d'aiguilles</b>	Positive			
<b>Sécurité au travail</b>					
<b>Blessures reliées au travail ou aux conditions de travail</b>	<b>Pourcentage de blessures percutanées</b>	Négative	Nombre de blessures percutanées causées par des aiguilles ou des objets pointus	Nombre d'employés équivalent temps plein	Champagne 2005
	<b>Exposition cutanée ou des muqueuses à du sang ou des fluides biologiques infectés</b>	Négative	Nombre d'expositions cutanées ou des muqueuses à du sang ou à des fluides infectés	Nombre d'employés équivalent temps plein	Champagne 2005b, Warren 2007
	<b>Proportion d'employés travaillant plus de 90 heures par deux semaines (par profession)</b>	Négative	Nombre d'employés équivalent temps plein ayant travaillé 90 heures par deux semaines	Nombre total d'employés équivalent temps plein durant ces deux semaines	Comité d'expert

<b>Violence et harcèlement</b>	<b>Pourcentage d'actes d'harcèlement moral</b>	Négative	Nombre d'actes de harcèlement moral déclarés à l'encontre des employés	Nombre total d'employés travaillant dans l'organisation	INRS 2007
	<b>Pourcentage d'actes d'harcèlement sexuel</b>	Négative	Nombre d'actes de harcèlement sexuel déclaré à l'encontre des employés	Nombre total d'employés travaillant dans l'organisation	INRS 2007
	<b>Pourcentage d'actes de violence physique</b>	Négative	Nombre d'actes de violence physique déclaré à l'encontre des employés	Nombre total d'employés travaillant dans l'organisation	INRS 2007
<b>RÉACTIONS COMPORTEMENTALES</b>					
<b>Absentéisme</b>	<b>Nombre moyen de jours d'absence par catégorie professionnelle</b>	Négative	Nombre de jours d'absence par catégorie professionnelle	Nombre d'employés par catégorie socioprofessionnelle	Lowe 2002, McGillis 2005, Champagne 2005b, INRS 2007
	<b>Taux d'absentéisme (en fonction des heures travaillées et par catégorie professionnelle)</b>	Négative	Nombre d'heures d'absence pour tous motifs justifiés ou non médicalement pour une courte période (moins de 7 jours ou une longue période).	Nombre d'heures totales travaillées + Nombre d'heures d'absence pour tous motifs	Lowe 2002, McGillis 2005, Champagne 2005, INRS 2007

	<b>Taux d'absentéisme de courte durée (de 1 à 7 jours)</b>	Négative	Nombre d'heures d'absence pour tous motifs justifiés ou non médicalement pour un courte période	Nombre d'heures totales travaillées + Nombre d'heures d'absence pour tous motifs	Champagne 2005b
	<b>Taux d'absentéisme de longue durée (plus de 7 jours)</b>	Négative	Nombre d'heures d'absence pour tous motifs justifiés ou non médicalement pour une longue période	Nombre d'heures totales travaillées + Nombre d'heures d'absence pour tous motifs	Champagne 2005b
<b>Roulement</b>	<b>Taux de roulement des employés embauchés l'année</b>	Négative	Nombre de départs dans l'année d'employés embauchés durant cette même année	Nombre d'employés embauchés durant l'année	Lowe 2002, Champagne 2005, INRS 2007, McGillis 2006
	<b>Taux de roulement du personnel</b>	Négative	Nombre de départs durant l'année	Nombre d'employés en début d'année + nombre d'employés en fin d'année divisé par deux	Champagne 2005b, INRS 2007, McGillis 2006
<b>STATUT DE SANTÉ DES EMPLOYÉS</b>					
<b>Absentéisme</b>	<b>Taux d'absentéisme dû à ne blessure ou à une maladie professionnelle</b>	Négative	Nombre total de jours d'absence dû à une maladie ou une blessure au travail	Nombre moyen d'employés	INRS 2007

<b>Blessures et maladies professionnelles</b>	<b>Incidence des maladies professionnelles</b>	Négative	Nombre de cas de maladies professionnelles ayant entraîné un arrêt de travail de plus de 24 heures durant l'année	Nombre d'employés équivalent temps plein	INRS 2007, Comité d'expert
	<b>Incidence des accidents professionnels</b>	Négative	Nombre d'accidents professionnels ayant entraîné un arrêt de travail de plus de 24 heures durant l'année	Nombre d'employés équivalent temps plein	INRS 2007, Comité d'expert
	<b>Taux de gravité des accidents et des maladies professionnelles (nombre de jours d'incapacité par 1000 jours travaillés)</b>	Négative	Nombre de jours d'incapacité temporaire durant la période étudiée multiplié par 1000	Nombre d'heures travaillées par l'ensemble des employés de l'organisation	INRS 2007, Comité d'expert

Nous venons de présenter l'ensemble des mesures qui ont été élaborées afin d'évaluer les différentes composantes du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*. Cependant, les données produites par les indicateurs ne présentent aucune utilité sans une grille d'interprétation des résultats. Cette grille d'interprétation permet de porter un jugement sur les résultats de ces différents indicateurs et sur la performance des sous-dimensions, dimensions et finalement de l'ensemble de la fonction du *maintien des valeurs*. Cette grille d'interprétation ou d'évaluation est élaborée à partir de critères et de standards qui permettent de porter un jugement (Scriven, 2007). Nous avons déjà présenté les critères puisque ceux-ci correspondent aux différentes dimensions et sous-dimensions du modèle logique. Les standards doivent permettre de spécifier le niveau de performance et de porter un jugement. Les standards sont élaborés sur la base de normes qui servent d'étalon ou de comparateur pour porter un jugement sur le niveau de performance de chaque critère.

Les normes peuvent être externes (issues de la littérature ou de réflexions théoriques) ou empiriques (basées sur des données observées) (Champagne, Contandriopoulos et al., 2009). Les sources possibles de ces normes peuvent être autogènes (évolution dans le temps, objectif poursuivi), endogènes (moyenne, benchmark) ou encore exogènes (littérature, experts). À l'aide de cette norme, il devient possible de qualifier le niveau de performance : excellent, bon, préoccupant, médiocre. Les critères, les standards (normes) et les énoncés sur le niveau de performance de chaque mesure forment une grille de jugement de la performance.

Afin de rendre plus explicite l'ensemble des mesures présentées et les grilles de jugement associées, nous allons illustrer le modèle logique dans le chapitre 9. Les données

présentées proviennent d'un projet d'évaluation de la performance de plusieurs hôpitaux  
Brésiliens dans l'état du Mato Grosso du sud.





## **Chapitre 9: APPLICATION DU MODÈLE LOGIQUE DE MESURE DU MAINTIEN DES VALEURS**

Cette section a pour objet d'illustrer l'utilisation du modèle logique du *maintien des valeurs*. Ce modèle a été utilisé dans le cadre de plusieurs projets d'évaluation de la performance des systèmes de santé, dont l'un au Brésil. Nous allons utiliser une partie des données provenant de ce projet pour montrer comment peut être appliqué le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* afin d'évaluer la performance d'un hôpital.

Durant les années 2011 et 2012, le groupe EGIPSS a mené une évaluation de la performance du système de santé de l'état du Mato Grosso du sud au Brésil en collaboration avec le ministère de la santé. Cette évaluation concernait quinze hôpitaux de différentes tailles. L'objectif du projet était l'implantation d'un système d'évaluation de la performance des hôpitaux publics de l'état du Mato Grosso du sud basé sur le modèle EGIPSS. Ce système devait offrir au Secrétariat à la santé, aux gestionnaires, aux professionnels, aux planificateurs et à la population une image valide et utile de la performance des hôpitaux de cette province. Il devait en particulier être utile pour orienter ces établissements dans une démarche d'amélioration continue de leur performance et leur permettre de mieux remplir leurs missions.

Dans cette section, nous allons présenter uniquement les données relatives à la dimension du *maintien des valeurs*. De plus, nous ne présenterons pas les résultats pour l'ensemble des quinze hôpitaux. Nous avons choisi les deux hôpitaux présentant le plus gros volume de production de soins. Nous les appellerons : hôpitaux 6 et 8.

Cette section est constituée de deux parties. La première est consacrée à la méthodologie d'implantation du modèle d'évaluation. La seconde partie présente les résultats en suivant les dimensions et les sous-dimensions composant le *maintien des valeurs*. Les méthodes de calcul de chacune des mesures sont présentées à l'annexe 2 de cette thèse (Annexe 2 Fiches techniques)<sup>6</sup>

## **I MÉTHODOLOGIE DE DÉVELOPPEMENT ET D'IMPLANTATION DU MODÈLE EGIPSS**

L'implantation du modèle d'évaluation de la performance a été réalisée en quatre étapes. La première consistait en la sélection des indicateurs. La seconde était la collecte des données. La troisième référait à la construction du jugement et l'élaboration des scores de performance. Enfin, la dernière étape était l'interprétation des résultats en fonction de la performance.

### A La sélection des indicateurs et la collecte des données

La sélection des indicateurs a été réalisée en collaboration avec une équipe de gestionnaire du ministère de la santé du Mato Grosso du sud. Tout d'abord, nous avons proposé une série d'indicateurs pour chaque sous-dimension du *maintien des valeurs*. Cette liste correspond à celle présentée dans la section IV. Les gestionnaires ont, par la suite, vérifié la disponibilité de ces données dans leurs systèmes d'information au niveau national et au

---

<sup>6</sup> Ces informations proviennent du cahier technique du projet, Champagne F, Contandriopoulos A.P, St-Marie G, Moreault M.P et al, 2012

niveau des hôpitaux. De nombreux indicateurs ont été obtenus par l'intermédiaire d'un processus manuel de compilation des données. Les hôpitaux ont ainsi fourni des indicateurs en fonction des informations dont ils disposaient. Cependant, certains indicateurs n'ont pu être obtenus. Ainsi, plusieurs sous-dimensions dont l'état de santé des employés, la disponibilité du matériel, de même que la sécurité n'ont pu être évaluées.

Concernant le questionnaire aux employés, celui-ci a été administré à tous les employés des hôpitaux durant l'hiver 2011. Le taux de réponse était de 34 %. Il a permis de documenter le consensus sur les valeurs, le climat organisationnel, la satisfaction au travail des employés. Le questionnaire sur la satisfaction au travail correspond à une version antérieure à celle présentée dans la partie IV.

### B La construction du jugement et l'interprétation<sup>7</sup>

La construction du jugement s'est faite en plusieurs étapes. Premièrement, il était nécessaire de statuer sur la relation attendue ou le sens de la relation de chaque indicateur avec la performance.

#### *B.1 Le sens des indicateurs*

Les chercheurs du groupe EGIPSS ont identifié trois types de relation à la performance :

---

<sup>7</sup> Ces informations proviennent du cahier technique du projet, Champagne F, Contandriopoulos A.P, St-Marie G, Moreault M.P et al, 2012

- La première est une relation positive avec la performance, c'est-à-dire que plus la valeur est grande, plus la performance est importante. Ce type d'indicateur est symbolisé par un +
- La deuxième relation est négative, c'est-à-dire qu'une plus petite valeur est associée à une plus grande performance. Ce type d'indicateur est symbolisé par un -
- Certains indicateurs sont paraboliquement associés à la performance, ce qui signifie qu'une performance optimale est atteinte lorsque les valeurs sont comprises entre deux bornes bien définies. À l'extérieur de ces deux bornes, la performance diminue. Ce type d'indicateur est symbolisé par un [].

Chacun des indicateurs présentés sont suivis de l'un de ces symboles.

## *B.2 L'interprétation*

L'interprétation des indicateurs est effectuée à l'aide d'un référentiel permettant de porter un jugement de performance sur la mesure.

La plupart des indicateurs, à l'exception de certains indicateurs pour lesquels nous manquons de données, disposent d'un indice de performance appelé aussi indice relatif (IR) qui est calculé en comparant la valeur de l'indicateur à un référentiel normatif. Ce référentiel peut être externe (littérature, réflexion théorique, consensus d'expert) ou interne basé les données observées dans l'établissement, les meilleures performances observées (benchmark), la médiane ou une cible précise. Les référentiels normatifs sont dits raisonnés puisqu'ils émanent d'un consensus entre les membres du Secrétariat à la santé et des directeurs d'hôpitaux obtenus lors d'une réunion de travail en mai 2012 au Brésil. Les référentiels

normatifs empiriques utilisés sont la valeur du benchmark qui présente la moyenne des trois meilleurs résultats observés parmi les 15 hôpitaux de l'étude et la médiane.

Tous les indices de performance fluctuent entre 0 et 200 %. Les valeurs supérieures à la limite sont ramenées à 200 %. Enfin, l'indice relatif obtenu traduit toujours la distance d'un établissement par rapport au référentiel. Ainsi, avec un indice de performance de 70 % l'hôpital se trouve à 70 % du référentiel ou de l'excellence. Il est important de mentionner que le référentiel ne constitue pas une norme théorique d'excellence qui serait inatteignable. Pour des fins de présentation visuelle dans certains tableaux, les indices relatifs (IR) de chaque indicateur ont été catégorisés selon le barème suivant :

*Tableau 31 Catégorisation des indices relatifs pour juger de la performance*

Indices relatifs (IR) des indicateurs		Performance
<b>40 à 59 %</b>	●	Très préoccupante
<b>60 à 74 %</b>	⦿	Préoccupante
<b>75 à 89 %</b>	⊙	Bonne
<b>90 % et plus</b>	○	Excellente

## **II MESURE DE LA PERFORMANCE DU MAINTIEN DES VALEURS POUR LES HÔPITAUX 6 et 8.**

Cette section présente les résultats pour les hôpitaux 6 et 8. Par ailleurs, nous utilisons également les résultats des autres hôpitaux afin de construire le benchmark servant de référentiel permettant de porter un jugement sur la performance de chaque indicateur.

Avant de présenter les données, nous allons décrire les échantillons pour chaque hôpital et pour chaque questionnaire. En effet, 2700 personnes dans les 15 hôpitaux ont répondu de façon valide au questionnaire sur les valeurs. Dans l'hôpital 6, 428 personnes ont répondu au questionnaire sur les valeurs et 1084 personnes dans l'hôpital 8.

Concernant le questionnaire sur le climat, 3537 personnes au total ont répondu de façon valide, dont 727 dans l'hôpital 6 et 1376 dans l'hôpital 8. Finalement, pour le questionnaire sur la satisfaction, 4159 dans les 15 hôpitaux ont répondu de façon valide au questionnaire. Plus précisément, ce chiffre est de 755 pour l'hôpital 6 et de 1436 pour l'hôpital 8.

A Le consensus sur les valeurs

<b>INTENSITÉ ET HIÉRARCHIE DES VALEURS</b>													
	<b>Ensemble des hôpitaux</b>				<b>Hôpital 6</b>				<b>Hôpital 8</b>				
<b>Individuelles</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Hiérarchie</b>	<b>% de 4 occurrences</b>	<b>% de 0 occurrence</b>	<b>Valeur observée</b>	<b>Hiérarchie</b>	<b>% de 4 occurrences</b>	<b>% de 0 occurrence</b>	<b>Valeur observée</b>	<b>Hiérarchie</b>	<b>% de 4 occurrences</b>	<b>% de 0 occurrence</b>	
1	<b>Imputabilité</b>	<b>1,3</b>	<b>5</b>	6,4	33	<b>1,63</b>	<b>4</b>	13,8	27,8	<b>1,36</b>	<b>5</b>	6,4	31
&	<b>Responsabilité l'égard de la santé de la population</b>	<b>2,4</b>	<b>2</b>	13,8	2,6	<b>2,34</b>	<b>2</b>	13,6	1,4	<b>2,45</b>	<b>2</b>	14,7	3,7
	<b>Qualité technique des soins</b>	<b>1,8</b>	<b>3</b>	6,4	14	<b>1,88</b>	<b>3</b>	14,5	7,5	<b>1,72</b>	<b>4</b>	5,7	14,7
2	<b>Respect des patients</b>	<b>2,7</b>	<b>1</b>	29,1	2,6	<b>2,59</b>	<b>1</b>	25,2	4,2	<b>2,74</b>	<b>1</b>	29,4	2,6
	<b>Accomplissement au travail</b>	<b>1,7</b>	<b>4</b>	7	16,6	<b>1,57</b>	<b>5</b>	5,4	22,2	<b>1,73</b>	<b>3</b>	7,7	16,8
<b>Organisationnelles</b>													
3	<b>Imputabilité</b>	<b>1,8</b>	<b>4</b>	15,1	21,5	<b>2,13</b>	<b>3</b>	22,9	16,1	<b>1,93</b>	<b>4</b>	16,7	19,6
&	<b>Responsabilité l'égard de la santé de la population</b>	<b>2,4</b>	<b>1</b>	16,1	3	<b>2,39</b>	<b>1</b>	14	1,9	<b>2,48</b>	<b>1</b>	17	2,9
	<b>Qualité technique des soins</b>	<b>2,1</b>	<b>3</b>	12,1	8,1	<b>2,29</b>	<b>2</b>	13,8	6,1	<b>2,13</b>	<b>2</b>	12,2	9,7
4	<b>Respect des patients</b>	<b>2,2</b>	<b>2</b>	15,5	7,6	<b>2,06</b>	<b>4</b>	12,1	10,5	<b>2,12</b>	<b>3</b>	14,2	8,9
	<b>Accomplissement au travail</b>	<b>1,2</b>	<b>5</b>	4,7	31,9	<b>1,14</b>	<b>5</b>	3,6	33,3	<b>1,33</b>	<b>5</b>	5,4	31,6

## ACCORD SUR LES VALEURS INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES

Accord sur les valeurs individuelles (%)	Valeur observée pour l'ensemble des hôpitaux	Hôpital 6 Valeur observée	Hôpital 8 Valeur observée
<b>Imputabilité</b>	93	<b>85,54</b>	<b>89,76</b>
<b>Responsabilité l'égard de la santé de la population</b>	40	<b>43,37</b>	<b>42,25</b>
5 <b>Qualité technique des soins</b>	61	<b>60,07</b>	<b>64,28</b>
<b>Respect des patients</b>	39	<b>43,90</b>	<b>38,90</b>
<b>Accomplissement au travail</b>	67	<b>74,91</b>	<b>67,12</b>
Accord sur les valeurs organisationnelles (%)			
<b>Imputabilité</b>	73,3	<b>65,33</b>	<b>70,20</b>
<b>Responsabilité l'égard de la santé de la population</b>	41,6	<b>42,43</b>	<b>41,47</b>
6 <b>Qualité technique des soins</b>	51,6	<b>47,20</b>	<b>54,22</b>
<b>Respect des patients</b>	51,4	<b>57,66</b>	<b>55,38</b>
<b>Accomplissement au travail</b>	90	<b>103,00</b>	<b>90,29</b>



Accord sur la hiérarchie des valeurs individuelles et organisationnelles									
	Moyenne des 3 meilleurs	Référentiel	Hôpital 6	IR	Jugement de Performance	Hôpital 8	IR	Jugement de Performance	
7	Accord sur la hiérarchie des valeurs individuelles	0,318	0,318	0,094	29	●	0,164	51	●
8	Accord sur la hiérarchie des valeurs organisationnelles	0,274	0,274	0,118	43	●	0,084	30	●

#### Intensité des valeurs individuelles

- Pour l'hôpital 6, les deux valeurs les plus valorisées sont le respect des patients et la responsabilité à l'égard de la santé de la population. Par ailleurs, la valeur respect des patients est nettement la plus valorisée, puisque l'occurrence moyenne de réponses est de 2,59. De plus, on constate que 25 % des répondants ont choisi systématiquement cette valeur lors des choix forcés. A contrario, la valeur accomplissement au travail est la moins valorisée. On remarque que 22 % des répondants n'ont jamais choisi cette valeur.
- Concernant l'hôpital 8, les résultats pour les deux valeurs les plus valorisées sont similaires. Par contre, c'est la valeur imputabilité qui est la moins valorisée. 31 % des répondants n'ont jamais choisi cette valeur.
- L'accomplissement est la valeur qui varie le plus entre les trois hiérarchies que nous venons de présenter puisqu'elle occupe en moyenne sur les 15 hôpitaux la 4e position, la 5e pour l'hôpital 6 et la 3e pour l'hôpital 8.

### **Intensité des valeurs organisationnelles**

- Pour l'hôpital 6, les deux valeurs les plus valorisées par l'organisation, selon les employés, sont la responsabilité à l'égard de la santé de la population et la qualité techniques des soins. Cependant, la valeur imputabilité est également très valorisée puisque 22 % des employés l'ont choisi à quatre reprises. Par contre, la valeur accomplissement est clairement celle qui est le moins valorisée par l'organisation selon les employés
- Concernant l'hôpital 8, les valeurs responsabilité à l'égard de la santé de la population et qualité technique de soins sont les valeurs les plus importantes de l'organisation, tandis que l'accomplissement au travail est la valeur la moins valorisée. Par ailleurs, la valeur imputabilité présente des résultats intéressants. En effet, 16 % des répondants (le plus haut pourcentage) ont sélectionné cette valeur chaque fois qu'ils en avaient l'occasion. Cependant, 19,4 % des employés n'ont jamais choisi cet énoncé pour décrire les valeurs de l'organisation.

### **Accord sur les valeurs individuelles**

- Pour l'hôpital 6, les employés sont en accord quant à la forte valorisation des valeurs responsabilité à l'égard de la santé et respect des patients, puisque ces deux valeurs ont un coefficient de variation de 43 %. À l'inverse, l'accord est très faible concernant la valeur imputabilité puisque le coefficient de variation est de 85 %. Ceci signifie que les réponses varient beaucoup autour de la moyenne. Par ailleurs, l'accord global sur la hiérarchie des valeurs présente un coefficient de concordance très faible 0,094, marquant une mauvaise performance. Ceci signifie que les individus ne partagent pas du tout la même hiérarchie de valeur. Il semblerait que les divergences concernent surtout les valeurs qui sont classées en troisième et quatrième positions, soient l'imputabilité et la qualité technique de soins.
- Pour l'hôpital 8, les employés sont en accord quant à la forte valorisation des valeurs responsabilité à l'égard de la santé et respect des patients, puisque ces deux valeurs ont, respectivement, un coefficient de variation de 42 % et 38 %. À l'inverse, l'accord est très faible concernant la valeur imputabilité, puisque le coefficient de variation est de 89 %. Le coefficient de concordance concernant la hiérarchie des valeurs individuelles est également très bas, 0,164, marquant une mauvaise performance.

### **Accord sur les valeurs organisationnelles**

- Pour l'hôpital 6, l'accord le plus important que les employés expriment par rapport à leurs perceptions des valeurs organisationnelles, concernent les valeurs responsabilité à l'égard de la population et qualité technique des soins. Les coefficients de variation sont respectivement de 42 % et de 47 %. Par contre, le coefficient de variation le plus élevé réfère à l'accomplissement au travail. De ce fait, le niveau d'accord entre les employés concernant la valorisation de la valeur accomplissement est faible.  
On note également que l'accord sur la hiérarchie des valeurs est très faible, signifiant une mauvaise performance.
- Concernant l'hôpital 8, l'accord le plus important que les employés expriment par rapport à leurs perceptions des valeurs organisationnelles concernent la valeur responsabilité à l'égard de la population avec un coefficient de variation de 41 %. Par contre, le coefficient de variation le plus élevé réfère à l'accomplissement au travail. De ce fait, le niveau d'accord entre les employés concernant la valeur accomplissement est faible.  
Comme pour l'hôpital 8, le coefficient de concordance mesurant l'accord sur la hiérarchie des valeurs organisationnelles est faible marquant une mauvaise performance.

**CONGRUENCE ET DIVERGENCE DES VALEURS INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES**

	Benchmark (moyenne des trois meilleurs résultats observés)	Médiane	Référentiel	Hôpital 6	Indice relatif (%)	Jugement de performance	Hôpital 8	Indice relatif (%)	Jugement de performance	
<b>CONGRUENCE DES VALEURS INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES (%)</b>										
9	<b>Congruence totale</b>	61,03		61,03	<b>55,60</b>	<b>91</b>	○	<b>52,20</b>	<b>85,53</b>	◎
10	<b>Congruence Imputabilité</b>	67,57		67,57	<b>49,80</b>	73	◎	<b>49,50</b>	73	◎
	<b>Congruence Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>	63,77		63,77	<b>61,60</b>	96	○	<b>53,20</b>	83	◎
	<b>Congruence Qualité technique des soins</b>	67,47		67,47	<b>57,50</b>	85	◎	<b>67,47</b>	100	○
	<b>Congruence Respect des patients</b>	61,13		61,13	<b>57,00</b>	92	○	<b>50,80</b>	82	◎
	<b>Congruence Accomplissement au travail</b>	63,63		63,63	<b>51,90</b>	81	◎	<b>50,30</b>	79	◎
<b>DIVERGENCE DES VALEURS INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES (%)</b>										
11	<b>Divergence totale</b>		6,80	10	<b>7,90</b>	<b>126,58</b>	○	<b>7,50</b>	<b>133,33</b>	○
12	<b>Divergence Imputabilité</b>				<b>13,00</b>			<b>10,70</b>		
	<b>Divergence Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>				<b>4,80</b>			<b>4,30</b>		
	<b>Divergence Qualité technique des soins</b>				<b>6,00</b>			<b>7,00</b>		
	<b>Divergence Respect des patients</b>				<b>7,50</b>			<b>7,60</b>		
	<b>Divergence Accomplissement au travail</b>				<b>8,21</b>			<b>7,70</b>		

### **Congruence des valeurs**

- Pour l'hôpital 6, la congruence totale des valeurs individuelles et organisationnelles est de 55 %. Cela signifie qu'en moyenne les valeurs individuelles et la perception des valeurs organisationnelles sont congruentes à hauteur de 55 %. Ce score marque une excellente performance. Cette congruence est particulièrement élevée pour la valeur responsabilité à l'égard de la santé de la population.
- Concernant l'hôpital 8, la congruence totale des valeurs individuelles et organisationnelles est de 52 %. Cela signifie qu'en moyenne les valeurs individuelles et la perception des valeurs organisationnelles sont congruentes à hauteur de 52 %. Ce score signifie que la performance est bonne. Cette congruence est particulièrement élevée pour la valeur qualité technique des soins.

### **Divergence des valeurs**

- Pour l'hôpital 6, la divergence totale entre les valeurs individuelles et organisationnelles est très faible, 7,9 %. Cela signifie que la performance est excellente. Cependant, la divergence la plus importante concerne la valeur imputabilité dont le pourcentage est de 13 %.
- Concernant l'hôpital 8, la divergence totale entre les valeurs individuelles et organisationnelles est également très faible (7,5 %). Ce qui signifie que la performance est excellente.

B La qualité de vie au travail

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL										
		Benchmark (moyenne des trois meilleurs résultats observés)	Médiane	Référentiel	Hôpital 6	Indice relatif (%)	Jugement de performance	Hôpital 8	Indice relatif (%)	Jugement de performance
<b>Régularité du lien à l'emploi</b>										
13	Proportion de médecins avec un contrat de travail formel [ + ]	100	61,7	100	100	100	○	100	100	○
14	Proportion d'infirmières avec un contrat de travail formel [ + ]	100	100	100	100	100	○	100	100	○
15	Proportion de personnel soignant avec un contrat de travail formel [ + ]	100	100	100	100	100	○	100	100	○
<b>Adéquation du personnel à la charge de travail</b>										
16	Propension des heures travaillées en heures supplémentaires du personnel soignant [ - ]	0,09	2,52	2	11,3	17,64	●	,31	200	○

17	Propension des heures travaillées en heures supplémentaires des infirmières [-]	0,00	1,10	2	16,6	11,99	●	1,24	103,2	○
18	Taux de personnel soignant (infirmières+ infirmières auxiliaires) par lit [+]	1,83	1,10	1,8	1,56	85,15	◎	0,42	42,39	●
<b>Expérience professionnelle</b>										
19	Proportion des infirmières travaillant de jour comptant moins de deux ans d'expérience [-]	0,00	23,17	20	0	100	○	23,17	86,3	◎
20	Pourcentage des infirmières travaillant de nuit qui comptent moins de deux ans d'expérience [-]	0,00	20,03	20	0	100	○	8,33	200	○
21	Proportion des infirmières travaillant de jour comptant plus de 10 ans d'expérience [+]	58,03	16,72	20	16,7	83,6	◎	30,43	152,17	○
22	Pourcentage des infirmières travaillant de nuit qui comptent plus de 10 ans d'expérience [+]	42,56	0,00	20	21,8	109,27	○	19,19	95,97	○
<b>Soutien organisationnel</b>										
23	Proportion des heures consacrées à la formation [+]	1,05	0,02	2	,02	1,03	●	0,2	1,23	●

### **Environnement de travail (Hôpital 6)**

- La régularité du lien à l'emploi présente une excellente performance puisque l'ensemble du personnel dispose de contrat de travail formel.
- La sous-dimension adéquation du personnel à la charge de travail présente une performance plus préoccupante. En effet, les taux d'heures supplémentaires sont importants (11 % pour le personnel soignant, 16 % pour les infirmières). Par contre, la dotation du personnel en fonction de la charge de travail présente une bonne performance. Néanmoins, il faut relativiser cette mesure, car nous disposons d'un seul indicateur. Ceci ne permet pas de porter un jugement sur une sous-dimension. De plus, l'indicateur du nombre d'infirmières par lit ne constitue pas la mesure la plus adéquate pour évaluer la dotation du personnel. En effet, on privilégie plutôt des mesures du nombre de patients par infirmière en fonction des quarts de travail. De façon générale, la performance de la sous-dimension adéquation du personnel à la charge de travail semble préoccupante.
- La sous-dimension expérience professionnelle présente un excellent niveau de performance puisque trois des quatre indicateurs présentent un excellent niveau de performance.
- La sous-dimension soutien organisationnel présente un niveau de performance préoccupant. En effet, seulement 0,2 % des heures de travail ont été consacrées à la formation.

### **Environnement de travail (Hôpital 8)**

- La régularité du lien à l'emploi présente une excellente performance puisque l'ensemble du personnel dispose d'un contrat de travail formel.
- La sous-dimension adéquation du personnel à la charge de travail présente une performance satisfaisante. En effet, les taux d'heures supplémentaires sont faibles, marquant une excellente performance. Par contre, la dotation du personnel à la charge de travail présente une performance préoccupante.
- La sous-dimension expérience professionnelle présente un excellent niveau de performance puisque trois des quatre indicateurs mesurant cet aspect présentent un excellent niveau de performance.
- La sous-dimension soutien organisationnel présente un niveau de performance préoccupant. En effet, seulement 0,2 % des heures de travail



## CLIMAT ORGANISATIONNEL

	Benchmark (moyenne des trois meilleurs résultats)	Médiane	Référentiel	Hôpital 6	Indice relatif (%)	Jugement de performance	Hôpital 8	Indice relatif (%)	Jugement de performance			
24	Score global du climat organisationnel			73	60,9	90	<b>52,7</b>	58	●	<b>52,8</b>	58	●
25	Perception des employés de leur autonomie au travail			77,4	70	90	<b>60,3</b>	67	◎	<b>62,4</b>	69	◎
26	Perception des employés de la qualité du soutien organisationnel			67,6	51,2	90	<b>41,08</b>	45,6	●	<b>42</b>	46	●
27	Perception des employés de la qualité de la supervision			75,9	70	90	<b>60,7</b>	67	◎	<b>46,5</b>	51	●
28	Perception des employés de la qualité de la communication			70	58	90	<b>51,8</b>	57	●	<b>46,9</b>	52	●
29	Perception des employés de la qualité du leadership			76,6	58	90	<b>46,8</b>	52	●	<b>46,5</b>	51	●
30	Perception des employés de la qualité de la collaboration			75,4	69,1	90	<b>59,1</b>	65	●	<b>60,8</b>	67	◎

### **Climat organisationnel**

- Dans l'hôpital 6, le résultat global du climat organisationnel est très préoccupant puisqu'il est de 52,7 %. Parmi les différentes dimensions mesurant le climat organisationnel, on remarque que la perception des employés à l'égard de la qualité du soutien organisationnel est le résultat le plus bas avec un pourcentage de 41 %.
- Dans l'hôpital 8 le résultat global du climat organisationnel est très préoccupant puisqu'il est de 52,8 %. Parmi les différentes dimensions mesurant le climat organisationnel, on remarque que la perception des employés à l'égard de la qualité du soutien organisationnel est le résultat le plus bas avec un pourcentage de 42 %.
- Cependant, on remarque que la performance est légèrement meilleure, même si elle est préoccupante, pour la perception du degré d'autonomie dans le travail.

## SATISFACTION AU TRAVAIL

	Benchmark (moyenne des trois meilleurs résultats observés)	Médiane	Référentiel	Hôpital 6 Indice relatif (%)	Jugement de performance	Hôpital 8 Indice relatif (%)	Jugement de performance
31	66	55,7	90	<b>49,8</b>	55 ●	<b>51,5</b>	57 ●
32	70,51	60	90	<b>54,7</b>	60 ◎	<b>58,9</b>	65 ◎
33	65,6	56,6	90	<b>49,1</b>	54 ●	<b>50,8</b>	56 ●
34	59,2	47,2	90	<b>44,5</b>	49 ●	<b>40,8</b>	45 ●
35	64,8	60	90	<b>51,3</b>	57 ●	<b>52,0</b>	57 ●
36	56,8	43	90	<b>38</b>	42 ●	<b>38,2</b>	42 ●
37	66,9	60	90	<b>50,7</b>	56 ●	<b>52,4</b>	58 ●
38	68,4	60	90	<b>54,7</b>	60 ◎	<b>58,6</b>	65 ◎
39	59,3	43	90	<b>39,1</b>	43 ●	<b>42,1</b>	46 ●

### **Satisfaction au travail**

- Concernant l'hôpital 6, la satisfaction des employés au travail présente une performance très préoccupante. La satisfaction à l'égard du soutien organisationnel et de la formation, ainsi que la satisfaction vis-à-vis des perspectives d'avenir sont particulièrement basses avec des scores de 38 % et 39 %. Les meilleurs scores, même s'ils présentent une performance préoccupante, se rapportent à la satisfaction à l'égard de la nature du travail et des interrelations au travail.
- Pour l'hôpital 8, la satisfaction des employés au travail présente une performance très préoccupante. La satisfaction à l'égard du soutien organisationnel et de la formation, ainsi que la satisfaction vis-à-vis de la rémunération et de la reconnaissance sont particulièrement basses avec des scores de 38 % et 40 %. Les meilleurs scores, même s'ils présentent une performance préoccupante, se rapportent à la satisfaction à l'égard de la nature du travail et la satisfaction par rapport aux interrelations au travail.

### **Réactions comportementales**

- Concernant l'hôpital 6, le taux de roulement pour l'ensemble du personnel est faible à 2,41 %. La performance est donc excellente. Néanmoins, l'hôpital doit porter attention au taux de roulement des médecins et des infirmières qui sont significativement plus élevés que le taux de roulement moyen.
- Pour l'hôpital 8, le taux de roulement présente une excellente performance. Cependant, le taux de roulement du personnel administratif doit être surveillé, car il est élevé (31 %).

## RÉACTIONS COMPORTEMENTALES

	Benchmark (moyenne des trois meilleurs résultats observés)	Médiane	Référentiel	Hôpital 6	Indice relatif (%)	Jugement de performance	Hôpital 8	Indice relatif (%)	Jugement de performance
40 <b>Taux de roulement global</b>	1,11	15,7	15,7	2,41	200	○	14,91	105,4	○
41 <b>Taux de roulement des médecins</b>	0	0,46		4,29			3,98		
42 <b>Taux de roulement des infirmières</b>	0	12,5		4,71			7,11		
43 <b>Taux de roulement du personnel administratif</b>	0	15		0,66			31,19		

## C Synthèse

La performance de la fonction *maintien des valeurs* pour l'hôpital 6 est mitigée. En effet certaines sous-dimensions présentent un excellent niveau de performance alors que d'autres sont très préoccupantes.

Pour la dimension consensus sur les valeurs, il faut noter que les individus valorisent principalement les valeurs respects des patients et responsabilité à l'égard de la population. Le niveau de congruence individu-organisation pour ces deux valeurs est très élevé et donc très performant. Cela laisse sous-entendre un bon niveau d'adéquation entre les orientations valorisées prônées les individus et celles qui sont valorisées par l'organisation. Par contre, le degré d'accord sur la hiérarchie des valeurs autant individuelles qu'organisationnelles est très faible et donc très préoccupant. Les individus sont certes en accord sur l'importance des valeurs respect des patients et responsabilité à l'égard de la santé de la population. Cependant il semblerait que l'accord soit très faible sur les trois autres valeurs.

Au niveau de l'environnement de travail, le niveau de performance est également mitigé puisque deux sous-dimensions présentent un excellent niveau de performance : la régularité du lien à l'emploi et l'expérience professionnelle. Par contre, les résultats sont préoccupants pour l'adéquation du personnel à la charge de travail et le soutien organisationnel.

Concernant la satisfaction des employés et le climat organisationnel, la performance est très préoccupante. Il faut noter que le niveau de performance pour la perception du soutien organisationnel est le plus bas. Il existe probablement un lien entre la performance de la sous-

dimension soutien organisationnel et la mauvaise perception des employés quant au niveau de soutien organisationnel. Enfin, la dimension réaction comportementale présente un excellent niveau de performance.

La performance de l'hôpital 8 est également mitigée. En effet, certaines dimensions et sous-dimensions présentent un excellent niveau de performance alors que d'autres sont très préoccupantes.

Pour la dimension consensus sur les valeurs, il faut noter que les individus valorisent principalement les valeurs respect des patients et responsabilité à l'égard de la population. Le niveau de congruence individu-organisation est bon pour l'ensemble des valeurs. Il est particulièrement élevé et donc performant pour la valeur qualité technique des soins. Par contre, tout comme l'hôpital 6, le degré d'accord entre les individus concernant la hiérarchie des valeurs individuelles et organisationnelles est très faible et donc très préoccupant.

Au niveau de l'environnement de travail, la performance est satisfaisante puisque trois sous-dimensions présentent un excellent niveau de performance : la régularité du lien à l'emploi, l'adéquation du personnel à la charge de travail et l'expérience professionnelle. Par contre, les résultats sont préoccupants pour le soutien organisationnel.

Concernant la satisfaction des employés et le climat organisationnel, la performance est très préoccupante. Enfin, la dimension réaction comportementale présente un excellent niveau de performance.

Il faut ajouter que les résultats des mesures perceptuelles, les valeurs, le climat organisationnel et la satisfaction, pourraient également être déclinés en fonction des catégories

socioprofessionnelles, de l'ancienneté ou de l'âge. Ces résultats permettent de faire des analyses plus précises. Il est particulièrement intéressant de comparer les mesures des valeurs individuelles et organisationnelles en fonction des catégories socioprofessionnelles. En effet, les hôpitaux sont des organisations où cohabitent nombre de professionnels différents avec des logiques d'action différentes et parfois opposées. Nous présentons, à titre d'exemple, dans l'annexe 3 les résultats par catégories socioprofessionnelles pour l'hôpital 6.

L'opérationnalisation du modèle logique a permis de tirer plusieurs constats. Il existe plusieurs limites à l'évaluation de la performance que nous venons de réaliser. Premièrement, plusieurs dimensions et sous-dimensions sont absentes. L'état de santé des employés n'est pas mesuré, alors qu'il cristallise souvent des enjeux importants de la performance. Deuxièmement, certaines sous-dimensions, principalement celles de l'adéquation du personnel à la charge de travail, de la disponibilité du matériel et de la sécurité n'ont pu être mesurées du fait de l'absence d'indicateurs.

La question de l'absence de certaines données dans les systèmes d'informations des hôpitaux est cruciale. En effet, les mesures qui sont valorisées dans les systèmes d'information ne sont ni les plus fiables ni les plus utiles pour estimer la performance et favoriser l'amélioration continue. Nous avons montré dans la partie III, à l'aide de différents modèles logiques, que la dotation du personnel à la charge de travail est un déterminant important de la performance de nombreuses dimensions. En effet, il influence la satisfaction des employés, leur état de santé ainsi que la sécurité et l'efficacité des soins. On peut poser le même constat avec la sous-dimension de l'état de santé des employés. Très peu de systèmes de santé et d'hôpitaux s'intéressent réellement à cette question, sauf peut-être sous l'angle des blessures



au travail. Cependant, on a démontré que la problématique de la santé mentale au travail était de plus en plus prégnante et entraînait des coûts importants, ainsi qu'un impact réel sur la sécurité et l'humanisation des soins. Cette situation n'est pas l'apanage du Brésil, au contraire on la retrouve dans la plupart des hôpitaux.

Ainsi, il semblerait que l'un des premiers enjeux de l'évaluation de la performance soit l'implantation de mesures plus adéquates et utiles pour estimer la performance des hôpitaux et l'améliorer. Dans ce chapitre, nous avons illustré les différentes dimensions et sous-dimensions composant notre modèle logique. Les mesures présentées permettent de porter un jugement sur la performance. Cependant, elles ne permettent pas réellement de l'améliorer. En fait, nous avançons que la performance ne doit pas être appréhendée par dimensions, sous-dimensions ou indicateurs, mais en fonction des relations ou tensions entre ceux-ci. Nous avons démontré dans la troisième partie que chaque aspect de la performance du *maintien des valeurs* peut être considéré comme un déterminant ou une conséquence d'un autre élément du modèle. L'amélioration de la performance n'est possible qu'en considérant ces relations et en agissant sur elle. Ainsi, il faut adjoindre aux résultats et aux différents jugements sur la performance que nous venons de présenter une grille d'analyse permettant de penser et de soutenir des interventions permettant d'améliorer la performance. Ces grilles d'analyses devraient être basées sur les modèles logiques. Sans l'existence de mesures représentant des marqueurs de la performance, l'utilisation de grilles d'interprétation permettant de porter un jugement, ainsi que de modèles logiques pour analyser la performance, les systèmes d'évaluation de la performance tendent plus à être utilisés comme outil d'imputabilité que comme outil d'amélioration de la performance. Ceci constitue un enjeu crucial de conception

qui rejaillit sur l'utilisation de l'évaluation de la performance. Ainsi, le prochain chapitre sera consacré aux enjeux d'utilisation des systèmes d'évaluation de la performance.

## **Discussion : L'UTILISATION DU MODÈLE LOGIQUE DE MESURE DU MAINTIEN DES VALEURS COMME TECHNOLOGIE D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE**

Les cadres d'évaluation de la performance décrits dans le chapitre 1 présentent pour la plupart des lacunes en termes de validité de contenu. En effet, nous avons montré que plusieurs dimensions cruciales pour analyser et comprendre la performance étaient absentes. Ce constat a motivé le développement du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*. L'absence de ces dimensions dans les cadres d'évaluation de la performance contemporains s'explique par une conception de la performance orientée vers l'atteinte des objectifs des systèmes de santé. Cependant, un système organisé d'action comme le système de santé doit être abordé en fonction des différentes composantes qui assurent son maintien et son fonctionnement. Ainsi, la capacité d'un système à atteindre ses objectifs découle, entre autres, de l'existence d'une structure symbolique partagée par les acteurs, dont les valeurs sont le fondement. La fonction du *maintien des valeurs* permet donc d'apprécier la capacité d'un système à préserver cette structure valorielle agissant comme cadre normatif et source de sens pour l'action individuelle et collective. Ce phénomène est appréhendé par la dimension du consensus sur les valeurs des différents acteurs engagés dans la dispensation des soins et la régulation du système de santé. La fonction du *maintien des valeurs* permet également de porter un jugement sur la qualité de vie au travail. Celle-ci est construite autour de concepts mesurant des aspects objectifs de la vie au travail, tels que l'environnement de travail, les réactions comportementales et de l'état de santé des employés, ainsi qu'à travers une perspective perceptuelle par l'appréciation du climat organisationnel et de la satisfaction au

travail. Ainsi, l'objectif de cette thèse était la construction et l'opérationnalisation d'un modèle logique de mesure de la fonction du *maintien des valeurs*. Les chapitres 3 à 9 étaient consacrés à cet objectif. Cependant, les développements conceptuels et méthodologiques, présentés dans cette thèse, seraient incomplets sans une réflexion sur l'utilisation et l'influence de l'évaluation de la performance et plus précisément du modèle EGIPSS dont le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* est une composante. Par ailleurs, toute réflexion sur l'utilisation doit être précédée d'un questionnement sur la nature de l'objet créé. Le modèle EGIPSS ainsi que le modèle logique du *maintien des valeurs* seront appréhendés comme une technologie. Celle-ci, par l'intermédiaire des fonctions qui lui sont assignées, conditionne, en partie, son utilisation et son influence sur les individus, l'organisation et la performance. La discussion qui suit sera donc consacrée à ces deux aspects, la nature de l'objet que nous avons élaboré et l'utilisation et l'influence de celui-ci. Ainsi, ce chapitre explorera trois directions.

Premièrement, nous allons approfondir l'analyse de la nature du modèle EGIPSS et du modèle logique du *maintien des valeurs* comme technologie de support à la gestion et à la gouverne des organisations et des systèmes de santé. Cette analyse se fera uniquement du point de vue des concepteurs de cette technologie. En effet, une technologie est le produit d'une action humaine qui peut être étudiée du point de vue de l'utilisateur en fonction de son interaction avec la technologie, ou du concepteur par rapport aux hypothèses concernant le monde dans lequel la technologie est implantée et au savoir produit (Akrich, 1987, Orlikoski, 1992). Deuxièmement, nous allons nous intéresser aux types d'utilisation et à l'influence du système d'évaluation de la performance et du modèle logique du *maintien des valeurs*. Enfin, la dernière partie sera consacrée à une réflexion sur l'opposition entre imputabilité et

amélioration, que nous envisagerons comme un antagonisme entre rationalité instrumentale et communicationnelle.

Le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* ne prend son sens qu'intégré au modèle EGIPSS servant de cadre théorique à l'évaluation de la performance. Dans l'absolue, chaque fonction du modèle EGIPSS devrait être conceptualisée par l'intermédiaire d'un modèle logique. Pour l'instant seul, le modèle logique du *maintien des valeurs* existe. L'intégration de modèle logique modifie l'utilisation possible du modèle EGIPSS. En effet, dans le chapitre 1, le modèle a été décrit comme un instrument d'imputabilité ou d'amélioration de la performance. Cependant, si on y adjoint des modèles logiques, et plus précisément celui du *maintien des valeurs*, alors le modèle EGIPSS devient principalement un vecteur d'amélioration de la performance. Le modèle logique est l'élément clé pour supporter des réflexions et des actions soutenant l'amélioration de la performance.

Dès lors, dans le reste de ce chapitre, lorsque nous utiliserons la dénomination modèle EGIPSS, elle référera à un système d'évaluation de la performance comprenant un cadre d'évaluation (les quatre fonctions présentées dans la figure 9), un modèle logique et une grille de jugement. Ce système d'évaluation de la performance représente une technologie de support à la gouvernance et à la gestion de la performance en vue de son amélioration. Toute technologie est composée de connaissance, de raisonnement et d'une dimension technique. En effet, une technologie renvoie « à un processus d'élaboration technique construit sur une double spécification qui porte à la fois sur les contenus techniques, mais aussi l'environnement, les acteurs, les registres d'action, autrement dit, la façon dont l'action définie par le dispositif peut être accrochée à des configurations générales » Akrich, 1993 :11). En

conséquence, une technologie mobilise et produit un savoir particulier (épistémologie), véhicule une conception du monde et des rapports entre les acteurs dans lequel elle va être implantée (ontologie), à un but (téléologie) et un mode d'emploi (une utilisation pratique).

Définir le modèle EGIPSS comme une technologie de support à la gouvernance et la gestion de la performance revient à spécifier la nature de l'objet créé. En outre, la nature d'un objet est intimement liée à l'utilisation projetée de cet objet. Le système d'évaluation a pour objectif d'améliorer la performance des organisations par une démarche explicative et compréhensive offrant des possibilités d'actions aux utilisateurs de cette technologie. Pour ce faire, le système d'évaluation de la performance devrait influencer à la fois la connaissance des utilisateurs et leurs comportements grâce à la production d'évidences et de raisonnement scientifiquement fondés. Cette conception de l'amélioration est empruntée à Deming (1993) qui analyse l'amélioration comme dépendante de l'existence d'un système de connaissance approfondie.

Une connaissance profonde découle de l'interaction entre quatre éléments. Tout d'abord, les organisations doivent être appréhendées de façon systémique, soit comme un réseau de composantes interdépendantes travaillant ensemble afin d'atteindre un but. De plus, les gestionnaires doivent posséder une connaissance des variations statistiques. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer de mesures de bonne qualité, présentant une forte validité de contenu et de construit. En effet, si une organisation dispose de mesures de la performance de qualité, il sera possible de repérer les variations qui sont communes et inhérentes à la configuration du système, de celles provenant d'événements particuliers issus de causes spéciales. Le processus d'amélioration de la performance doit s'appliquer aux causes

communes, une fois les causes spéciales repérées et éliminées. La troisième composante est la théorie de la connaissance. Pour Deming (1993), la gestion est un art qui requiert une bonne connaissance théorique pour penser les actions et prédire certains de leurs résultats. Il va plus loin en avançant que l'information n'est pas la connaissance, car celle-ci découle de la théorie. Enfin, Deming (1993) met en exergue l'importance de la psychologie et de la compréhension des sources de motivation des employés. Le modèle EGIPSS et le modèle logique de mesure de *maintien des valeurs* répondent aux exigences d'une connaissance approfondie nécessaire à l'amélioration des organisations. En effet, le cadre d'évaluation EGIPSS permet de définir la notion de performance et de circonscrire les éléments auxquels celui-ci s'applique. La performance ne se définit pas uniquement par l'atteinte d'objectifs spécifiques, mais selon une approche systémique où l'équilibre entre les fonctions et les dimensions est primordial. Pour ce faire, il convient pour évaluer et permettre par la suite une amélioration du système, de constituer une chaîne causale permettant de comprendre la performance (Norton et Kaplan, 1996). La modélisation de ces relations renvoie aux modèles logiques. Celui-ci décrit les relations de causes à effets, que nous appelons déterminants et conséquences, entre les différentes dimensions et sous-dimension du *maintien des valeurs* et des autres fonctions du modèle EGIPSS. La modélisation est « l'action intentionnelle, par composition de symboles, de modèles susceptibles de rendre intelligible un phénomène perçu complexe, qui amplifie le raisonnement de l'acteur projetant une intervention délibérée au sein d'un phénomène ; raisonnement visant notamment à anticiper les conséquences des ces projets d'actions possibles » (LeMoigne, 1990 :5, cité par Champagne, Brousselle et al, 2011b). Le modèle logique représente la pierre angulaire permettant à la fois de comprendre la performance par la modélisation des relations entre les différents éléments et d'entreprendre l'action par

l'identification de levier d'action. Ceci correspond à l'approche de Lorino (1997) qui notait que la connaissance des causes expliquant un certain niveau de performance permettait de dégager des leviers d'action, seul moyen de mener un pilotage efficace des organisations.

Cette approche systémique où la performance d'une organisation découle des tensions entre les dimensions et sous-dimensions constituant la performance, prend le contre-pied des cadres d'évaluation de la performance que nous avons présentés dans le premier chapitre. Ceux-ci sont orientés vers l'atteinte des résultats, et visent à renforcer les mécanismes d'imputabilité devant entraîner une amélioration de la performance. Cette perspective semble aujourd'hui dominer autant l'élaboration que l'implantation des cadres d'évaluation de la performance. Il existe une opposition entre les cadres orientés vers l'amélioration de la performance et ceux dont l'objectif est l'accroissement de l'imputabilité. La plupart des chercheurs croient toutefois que ces deux objectifs peuvent être conciliés dans le même outil (Smith, 2009, Murray, 2000). Cependant, cette cohabitation entre ces deux objectifs n'apparaît pas si aisée et constituerait au contraire un enjeu d'utilisation d'importance. Outre ces différences d'ordres téléologiques, les cadres d'évaluation de la performance orientée vers l'imputabilité et le modèle EGIPSS sont mués par des formes de rationalité différentes. Les premiers sont fondés sur une rationalité instrumentale, alors que le second cherche à associer rationalité instrumentale et communicationnelle. Cette distinction, que nous établissons, entre les formes de rationalité s'inspire de la théorie de la modernité d'Habermas (1973, 1987).

La modernité se présente comme un processus de rationalisation de la sphère sociale (l'État, le droit, l'économie capitaliste), culturelle (les valeurs) et individuelle (la pratique). La rationalisation représenterait l'extension des domaines de la société qui sont soumis aux



critères de décision rationnelle (Habermas, 1973). Cette rationalisation serait double. Une rationalité instrumentale, reliée à ce qu'Habermas (1987) appelle le système, regroupant l'ensemble des éléments de la sphère sociale. La rationalité instrumentale vise la structuration de l'action sociale par l'établissement de moyens et de fins. En opposition au concept de système, Habermas (1987) avance l'idée de monde vécu. Ce concept est le corrélat de celui de rationalité communicationnelle puisque c'est dans le monde des interactions les plus ordinaires et les plus quotidiennes, médiatisées par le langage, que peut s'expérimenter une socialisation fondée sur l'entente. Ces deux formes de rationalité imposent des règles d'orientation de l'action qui sont différentes (Habermas, 1973). En effet, la rationalité instrumentale s'appuie sur des règles techniques qui sont, soit des standards, soit des protocoles décrivant l'action accompagnés de cibles à atteindre. À l'inverse, la rationalité communicationnelle s'établit sur des normes sociales, soit des valeurs collectivement acceptées, traduites en comportement attendu.

*Maintien des valeurs* et rationalité communicationnelle seraient donc complémentaires puisque ces deux concepts accordent une place centrale à la construction d'un sens commun permettant l'institutionnalisation de normes sociales soutenant l'action collective. Cependant, rationalité instrumentale et communicationnelle sont les deux faces d'un même processus, celui de la rationalisation de nos sociétés. Elles sont simultanément nécessaires pour le développement des sociétés modernes. Cependant, le système aurait tendance à coloniser le monde vécu en imposant une rationalité instrumentale par l'établissement unilatéral de moyens et de buts, cela au détriment de la rationalité communicationnelle (Habermas, 1987). L'analyse d'Harbermas correspondrait à une tendance des États modernes à imposer une

rationalité instrumentale visant un meilleur contrôle des activités par l'instauration de systèmes d'évaluation de la performance cherchant à accroître l'imputabilité.

## **I Le modèle EGIPSS comme une technologie orientée vers l'amélioration des systèmes de santé**

Décrire le modèle EGIPSS comme une technologie de support à la gouvernance et à la gestion revient à inscrire notre réflexion dans le courant de la gestion basée sur les évidences. Ce mouvement, issu de la médecine, paraît plus difficile à implanter dans le monde de la gestion du fait du caractère de l'activité, qui allie compétences techniques et politiques à l'intérieur d'un environnement dynamique. Les gestionnaires se basent habituellement sur leurs expériences, les modes et assez peu sur un savoir formalisé et des évidences (Pfeffer et Sutton, 2006). Pourtant, les gestionnaires pourraient effectuer leurs tâches plus efficacement et prendre des décisions plus « éclairées », s'ils étaient guidés sur une base quotidienne par de meilleures évidences. En effet, trop de décisions gestionnaires sont fondées sur des connaissances obsolètes et des dogmes (Pfeffer et Sutton, 2006). Cependant, l'utilisation des évidences dans le monde de la gestion pose de nombreux problèmes. Il existe trop d'évidences et la connaissance est éclatée à travers de nombreuses sources (Pfeffer et Sutton, 2006, Rousseau, 2006). Habituellement, le transfert de connaissance se fait par l'intermédiaire de rapports ou de synthèses des connaissances. Cependant ce type de format de transfert de connaissance semble difficile d'appropriation et d'utilisation par les gestionnaires et les preneurs de décision. De plus, l'existence d'évidences ne produit pas la connaissance, il faut y adjoindre des raisonnements permettant de penser l'activité ou une problématique différemment. Dès lors, au-delà de la disponibilité des évidences, l'enjeu de la gestion basée

sur les évidences est d'améliorer la transformation ou la traduction des évidences en raisonnement, puis en solutions (Rousseau, 2006). Nous pensons que le modèle EGIPSS associé au modèle logique permettrait de simplifier ce transfert et constituerait un moyen plus aisé pour modéliser et utiliser les évidences. Par la modélisation des relations de cause à effet entre des dimensions de la performance, associées aux résultats de l'évaluation, ils représentent des instruments puissants pour comprendre l'activité, dégager des leviers d'action et tester des actions d'amélioration de la performance. Cependant, les décisions managériales sont rarement prises individuellement. Elles impliquent toujours d'autres acteurs et donc une négociation (Walshe et Rundall, 2001). Cet aspect renvoie au processus politique inhérent à toutes prises de décision au sein d'une organisation. Face à cette difficulté, nous pensons que notre technologie, si elle est utilisée selon une rationalité communicationnelle, pourrait servir de base pour la justification et la communication lors de l'élaboration des schémas d'action.

#### A De la nature de la technologie et ses objectifs

Le modèle EGIPSS en tant que technologie de support à la gouverne et à la gestion de la performance devrait faciliter l'action individuelle et collective à travers la diffusion de schémas d'action, de techniques et de normes (Orlikoski, 1992). En effet, cette technologie stabilise le fonctionnement des organisations en limitant les biais cognitifs issus de croyances ou de dogmes, ainsi qu'en fournissant des schémas d'action fondés sur des évidences (Hatchuel et Weil, 1992). Ils constituent un outil d'analyse permettant de comprendre les phénomènes organisationnels (Martineau, 2008), en dégagant les déterminants essentiels de l'activité d'une organisation (Hatchuel et Weil, 1992). Cependant, les outils de gestion ne capturent pas la réalité, ils ne constituent qu'un cadre de référence, une certaine représentation

de l'activité d'une organisation (Berry, 1983). De ce fait, il y a un risque de simplification de la réalité qui s'accompagne d'un écueil, celui de fonder ses décisions uniquement sur une technologie de gestion. Ainsi, le système d'évaluation de la performance ne représente pas la réalité organisationnelle, mais une reconstruction imparfaite de celle-ci permettant de mieux la comprendre et de soutenir l'action.

La notion de technique réfère aux dispositifs de production des résultats évaluatifs. Celui-ci regroupe les indicateurs, les questionnaires, la plateforme d'accès aux données, ainsi que le mode d'emploi.

Enfin, les normes ne sont pas directement produites par la technologie, mais proviennent de l'interaction entre celle-ci et les utilisateurs. La création de nouveaux schémas d'action entraîne la formulation de nouvelles normes structurant l'action collective et les interrelations entre les acteurs. Ainsi, cette technologie doit aussi être appréhendée comme un instrument permettant d'accompagner le changement (Hatchuel et Weil, 1992). Ce changement opère par une modification des cadres cognitifs, des schémas d'action provenant d'un apprentissage des acteurs et de l'organisation.

Ainsi, le système d'évaluation de la performance influencerait les schémas cognitifs, les conceptions de la performance et de ses déterminants, faciliterait l'action et la prise de décision, autant au niveau individuel qu'organisationnel, afin d'atteindre ses deux objectifs principaux : fournir un jugement sur la performance et supporter l'amélioration de la performance. Concernant la fonction *maintien des valeurs*, au-delà des résultats de l'évaluation, l'objectif est d'améliorer la qualité de l'environnement de travail et permettre une réflexion sur l'identité organisationnelle à travers l'analyse des valeurs. En effet, la

construction d'un sens, d'une vision commune sont des éléments critiques pour permettre l'action collective et assurer une bonne performance (Weick, 1995).

Afin d'atteindre ces deux objectifs, le modèle EGIPSS

- permet de porter un jugement sur le niveau de performance de chaque fonction, dimension et sous-dimension sur la base d'indicateurs.
- met en relation les fonctions, les dimensions et sous-dimensions composant le cadre d'évaluation de la performance. Les liens entre les fonctions sont expliqués au niveau du cadre d'évaluation alors que les liens entre dimensions et sous-dimensions sont présentés dans les modèles logiques.
- Les deux éléments précédents permettent de diagnostiquer et d'identifier les dysfonctionnements qui sont représentés par les dimensions et sous-dimensions présentant une performance préoccupante.
- Le modèle logique supporte une réflexion afin de dégager des leviers d'actions, puisque les modèles logiques de mesure décrivent les différents déterminants de la performance fondée sur la littérature.
- Le modèle logique apporte une nouvelle perspective par un raisonnement scientifique sur les relations entre les différentes dimensions de la performance. Cette nouvelle connaissance sert de terreau pour une réflexion sur l'activité et un apprentissage individuel et organisationnel.

L'utilité de cette technologie dépend de sa facilité d'accès et d'utilisation. Ainsi, elle doit être institutionnalisée et utilisée sur une base régulière. Pour ce faire, les résultats de

l'évaluation, ainsi que le modèle logique doivent être informatisés au sein d'une plateforme et mise à jour régulièrement (Chen,2006). L'utilisateur aurait accès aux modèles logiques de chaque fonction avec les niveaux de performance pour chaque dimension et sous-dimension. De même, il devrait être possible d'extraire pour chaque dimension les déterminants et les conséquences. Enfin, afin d'optimiser l'utilisation, les résultats et leur mise en relation dans les modèles logiques devraient être obtenus pour l'ensemble d'une organisation, mais également par département ou unité et en fonction des catégories socioprofessionnelles. Ainsi, le modèle EGIPSS est principalement destiné, en tant que technologie de support à la gestion, aux gestionnaires et aux preneurs de décisions des organisations de santé. Par ailleurs, il peut aussi être utilisé comme instrument de gouverne au niveau régional et national ou provincial.

### B Un savoir adapté à la complexité des organisations de santé

Le système de santé est analysé, comme nous l'avons présenté dans le chapitre 2, en tant que système organisé d'action. Cette conception systémique est essentielle, car elle permet d'appréhender l'organisation comme un tout, une unité complexe qui ne se réduit pas à la somme de ses parties constitutives. La bonne santé d'une organisation proviendrait du bon fonctionnement de chacune des parties, mais surtout de la bonne interaction entre elles pour ne pas créer de déséquilibre (Dervistsiotis, 2004). Les organisations, en tant que système, sont dynamiques et ouvertes sur leur environnement. Dès lors, les tensions, l'ambiguïté, les paradoxes et les conflits deviennent des éléments constitutifs de tout système complexe (Quinn, 1991). La caractéristique d'un paradoxe est « la présence simultanée de contradiction, même mutuellement exclusive » (Cameron & Quinn, 1988 : 2 cité par Clegg et al, 2002). Ainsi, la tâche fondamentale d'un gestionnaire n'est pas d'améliorer de façon indépendante

chaque partie du système et par la suite les assembler, mais de gérer les interactions entre les parties afin d'améliorer l'organisation dans sa totalité (Dervistsiotis, 2004) Dès lors, toute technologie ayant pour vocation d'être utilisée comme outil de gestion devrait générer un savoir permettant de comprendre ces tensions et gérer les paradoxes. Elle ne doit pas uniquement produire des informations évaluatives, mais aussi servir de base pour des raisonnements prenant en considération ces tensions et ambiguïtés.

Le système d'évaluation de la performance produit plus que des résultats évaluatifs, il propose un savoir fondé sur un raisonnement et des évidences scientifiques. « Un savoir se compose d'un ensemble de thèses et de questions à partir desquelles une activité peut être conduite ou une information acquérir un sens en générant, le cas échéant, de nouvelles thèses ou de nouvelles questions » (Hatchuel et Weil, 1992 : 16). Hatchuel.À et Weill B (1992) décrivent trois types de savoirs pouvant être produits par un système expert ou une technologie : un savoir-faire, un savoir comprendre et un savoir combiné.

Le savoir-faire « exprime, quel que soit le niveau de détail considéré, la manière dont certaines transformations sont obtenues par des actions connues. Un tel savoir permet, en partant de l'état initial et de l'état souhaité d'un objet, de déterminer les étapes intermédiaires qui permettent de passer d'un état à un autre ». (Hatchuel et Weil, 1992 :46) La technologie générant un savoir-faire répertorie un ensemble de situations accompagnées des actions pour passer d'un état à un autre.

Le savoir comprendre découle d'une démarche plus complexe où l'on cherche à diagnostiquer un problème pour le régler. Pour chaque situation, il y a un entremêlement d'actions et d'investigations, toujours renouvelées. La production de ces savoirs nécessite

l'élaboration de système expert basé sur l'intelligence artificielle, si bien que l'expertise provient du système et non de l'utilisateur.

La troisième forme de savoir dite combinée ou stratège allie savoir faire et savoir comprendre afin de se questionner sur la coordination des acteurs et les processus en vue de l'action. Le savoir stratège utilise une démarche de combinaison et de sélection. Il y a un va et vient entre l'utilisation du système et la recherche de solutions. Ainsi, ce système n'a pas de portée universelle. Il soutient la construction de synthèse et de compromis en vue de l'action. L'expertise n'est pas issue de la technologie, mais détenue par ceux qui l'utilisent. Le système d'évaluation de la performance proposé est une technologie qui véhicule un savoir combiné ou stratège visant à mieux comprendre les processus expliquant la performance. L'expertise n'est pas dans le système, mais chez ceux qui l'utilisent. Ainsi, la technologie est utilisée pour informer, diagnostiquer, dégager des pistes de solutions et vérifier leurs efficacités. Cependant, la prise de décision dans le monde de la gestion découle rarement de l'action d'un individu. Les prises de décisions sont soumises à débat. De ce fait, nous avançons que notre technologie doit être le fondement pour construire une action raisonnée issue de la délibération entre les différents acteurs concernés. En effet, elle serait un outil d'objectivation de l'activité et de justification pour la prise de décision à partir d'évidences. En cela, une telle utilisation renvoie à la mise en œuvre d'une rationalité communicationnelle. Celle-ci vise à créer, par la médiation, une entente sur une situation pratique afin de coordonner des projets et des actions (Habermas, 1987). Elle est orientée vers l'intercompréhension subjective entre les personnes. Ainsi, l'accord entre les acteurs impliqués dans une situation devient un pré requis à l'action.



Selon Habermas (1987), le processus de rationalisation dans la modernité peut conduire à un désenchantement du monde, mais la raison peut également entraîner la construction d'un contrat social. Celui-ci serait fondé sur des normes sociales orientant l'action. L'agir communicationnel renvoie à la construction intersubjective, la négociation collective sur les comportements souhaitables et attendus réciproquement, et sur l'identité collective référant à ce qu'une organisation désire réaliser. Ainsi, la rationalité communicationnelle semble doublement importante dans la démarche véhiculée par le système d'évaluation de la performance. Les résultats de l'évaluation de la performance, ainsi que le modèle logique doivent servir de base objective pour penser la performance et délibérer sur les actions à mener pour l'améliorer. De plus, la mesure des valeurs permettrait de s'interroger sur l'identité de l'organisation et les éléments de congruence et de divergence entre les groupes la composant. De ce fait, le savoir produit n'est pas prescriptif, il permet aux acteurs du système de santé et des organisations de construire collectivement des solutions.

Dans cette conception, le langage ou plus exactement le discours argumentatif est fondamental. Pour Habermas (1987), c'est par le discours argumentatif que se réalise l'entente et le consensus puisque c'est par celui-ci que « les participants différents surmontent la subjectivité initiale de leurs conceptions, et s'assurent à la fois de l'unité du monde objectif et de l'intersubjectivité de leur contexte de vie grâce à la communauté de convictions rationnellement motivées.» (Habermas, 1987 :26-27). La rationalité inhérente à la pratique communicationnelle renvoie ainsi à la pratique de l'argumentation qui recouvre un type de discours où les parties prenantes thématisent des prétentions à la validité qui font l'objet de litiges.

## **II De l'utilisation du modèle EGIPSS et du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs***

Nous aborderons dans cette section les utilisations possibles du modèle EGIPSS et plus précisément du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*. En outre, nous décrirons comment la connaissance véhiculée par le système d'évaluation ainsi que les résultats de celui-ci influencent l'organisation, les relations entre les acteurs et les acteurs eux-mêmes. Ainsi, nous tenterons de répondre à cette question : comment cette technologie pourrait entraîner une amélioration de la performance?

Dans cette perspective, l'évaluation peut être considérée comme une intervention visant un objectif, l'amélioration de la performance (Henry et Mark, 2003). L'évaluation va donc produire une série de conséquences attendues ou inattendues qui peuvent être positives, négatives ou neutres (Kirkhart, 2000). Prenant le point de vue du concepteur, nous allons présenter les conséquences attendues positives de l'implantation du système d'évaluation de la performance. Cependant, Kirkhart (2000) estime que le terme d'utilisation n'est pas adéquat pour décrire les conséquences d'une évaluation. Il propose de le remplacer par celui d'influence, signifiant la capacité d'une personne ou d'une chose de produire des effets sur les autres par des moyens directs ou indirects. Il semble possible de penser l'influence d'une évaluation en fonction des types d'utilisation. Pour ce faire, nous allons utiliser le cadre théorique développé par Henry et Mark (2003).

## A Les formes d'utilisation du système d'évaluation de la performance

### *A.1 Description des types d'utilisation et des niveaux d'influence*

Trois types d'utilisation sont communément associés à l'évaluation : instrumentale, conceptuelle et symbolique (Leviton et Hughes, 1981; Champagne, Contandriopoulos et al., 2011b). L'utilisation instrumentale réfère à l'usage des résultats de l'évaluation pour influencer les décisions de façon directe et résoudre des problèmes qui sont clairement définis. Une telle utilisation sous-entendrait que les preneurs de décisions ont des buts très précis et cherchent à les atteindre en utilisant l'information appropriée (Marra, 2000).

L'utilisation conceptuelle vise un usage des « résultats de l'évaluation comme des connaissances intégrées utiles à la compréhension » (Champagne, Contandriopoulos et al., 2011b :286). De ce fait, les résultats de l'évaluation, mais aussi le raisonnement soutenant celle-ci, devraient élargir le répertoire des connaissances disponibles pour une compréhension renouvelée des problèmes (Weiss, 1998). L'évaluation ne mène plus uniquement à l'action, elle permet de créer la connaissance qui devrait s'intégrer graduellement au cadre de pensée des utilisateurs (Marra, 2000). Ces deux types d'utilisation dominant la littérature en évaluation et sont souvent présentés de façon dichotomique. Pourtant elles ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent être complémentaires.

L'utilisation symbolique, stratégique ou persuasive a pour objectif de soutenir et légitimer un point de vue dans un processus décisionnel (Denis, Lehoux et al., 2009) L'utilisateur tend à faire usage des résultats de l'évaluation pour supporter une position

politique (Leviton et Hughes, 1981). Ce type d'utilisation est souvent dépeint de façon négative comme un travestissement de l'évaluation.

Cependant, une forme d'utilisation de l'évaluation devrait être ajoutée, l'utilisation délibérative. On retrouve cette forme d'utilisation dans la littérature sur le transfert de connaissance où plusieurs appellations existent, dont interactive (Denis, Lehoux, et al., 2004) et pragmatique (Dickinson, 2004). Ces deux modèles s'appliquent au transfert de connaissance entre le monde de la science et celui de la pratique. Dickinson (2004) décrit le modèle pragmatique comme la relation entre la science et la participation démocratique du public dans la construction et l'implantation des politiques. Ils ne s'appliquent donc pas directement à l'utilisation de l'évaluation par les parties prenantes d'une organisation. Cependant, les processus décrivent le type d'utilisation que nous promouvons. En effet, les résultats de l'évaluation, ainsi que la connaissance produite, peuvent être utilisés par les utilisateurs de l'évaluation pour co-construire et co-interpréter les situations et les actions. En ce sens, ce n'est plus la connaissance qui a de la valeur, mais l'interprétation collective faite par les utilisateurs (Denis, Lehoux et al., 2004). Une telle utilisation nécessite délibération, communication et coopération sur la base d'une rationalité communicationnelle. Les actions d'amélioration seraient dépendantes de la construction d'un sens commun sur ce qu'est l'amélioration de la performance et les éléments de l'organisation sur lesquels elle devrait porter. Cependant, au-delà des formes d'utilisation, il est judicieux de décrire les processus qui influencent les organisations et les individus.

Selon l'approche de Henry et Mark (2003), l'utilisation d'une évaluation provoque des changements à trois niveaux : individuel, interpersonnel et collectif. Le niveau individuel

correspond à celui de l'acteur, et l'évaluation a une influence sur les conceptions, les interprétations des acteurs et leurs actions. Le niveau interpersonnel renvoie à l'échange entre une ou plusieurs personnes. Le changement affecte la nature de l'interaction, entre plusieurs acteurs ou groupes d'acteurs. Enfin le niveau collectif correspond à l'organisation, et l'évaluation influencerait les pratiques organisationnelles et la prise de décision.

Par ailleurs, chacun de ces niveaux sont en interactions et de ce fait s'inter influencent. Henry et Mark (2003) ont associé plusieurs processus de changement à chacun des niveaux. Les processus décrits par ces auteurs ne concernent pas tous l'évaluation de la performance. De ce fait, nous ne présenterons que ceux que l'on peut directement relier au modèle EGIPSS.

Nous allons associer les types d'utilisation, les niveaux d'influence et les processus de changement afin de décrire comment le modèle EGIPSS et plus précisément le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* pourraient amener une amélioration de la performance.

### *A.2 Influence et utilisation du modèle EGIPSS*

Le système d'évaluation de la performance allie trois types d'utilisation instrumentale, conceptuelle et délibérative, et exerce une influence sur les comportements et les prises de décision, les schémas cognitifs ainsi que les normes. Les types d'utilisation et les processus divergent selon les trois niveaux d'influence, individuelle, interindividuelle et organisationnelle.

Au niveau individuel, la conception multidimensionnelle de la performance que véhicule le cadre d'évaluation de la performance, la modélisation des relations entre les dimensions et sous-dimensions que démontrent le modèle logique, ainsi que les résultats de l'évaluation pourraient entraîner une modification des schémas cognitifs et des comportements des utilisateurs de la technologie. Selon Henry et Mark (2003), la modification des schémas cognitifs est portée par deux processus : l'importance et l'élaboration. L'importance correspond au processus de prise de conscience d'un problème ou d'un enjeu. L'élaboration est le processus de formation du jugement par rapport au problème ou l'enjeu découvert. L'utilisation du modèle logique du *maintien des valeurs* et des résultats de l'évaluation pourraient faire naître une plus grande préoccupation à l'égard de la qualité de vie au travail et du partage des valeurs. À ces deux processus, Henry et Mark (2003) ajoutent l'acquisition de compétences et d'habiletés. En effet, l'utilisation du cadre d'évaluation et du modèle logique pourrait apporter une amélioration des habiletés analytiques et une meilleure connaissance théorique des déterminants de la performance. Ces trois processus correspondent à une utilisation conceptuelle du système d'évaluation de la performance.

Un quatrième processus complète le niveau individuel, le changement comportemental. Il est probable que les résultats de l'évaluation ajoutés à la connaissance véhiculée par la technologie entraînent des modifications dans les schémas d'action des acteurs et donc leurs comportements. Cette utilisation se veut instrumentale, puisqu'elle entraînerait un changement dans la façon d'agir qui serait directement attribuable à l'évaluation.

Le niveau interindividuel correspond aux changements provoqués dans les interactions entre les individus. Appréhender les effets de l'évaluation au niveau interindividuelle renvoie directement à une utilisation délibérative de l'utilisation. En effet, trois des processus décrits par Henry et Mark (2003), correspondent à ce type d'utilisation découlant d'une rationalité communicationnelle. Ces processus sont la justification, la persuasion et la constitution de nouvelles normes sociales. Justification et persuasion vont de pair et reflètent un processus délibératif où les acteurs tentent de justifier leur point de vue afin de convaincre les autres. Les résultats de l'évaluation et les connaissances véhiculées par la technologie servent de base argumentative et permettent de construire une action raisonnée et justifiée (Townley et al., 2005). La délibération devrait générer un processus de compréhension intersubjectif permettant « d'accorder mutuellement les plans d'action sur le fondement de définitions communes des situations. » (Habermas, 1987 : 295) Cet agir communicationnel produit de nouvelles normes sociales définissant les comportements appropriés et acceptables. Ainsi, nous avançons que le modèle EGIPSS peut appuyer et nourrir un processus délibératif tendant à repenser les normes structurant l'action collective. Plus précisément, la mesure des valeurs individuelles et organisationnelles constitue un levier et une source d'information riche pour provoquer et soutenir une réflexion collective sur les valeurs communes de l'organisation et l'identité de celle-ci. Les nouvelles normes sociales seraient issues des valeurs négociées collectivement. Ainsi, les résultats de l'évaluation de la dimension consensus sur les valeurs permettraient de formaliser un débat touchant à ces questions. Le niveau interindividuel rassemble donc des processus délibératifs permettant de construire une vision commune des situations et actions à entreprendre afin de conduire une action raisonnée et justifiée. Ces processus sont essentiels aux prises de décisions qui s'effectuent au niveau organisationnel.

Le niveau organisationnel concerne les processus qui influencent directement les actions d'une organisation. Henry et Mark (2003) en dénombrent deux qui pourraient être attribuables au système d'évaluation de la performance, l'élaboration de nouveaux plans stratégiques ou de nouveaux agendas, et l'apprentissage organisationnel.

Le premier processus représente une utilisation instrumentale classique. En effet, l'évaluation de la performance génère des résultats qui seront utilisés pour fixer de nouvelles orientations et élaborer un nouveau schéma d'action afin d'améliorer les éléments présentant une mauvaise performance. Deuxièmement, la connaissance véhiculée par l'évaluation ainsi que les résultats produits entraîneraient une modification durable des pensées ou des comportements portant sur l'atteinte ou la révision des objectifs des politiques (Sabatier & Jenkins-Smith, 1998 : 123, cité par Henry et Mark, 2003). Ce type de changement est le corolaire d'une modification des attitudes individuelles et correspond à une utilisation conceptuelle.

On constate que l'utilisation instrumentale s'exerce au niveau individuel par une modification des pratiques et au niveau organisationnel par une réorientation des objectifs stratégiques. L'utilisation conceptuelle s'applique également au niveau individuel et organisationnel par une transformation des schémas cognitifs et des conceptions de la performance. Enfin, l'utilisation délibérative est l'apanage du niveau interindividuel. Cependant, cette distinction est avant tout théorique, puisque l'action et la construction de sens n'existe que dans et par l'interaction. Ainsi, les changements au niveau individuel et organisationnel dépendent du processus de construction de sens et de négociation s'effectuant au niveau interindividuel.



Ainsi, le système d'évaluation de la performance s'appuie sur une double rationalité. Instrumentale puisque l'évaluation vise directement à améliorer la performance par la formation de nouveaux schémas d'action. Communicationnelle, car l'élaboration et l'application ces schémas d'action dépendent d'un processus de délibération visant à construire un sens commun et à justifier et raisonner les actions à entreprendre. Cet aspect est selon nous primordial. En effet, McDaniel & Driebe (2001) avancent que l'amélioration du fonctionnement des organisations de santé est centrée sur un renforcement du contrôle par l'intermédiaire de mécanismes de régulations, de restrictions financières ou d'un paiement à la performance. Dans ce contexte, la gestion est appréhendée comme une activité visant à s'assurer que les professionnels se conforment aux orientations stratégiques ou aux normes de pratique (McDaniel & Driebe, 2001). Cependant dans des organisations bureaucratiques où une importante portion du pouvoir est détenue par les professionnels de la santé, il semble illusoire de renforcer le contrôle, surtout dans un contexte de forte incertitude et l'imprédictibilité.

Ainsi, une grande partie du travail des gestionnaires n'est pas de contrôler le travail réalisé, mais d'aider, de soutenir la création d'un sens commun maintenant la cohérence de l'action collective (McDaniel & Driebe, 2001). Ce point de vue est renforcé par l'analyse de Weick (1995) pour qui les organisations complexes caractérisées par l'incertitude doivent développer un sens commun sur les situations et de l'activité. Cette volonté de créer un sens commun ne correspond pas à l'approche du courant moderne de la culture organisationnelle où celle-ci est définie comme cohérente. Pourtant ambiguïté et paradoxe sont inhérents à la vie organisationnelle, et le travail du gestionnaire et du leader réside dans la recherche de consensus provisoire permettant de les résoudre. Ce consensus correspond à la construction

d'un sens partagé sur les situations et l'action structurant l'action collective (Maitlis, 2005). Weick & Sutcliffe (2007) caractérisent ce processus en décrivant le concept de culture consciente permettant de dépasser les ambiguïtés en s'appuyant sur les valeurs communes définissant ce qui est important. Cette culture consciente devrait permettre de répondre à ces questions : qu'est ce que nous attendons ici ? Qu'attendons-nous de notre action collective, qu'attendons-nous des acteurs qui nous entourent ?

La culture consciente est l'acceptation des ambiguïtés, des conflits et la recherche de solutions provisoires par le débat et un processus intersubjectif de construction de sens. Nous affirmons que la mesure des valeurs individuelles et organisationnelles peut servir de base factuelle pour soutenir cette réflexion.

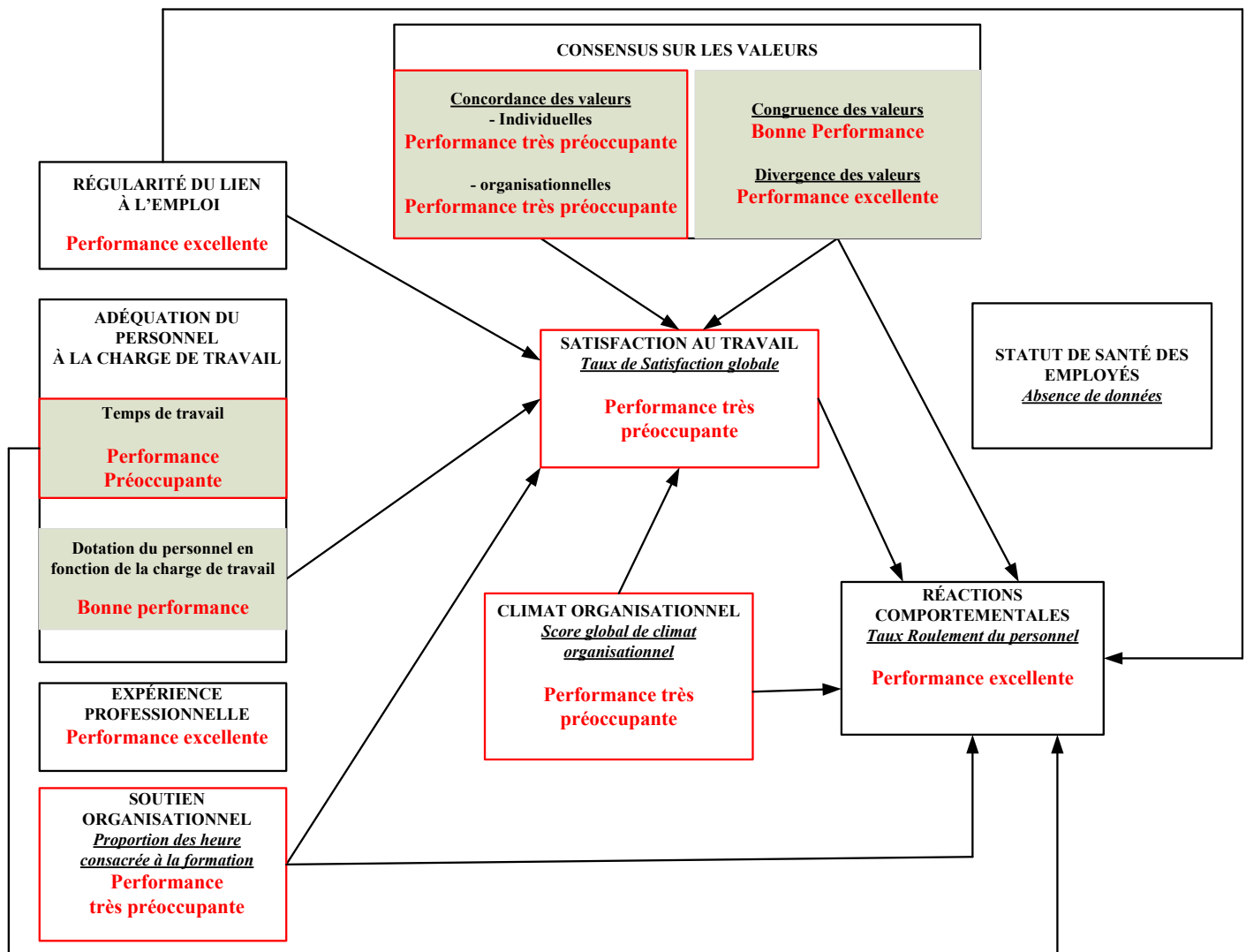
Nous venons de présenter un idéal type des utilisations possibles du système d'évaluation de la performance et du modèle logique du *maintien des valeurs*. Cependant, nous voudrions présenter plus en détail l'utilisation instrumentale et délibérative que pourrait générer le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*.

### B Utilisation du modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*

Le modèle logique modélise de façon dynamique les relations entre les différentes dimensions et sous-dimensions de la fonction du *maintien des valeurs*. Il permet de porter un jugement sur la performance de l'ensemble de la fonction et de dégager des leviers d'action pour l'améliorer.

La figure 26 ainsi que les analyses présentées devraient, dans la perspective d'une évaluation de la performance suivre les résultats que nous avons présentés dans le chapitre 9. Nous utilisons les résultats de l'hôpital 6 afin d'illustrer notre analyse.

Figure 26 L'évaluation de la performance intégrée dans le modèle logique de mesure du maintien des valeurs



Les dimensions et sous-dimensions présentant une performance préoccupante ou très préoccupante sont : le soutien organisationnel, la concordance des valeurs, le climat

organisationnel et la satisfaction au travail. Ces trois dernières dimensions concernent des éléments perceptuels reliés au niveau d'accord interindividuel sur les valeurs individuelles et organisationnelles, aux représentations collectives de l'organisation et aux expériences affectives des employés vis-à-vis de leur travail. En revanche, on constate que la majorité des dimensions mesurant des aspects objectifs de la performance présente une bonne ou une excellente performance.

Ainsi, on peut avancer que la mauvaise performance de la fonction maintien des valeurs se concentre sur les dimensions perceptuelles. En effet, les scores du climat organisationnel sont particulièrement préoccupants pour la qualité du leadership (46%), la perception du soutien organisationnel et l'aide à la formation (41%) ainsi que la qualité de la communication (51%). Concernant la satisfaction au travail, ce sont le niveau de reconnaissance (44%), le soutien organisationnel (38%) et les conditions de travail (49%) qui présentent les scores les plus bas.

De plus, on constate que la concordance des valeurs est très faible. En effet, il apparaît que les employés entre eux ont des divergences de valeurs relativement importantes. Tout d'abord, le niveau d'accord sur la hiérarchie des valeurs individuelles des employés (concordance des valeurs) est très faible (0,094). Par ailleurs, l'accord sur la hiérarchie des valeurs est particulièrement faible pour les cadres et le personnel administratif, respectivement 0,044 et 0,043 (annexe 3, accord sur la hiérarchie des valeurs). Le niveau d'accord est plus important chez les infirmières et les médecins, respectivement 0,276 et 0,345. Ce manque d'accord ne touche pas toutes les valeurs. En effet, il existe un certain accord sur l'importance des valeurs respect des patients et responsabilité à l'égard de la santé de la population, cela

quelque soit la catégorie socioprofessionnelle (annexe 3, accord sur les valeurs individuelles et organisationnelles). Par contre, on note un désaccord très important concernant les valeurs qualité technique, imputabilité et accomplissement. Les médecins et les infirmières classent la qualité technique au troisième rang de leur hiérarchie, alors que les cadres supérieurs la classent au quatrième et les professions administratives au cinquième. On retrouve cette opposition avec la valeur imputabilité qui est classée troisième pour les cadres supérieurs et quatrième pour le personnel administratif, alors qu'elle est placée cinquième pour les autres professions. De même, si l'on observe la mesure de la concordance des valeurs par catégorie socioprofessionnelle, on constate que le personnel administratif et les cadres supérieurs ont un accord plus fort sur la valorisation de la valeur imputabilité que les médecins ou les infirmières (annexe 3, accord sur les valeurs individuelles et organisationnelles). On retrouve la même configuration, mais inversée pour la valeur qualité technique.

Ainsi, l'hôpital 6 semble être marqué pas un manque d'accord sur la hiérarchie des valeurs individuelles, principalement chez les cadres et le personnel administratif. Les conflits de valeurs ne semblent pas concerner les valeurs respect des patients et responsabilité à l'égard de la santé de la population, mais plutôt la qualité technique, valorisée par les professionnels de la santé, et l'imputabilité, valorisée par les employés administratifs et d'encadrement.

Face à ces constats, quels sont les leviers pour améliorer la performance ?

On sait que la concordance sur les valeurs, ainsi que le climat organisationnel ne sont déterminés par aucune autre dimension ou sous-dimension du modèle logique. Par contre, la satisfaction est influencée par la concordance et la congruence des valeurs, la régularité du lien

à l'emploi, la dotation du personnel en fonction de la charge de travail, le soutien organisationnel et le climat organisationnel.

Ainsi, deux leviers seraient susceptibles de provoquer une amélioration rapide de la performance de la sous-dimension satisfaction. Premièrement, l'hôpital 6 devrait renforcer ses programmes de soutien organisationnel par l'intermédiaire de l'augmentation des formations et des divers programmes de conciliation travail-famille et de promotion de la santé. Deuxièmement, les gestionnaires et les superviseurs devraient entamer une réflexion sur les mécanismes de communication formels dans l'organisation, ainsi que sur les façons dont les superviseurs communiquent les décisions et les orientations organisationnelles avec les employés. Un renforcement du soutien organisationnel, de la communication et du leadership apporterait une amélioration des composantes du climat organisationnel qui sont particulièrement préoccupantes. Ces composantes semblent influencer les sources de la satisfaction au travail présentant la plus mauvaise performance (la reconnaissance, le soutien organisationnel et les conditions de travail).

Il existe un troisième levier qui correspond à la concordance des valeurs. Cependant, l'action sur les valeurs n'est pas directe, et n'a pas d'effet à court terme. En effet, les employés de l'hôpital 6 expérimentent des conflits de valeurs qui ne proviennent pas d'une inadéquation entre les valeurs de l'organisation et celle des employés, mais d'un faible accord entre les employés sur les valeurs tant individuelles qu'organisationnelles. On peut avancer que ces conflits de valeurs, qui ne sont probablement pas conscients, affectent les perceptions des employés et leurs expériences affectives. Ainsi, les résultats de l'évaluation pourraient être utilisés pour entamer une réflexion collective sur les orientations de l'organisation et ce que

les employés attendent de leur travail, de leur collègue et de l'organisation. Comme le montre Maitlis (2005), la construction d'un sens partagé permettant une action collective consistante dépend d'un engagement à la fois des leaders et des employés dans un processus pour donner du sens aux situations et aux actions. Cependant, la responsabilité d'animer la construction de sens au niveau organisationnel, mais aussi de laisser un espace aux employés pour construire du sens, relève des gestionnaires et des leaders d'une organisation.

Le modèle EGIPSS comme technologie de support à la gestion et à la gouvernance est fondé sur une double rationalité, instrumentale et communicationnelle, et vise un objectif principal : l'amélioration de la performance.

Ce positionnement à la fois comme instrument de support à la délibération, uniquement orienté vers l'amélioration se démarque des autres cadres d'évaluation de la performance qui ont été implantés. En effet, ces cadres, que nous avons présentés dans le premier chapitre, poursuivent pour la plupart un double objectif : l'imputabilité et l'amélioration de la performance. La prochaine section sera consacrée à une critique de cette approche et aux craintes émises par plusieurs chercheurs concernant le travestissement de l'évaluation servant d'instrument pour l'émergence d'un nouvel état évaluatif.

### **III Les cadres d'évaluation comme instrument d'imputabilité ou le risque de la colonisation du monde vécu**

L'évaluation de la performance est un instrument central du nouveau management public afin d'accroître l'imputabilité et de favoriser l'atteinte des buts intrinsèques aux systèmes de santé. L'administration publique a toujours tenté de rendre les fonctionnaires imputables de leurs actes par le respect des procédures et des règles bureaucratiques. Cependant depuis ces 20 dernières années, les formes d'imputabilité ont changé, passant d'une imputabilité bureaucratique de type procédural à une imputabilité managériale fondée sur la contractualisation et l'atteinte de cibles de résultats (Dubois, 2002). « Il s'agit d'une forme d'imputabilité conséquentielle où la logique est centrée sur les résultats, sur les fins plutôt que sur les intrants et les procédures » (Dubois, 2002 : 87). Ce déplacement illustre le processus de modernisation et de rationalisation du fonctionnement de l'état afin de limiter le gaspillage et inciter à une utilisation plus efficace et plus efficiente des ressources. En outre, l'imputabilité est considérée comme une finalité puisqu'elle entraîne la responsabilisation des acteurs et institutionnalise la reddition de comptes, mais elle est également un moyen afin d'améliorer la performance. Ainsi, les cadres et les mesures de la performance sont des instruments pour assurer l'imputabilité et la responsabilisation des divers acteurs du système de santé. Simultanément, l'imputabilité, associée à des techniques telles que le benchmarking, devait entraîner une amélioration de la performance. Cette vision sous-tend la majorité des cadres d'évaluation de la performance. Cependant, la relation entre imputabilité et amélioration a été vivement critiquée, tout comme l'utilisation des cadres d'évaluation analysés comme un



nouvel instrument de contrôle et de surveillance pour créer un nouvel « état évaluatif » selon l'expression de Henkel (1991).

### A Conception de la performance et type d'utilisation

Le nouveau management public avait pour objectif premier une amélioration de la performance par l'implantation de nouvelle forme d'imputabilité (Barbaris, 1998). Le fondement de cette démarche est la théorie de l'agence où les instruments assurant l'imputabilité permettraient au principal de surveiller et contrôler l'agent. Cette logique est au centre de la gouvernance actuelle (Dubnick, 2005). On retrouve cette approche dans les définitions les plus acceptées de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. En effet, Smith (2009), dans son plus récent ouvrage sur l'amélioration de la performance, définit les systèmes de santé comme des entités complexes composés de plusieurs parties prenantes, les patients, les dispensateurs de soins, les payeurs, le gouvernement, les régulateurs et associations de citoyens. Ces parties prenantes seraient reliées par une série de relations d'imputabilité, consistant à rendre des comptes (fournir des informations) et les conséquences de cette reddition de comptes (sanctions et récompenses). Dans ce cadre, il affirme que « peu importe le design du système de santé, le rôle fondamental de la mesure de la performance est d'aider les différents acteurs à rendre des comptes en permettant aux parties prenantes de prendre des décisions éclairées » (Smith, 2009 :5). L'Organisation mondiale de la santé abonde dans le même sens lorsqu'elle décrit la performance comme la capacité d'un système à atteindre ses buts vis-à-vis desquels il serait imputable (OMS, 2001).

Ces cadres sont basés sur une vision linéaire de la performance. Les différentes composantes du système de santé devraient converger pour atteindre les objectifs inhérents au système. De ce fait, les mesures de performance doivent être facilement compréhensibles, claires et sans ambiguïtés (Townley et al, 2003), véhiculant implicitement l'idée que tous les objectifs peuvent être simultanément atteints de façon optimale. Ainsi, le savoir produit par les cadres d'évaluation de la performance vise la formulation d'un jugement clair sur le niveau de performance. La notion d'interprétation est évacuée, puisque l'objectif est avant tout sommatif. Ce savoir évaluatif est principalement destiné aux institutions régulatrices au niveau régional et ministériel. Ainsi, les mesures de performance servent à juger de la conformité des pratiques et de l'atteinte des résultats par les dispensateurs de soins. Parallèlement, les informations sont également destinées au public afin qu'il puisse juger des décisions des élus et choisir leurs dispensateurs de soins. Finalement, les résultats des mesures de performance peuvent être utilisés par les dispensateurs de soins afin de mieux connaître leur activité.

Les cadres d'évaluation de la performance sont donc implantés là où il existe une relation entre un agent et un principal, un hôpital avec une agence régionale ou le ministère, le ministère vis-à-vis de la population ou l'hôpital par rapport à la population. L'utilisation de l'évaluation est donc instrumentale (Levinton et Hughes 1981), orientée vers l'utilisation des résultats de l'évaluation (Weiss, 1998). Elle vise trois objectifs, identifier et sanctionner les organisations présentant une mauvaise performance, informer et orienter les prises de décisions au niveau organisationnel et politique, et contraindre les actions des dispensateurs de soins afin qu'ils se conforment aux normes et aux cibles. Dans cette optique, l'évaluation permet d'apporter des solutions techniques aux problèmes du système de santé (Sanderson, 2002, Townley et al., 2003). Ceci correspond à l'approche d'Habermas (1973), lorsqu'il

aborde la rationalité instrumentale comme étant orientée par des règles techniques, indépendantes du contexte, permettant de réaliser des objectifs définis en termes de relations entre des moyens et des fins.

### B Accroître l'imputabilité pour améliorer la performance

L'utilisation de ces cadres basés sur la relation d'agence véhicule une logique reliant imputabilité et amélioration de la performance. En effet, les cadres d'évaluation permettent une meilleure surveillance autant par les administrations de tutelles, que par la population. Ainsi, les dispensateurs de soins et le gouvernement seraient soumis à une obligation administrative et morale pour atteindre les objectifs et donc accroître la performance. De plus, les mesures de performance devraient offrir aux différents acteurs une information sur leur activité permettant de prendre de meilleures décisions (Halamachi, 2002). Les mécanismes d'imputabilité sont également associés à une plus grande transparence et donc à la promesse d'une meilleure démocratie réduisant l'inertie de la bureaucratie et le poids de la hiérarchie (O'Donnell, 1998; Schedler, Diamond, & Plattner, 1999, cité par Dubnick, 2005). Enfin, la surveillance associée aux mécanismes de reddition de compte et les risques de sanctions découlant du respect des cibles de performance sont perçus comme des incitatifs importants afin de promouvoir des comportements plus appropriés et plus éthiques (Anechiarico & Jacobs, 1994; Dubnick, 2003; Gray & Jenkins, 1993; Morgan & Reynolds, 1997, cité par Dubnick, 2005).

Concrètement, plusieurs mécanismes ont été adjoints aux mesures de performance pour en assurer l'amélioration:

- La fixation de cible d'amélioration pour chaque indicateur représentant les objectifs à atteindre (Smith, 2009). Elles sont des moyens pour définir des priorités, créer un haut degré d'engagement politique et administratif à l'égard de résultats particuliers et fournir une base pour le suivi et l'évaluation.
- L'exposition publique des mesures de la performance à la population afin de responsabiliser les dispensateurs de soins. Ce mécanisme est un stimulus pour améliorer la performance, car il affecte l'image des différents dispensateurs de soins (Smith, 2009)
- L'association de sanctions et de récompenses financières qui sont reliées à l'atteinte des cibles et des objectifs (Smith, 2009).
- Enfin, le système de mesure de la performance doit incorporer une comparaison (benchmarking) entre les différents dispensateurs de soins. Ce mécanisme est au centre de la « théorie » de l'amélioration véhiculée par le nouveau management public (Grace, 2012). Le benchmarking (soit la comparaison avec les meilleures organisations du secteur) devrait entraîner un apprentissage en s'inspirant des meilleurs et de leurs pratiques (Halachmi, 2002). Le benchmarking est un processus systématique et continu pour identifier le benchmark afin de se comparer à lui et identifier les meilleures pratiques (Dence, 1995).

Cependant, la logique sous-jacente, de même que les mécanismes l'opérationnalisant sont avant tout basés sur la contrainte et la surveillance devant garantir des comportements. Ceci ne correspond pas à une démarche basée sur une connaissance approfondie menant à une amélioration de la performance, ni une démarche délibérative permettant d'impliquer les parties prenantes dans la construction d'une action raisonnée.

## C L'imputabilité et l'amélioration : deux logiques d'action différentes

Les concepteurs des cadres d'évaluation, présentés dans le chapitre 1, affirment poursuivre simultanément les objectifs d'imputabilité et d'amélioration. La recherche de ce double objectif d'utilisation nous semble impossible, car il ne relève ni de la même logique d'action, ni de la même forme de rationalité. Les cadres d'évaluation orientés vers l'imputabilité posent un jugement sommatif et évaluent le caractère approprié des actions entreprises et la conformité des résultats. Cette logique, fondée sur la rationalité instrumentale, pourrait être résumée par la question ; est-ce que les choses ont été bien faites au regard des standards et des cibles à atteindre ?

À l'inverse, un système orienté vers l'amélioration de la performance suppose une utilisation formative visant une amélioration des pratiques. Ce type d'évaluation s'intéresse à la compréhension des phénomènes symbolisés par les questions ; est-ce que c'était la bonne chose à faire et comment l'avons-nous faite ?

En outre, l'imputabilité est fondée sur des standards techniques extérieurs et à une logique de reddition de compte envers le supérieur, le ministère et la population (Halachmi, 2002). L'amélioration, par contre, dépend de la capacité à analyser, comprendre et changer de l'intérieur (Halachmi, 2002).

Les cadres d'évaluation dont la fonction première est l'imputabilité sont nécessaires pour réguler les systèmes de santé. De même l'imposition d'objectif par un organisme régulateur permet d'orienter l'action de l'ensemble du système et assurer une cohérence. Cependant, le lien établi entre les mécanismes d'imputabilité et l'amélioration de la

performance n'ont pas été suffisamment démontrés (Dubnick, 2005). Plusieurs auteurs affirment que l'utilisation excessive de mesures de la performance orientées vers l'imputabilité et concentrées uniquement vers les résultats, pouvait avoir des impacts négatifs sur l'organisation et des effets indésirables sur le comportement des gestionnaires (Smith, 1995; Thiel & Leeuw, 2002). En effet, les gestionnaires auraient tendance à uniquement privilégier les aspects de leur activité qui sont mesurés et ainsi diriger leurs actions pour satisfaire les objectifs, cela au détriment d'autres aspects de la performance qui ne seraient pas mesurés.

Dubois (2002) note que les différents instruments mis en place pour l'assurer ne se traduisaient pas forcément par une plus grande responsabilisation des acteurs, ni par une amélioration de la performance. En effet, il semblerait que le discours sur l'imputabilité et les instruments visant son application, se concentrent sur un renforcement du contrôle, valorisant une responsabilité négative, accusatrice. On chercherait à blâmer les organisations ou les acteurs qui s'écarteraient de la norme et des standards. Des approches critiques envers l'implantation des mécanismes d'évaluation se sont développées. Celles-ci appréhendent les mécanismes d'évaluation comme des outils de contrôle et de surveillance au service d'un nouvel état « évaluatif ».

#### D Les cadres d'évaluation de la performance comme un instrument d'un nouvel « état évaluatif »

Cette perspective sur l'évaluation de la performance est née en Angleterre et s'applique principalement aux réformes qui ont restructuré le National Health Service (NHS). Senderson (1998, 2002), Townley (2003) et Henkel (1991) ont tenté de montrer les liens

existant entre le nouveau management public, la réduction de la taille de l'État et l'avènement du managérialisme, soutenus par l'instauration de nouvelles formes de régulation instrumentalisées à travers l'évaluation de la performance. Henkel (1991) a nommé ce phénomène le nouvel « État évaluatif », marqué par une modification des relations entre le centre (le gouvernement) et les autorités locales (agences ou régies régionales, hôpitaux) : « Government policies now promoted evaluation as a contribution to the control of the periphery by the centre, particularly in the management of resources. It stressed values of economy, efficiency, value for money and effectiveness or performance. As a corollary, it assumed that evaluation would be summative, delivering authoritative judgments, based as far as possible on performance indicators or quantitative measure of input-output relationships and outcomes and set against predefined targets and standards » (Henkel, 1991:20).

En outre, cette transformation incluait un remplacement du principe d'autorité hiérarchique et de compétences professionnelles, fondements des bureaucraties professionnelles, par des mécanismes de contractualisation et une gestion par objectif. Ceci entraînait un renforcement des fonctions managériales au détriment des professionnels et de leur autonomie (Sanderson, 1998, Henkel, 1991). Ce phénomène correspond à l'imputabilité managériale que Henkel (1991) et Sanderson (1998) appellent le managérialisme. Le but serait de minimiser le pouvoir des professionnels de la santé en imposant des contraintes à leur activité, et en renforçant le pouvoir des gestionnaires. Les composantes principales du managerialisme sont (Henkel, 1991) :

- une emphase sur les limites financières, l'amélioration de la productivité et de l'efficacité des travailleurs,

- la décentralisation des responsabilités vers les managers, principalement le budget,
- le développement de pratiques néo-tayloriennes telles que la fixation de cibles et de standards à travers un système de planification et d'évaluation de la performance (Henkel, 1991).

On assiste donc à un phénomène où l'objectivation des pratiques échappe aux acteurs et se voit imposée par des organismes de tutelles. De plus, cette objectivation est justifiée par des techniques présentant des évidences provenant de la science. La science soutenue par des techniques devient une idéologie manipulable pour orienter les systèmes. Ces techniques s'étendent sur un large spectre allant d'instruments de régulation comme l'évaluation de la performance à des instruments d'aide à la prise de décisions médicales comme les guides de bonnes pratiques.

De plus, l'évaluation de la performance comme mécanisme de régulation est fondée sur une rationalité instrumentale qui tend à définir les politiques publiques comme neutre en termes de valeur. Ce processus est supporté par des techniques, scientifiquement fondées afin de justifier leur utilisation et leur implantation, qui font fi des valeurs qu'elles véhiculent et permettent d'éviter un débat sur les finalités du système (Forester 1993, cité par Townley et al, 2003; Habermas, 1973). Cette critique de l'utilisation des nouveaux outils de gestion et de régulation comme instruments de contrôle se retrouve dans certains courants de la sociologie qui analysent de façon critique l'évolution du monde du travail. Pour Vincent DeGaujéjac (2005) et Nicole Aubert (1992), cette tendance au renforcement du pouvoir managérial par l'objectivation des pratiques entraînerait un déplacement du contrôle du corps vers la psyché. Ceci serait marqué par une recherche de cohérence et de suppression de l'ambiguïté, soit une



tentative de contrôle de la subjectivité des acteurs. Le but n'est plus de maîtriser les corps, mais l'affect des individus (Aubert, 1992). « Le registre c'est donc déplacé vers le contrôle psychique où l'enjeu est de contrôler et d'utiliser au mieux l'énergie psychique des individus en s'efforçant d'abord de décapiter leur imaginaire puis, ensuite, de le canaliser sur des objectifs précis de production et de performance. C'est l'étape du management psychique ». (Aubert, 1992 :120) Ce souci d'objectivité par l'utilisation de techniques fondées scientifiquement représente la base d'une gestion comptable qui tend à considérer l'organisation comme unifiée et à appréhender l'individu comme une ressource qu'il faut maîtriser. Ainsi, la rationalité instrumentale tend à considérer irrationnel ou déconnecté des réalités, tout ce qui ne rentre pas dans sa logique. « Ce qu'Herbert Marcuse (1972) appelait l'univers du discours clos qui se ferme à tout autre discours qui n'emploie pas ses termes » (De Gaulejac, 2005 :78). En effet, les organisations de santé sont avant tout des systèmes sociaux instables et incertains. Chaque groupe d'acteur dans une organisation construit des points de vue qui apparaissent comme convergents sur certains points, mais divergents, voire antagonistes, sur d'autres. Ainsi, les conflits internes ne sont pas des dysfonctionnements, mais des révélateurs de contradictions entre des intérêts divergents, des logiques différentes et des visions contrastées (De Gaulejac, 2005).

L'évaluation de la performance visant l'imputabilité s'inscrirait dans cette tendance qui vise l'instauration d'une rationalité instrumentale symbole de l'institutionnalisation des progrès scientifiques et techniques dont le but est « l'installation, l'amélioration ou l'extension des systèmes d'activités rationnelles par rapport à une fin » (Habermas, 1973 :4). Le système, soit l'État moderne et l'économie capitaliste, tenterait par l'instauration de cette forme de rationalité de contrôler le monde vécu, soit le monde de la pratique. Ferlie (2003) avance que

cette vision tendrait à réduire la complexité des organisations et les différents intérêts des acteurs en présence, car ils mettent principalement l'emphase sur la productivité et l'efficacité. Certaines dimensions sont ignorées, notamment l'adéquation des services aux besoins des populations et la qualité de vie au travail des employés. Ce processus est au centre des crises du monde contemporain où le monde administratif symbolisé par l'instauration du managérialisme tenterait de pénétrer le monde vécu pour contrôler l'orientation de l'action, les pratiques et les représentations symboliques des acteurs produisant des biens et des services (Habermas, 1987).

Les critiques que nous venons de formuler, soutiennent l'hypothèse d'une « colonisation » du monde vécu par le système. Elle se manifesterait par l'imposition d'une rationalité instrumentale dont l'évaluation de la performance orientée vers l'imputabilité serait l'un des instruments. Cependant, les critiques ont été principalement formulées au regard des réformes implantées en Angleterre. En outre, ceci ne signifie pas que les cadres d'évaluation de la performance orientés vers l'imputabilité soient uniquement des mécanismes de contrôle générant des effets pervers. Le risque est dans l'utilisation de système d'évaluation uniquement orienté vers cette finalité. En effet, la rationalité, comme poursuite de la raison dans la sphère publique, devrait comprendre deux branches : la justification et la communication de l'action raisonnée et une action stratégique et instrumentale (Townley et al, 2003). Dans la sphère sociale, les deux sont nécessaires pour assurer l'action. Ceci signifie que les mécanismes d'évaluation devraient promouvoir ces formes de rationalités. Aujourd'hui, les systèmes d'évaluation sont principalement utilisés comme mécanisme de contrôle et de légitimation des orientations politiques, alors qu'ils devraient également servir à informer, soutenir le changement et donc améliorer la performance (McKevitt, 1996, cité par Sanderson,

2001). De ce fait, les mesures de résultats et la recherche d'imputabilité finissent par dominer l'activité afin de répondre aux pressions du centre (Townley et al., 2003). Ainsi, il est nécessaire d'introduire d'autres mécanismes permettant l'instauration d'une rationalité communicationnelle afin de promouvoir une action raisonnée permettant l'amélioration de la performance. C'est exactement l'objectif que poursuivent le modèle EGIPSS et le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* tels que nous les avons présentés dans cette thèse.

#### **IV Limites de la recherche**

Certaines limites sont à noter dans notre recherche. Nous allons les classer en quatre catégories, les limites conceptuelles, méthodologiques, d'utilisation et empiriques.

D'un point de vue conceptuel, certaines composantes du modèle logique sont sous-développées. Nos lectures les plus récentes, nous ont amenés à repenser l'importance de deux composantes de l'environnement de travail : le soutien organisationnel et la sécurité au travail. Ces deux aspects semblent avoir une influence plus importante sur la que nous l'avons décrits.

Une revue de la littérature plus développée devrait être entreprise afin de définir avec plus de précision les différentes interventions organisationnelles qui pourraient être associées au soutien organisationnel. De plus, ce travail devrait contenir une étude sur les relations entre le soutien organisationnel et les autres dimensions et sous-dimensions du modèle EGIPSS. Ce constat s'applique également à la sécurité au travail. Notre recherche a quelques lacunes sur les liens qui existent entre la sécurité au travail, le climat organisationnel et l'état de santé des patients. Il faudrait approfondir l'étude de cette sous-dimension et créer de meilleurs indicateurs pour la mesurer.

À l'inverse, la sous-dimension satisfaction au travail semble surestimée. Ceci n'est qu'une hypothèse. Cependant, plusieurs évaluations ont été effectuées avec ce questionnaire dans des CSSS du Québec et dans des hôpitaux au Brésil. Les résultats du questionnaire de satisfaction décrivaient toujours une importante insatisfaction. De plus, le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs* montre que ce concept n'est ni le plus influent à l'intérieur du modèle logique, ni celui qui influence le plus d'autres dimensions de la performance. Ceci nous amène à nous questionner sur la pertinence de l'utilisation de ce concept pour mesurer la performance.

Une autre lacune est à noter. En effet, une relation importante n'a pas été abordée dans notre travail, à savoir le lien qui existe entre les dimensions et les sous-dimensions du *maintien des valeurs* et l'innovation et l'apprentissage organisationnel. De nombreuses études montrent la relation entre l'existence d'un climat favorable à l'apprentissage et la capacité d'innovation d'une organisation (Pedler, 1991, Garvin, 1993).

Enfin, une dernière limite semble affecter le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*. Peu d'études ont analysé le lien entre la concordance des valeurs et les dimensions de la performance du modèle EGIPSS. Notre analyse est fondée sur le postulat que la concordance des valeurs est l'étape clé pour créer un sens commun et une vision commune de l'activité et des situations. Cependant, le lien entre partage des valeurs, construction de sens collectif et performance organisationnelle est avant tout théorique, même si plusieurs auteurs du courant interprétativistes ont montré l'importance de la construction de sens dans la création d'une action collective cohérente et efficace. Cependant, cette théorie n'utilise pas le concept de valeur pour expliquer la construction de sens. Par contre, de nombreux théoriciens

en sociologie, psychologie et théorie des organisations font du partage des valeurs entre les individus l'élément central pour expliquer la stabilité de tout système et donc d'une organisation. Il y a donc clairement un travail théorique et empirique à effectuer afin d'approfondir les relations entre partage des valeurs, construction de sens commun et la performance.

Méthodologiquement, il semblerait que le questionnaire sur les valeurs nécessite encore un travail de développement. En effet, la fiabilité du questionnaire n'est pas excellente et nous soupçonnons l'existence d'un biais de désirabilité sociale entourant la valeur respect des patients. Dans les évaluations que nous avons menées au Québec et au Brésil, cette valeur était presque systématiquement classée au premier rang. De ce fait, elle semble trop générale, et ne reflèterait pas avec suffisamment de précision le construit auquel elle est attachée. Il faudrait probablement revoir sa dénomination.

Deuxièmement, la valeur responsabilité à l'égard de la santé de la population semble mieux adaptée pour décrire l'orientation du système de santé que les organisations de santé. De ce fait, il serait judicieux de mieux arrimer cette valeur, tout en préservant son sens général, à des orientations touchant spécifiquement les organisations de santé.

Notre réflexion concernant l'utilisation délibérative de l'évaluation de la performance nécessiterait un important approfondissement. En effet, ce type d'utilisation correspond à ce qui est projeté et souhaitable selon la perspective du concepteur de la technologie. Cependant, dans la réalité, il est peu probable que la simple implantation de cette technologie dans un système de santé ou une organisation mène à ce type d'utilisation. Ainsi, deux axes sont à approfondir. Premièrement, une analyse de l'utilisation réelle des résultats et de la

connaissance produite par le modèle EGIPSS qui dépend de l'interaction entre la technologie et les utilisateurs, mais aussi du niveau d'implantation de l'évaluation. Deuxièmement, le concepteur doit développer des mécanismes d'accompagnement et de formation afin de soutenir les utilisateurs dans leur usage de cette technologie.

Finalement, plusieurs des aspects de notre travail que nous venons de présenter concernent des limites d'ordre empirique. Cependant, cette thèse est avant tout une synthèse et un développement conceptuel basé sur la littérature existante. De ce fait, plusieurs développements et études complémentaires devront être menés dans les années futures. Ces études formeront le « volet » plus empirique de notre travail. Ces études touchent autant à des aspects conceptuels, méthodologiques que d'utilisation.

Comme nous l'avons mentionné, il faudra révéifier l'exactitude les liens théoriques que nous avons dégagés de nos revues de la littérature. De plus il semble essentiel d'approfondir certains aspects comme l'influence de la congruence des valeurs sur les autres dimensions de la performance, l'importance des mécanismes organisationnels ciblant la promotion de la santé et les risques professionnels. De même, une étude empirique d'ordre qualitative sera nécessaire pour affiner le questionnaire sur les valeurs. Enfin, il serait intéressant d'analyser les types d'utilisation et l'influence de notre modèle dans un CSSS afin d'approfondir notre réflexion sur l'utilisation délibérative.

## **Conclusion**

Cette thèse présente plusieurs contributions d'ordre théorique, méthodologique et pratique.

### **I Contributions théoriques**

Cette thèse apporte deux contributions théoriques importantes découlant des deux objectifs que nous poursuivions, soit la création d'un modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*, et une réflexion sur les éléments nécessaires pour faire de l'évaluation un outil de gestion permettant l'amélioration de la performance. Ces deux contributions sont intimement liées.

L'une des lacunes majeures de l'évaluation de la performance, autant des entreprises privées que des organisations publiques, provient de l'absence de mesure pour analyser et comprendre les éléments intangibles de l'organisation (Neely, 2005). Parmi ces éléments figurent les valeurs et la qualité de vie au travail. Ainsi, la contribution principale de cette thèse est la création d'un modèle intégrateur offrant une synthèse des différents champs théoriques analysant les valeurs et l'interaction entre l'humain et l'organisation. Le défi fut de dégager des dimensions et des sous-dimensions reflétant des concepts permettant de mesurer des phénomènes empiriques qui pouvaient être considérés comme des marqueurs de la performance des systèmes de santé. Ce travail nous a amené à créer deux dimensions : le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail. La seconde dimension regroupe l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction au travail et l'état de santé

des employés. La création de ce modèle logique de mesure vient combler une lacune importante dans le champ de l'évaluation de la performance.

Cependant, l'intérêt scientifique de ce travail découle tout autant de l'élaboration du modèle logique, que de la justification conceptuelle qui a mené à sa création. En effet, dans la partie III, nous avons démontré les relations empiriques qui existaient entre les composantes du modèle logique, ainsi que l'influence de celles-ci sur d'autres dimensions du modèle EGIPSS. Ceci nous a permis de constater que l'environnement de travail et le climat organisationnel sont les deux sous-dimensions qui ont le plus d'influence à l'intérieur de la fonction du *maintien des valeurs*. De même, l'état de santé au travail et l'environnement de travail représentent les deux sous-dimensions qui ont le plus d'impact sur les autres fonctions du modèle EGIPSS.

On s'aperçoit d'ailleurs que la fonction du *maintien des valeurs* est fortement associée au niveau de performance de plusieurs dimensions de la fonction production, à savoir la productivité, la qualité technique et la sécurité des soins. De même, la synthèse de la littérature a montré une association importante entre l'adéquation du personnel à la charge de travail et l'efficacité des soins.

Par contre, nous avons mis en lumière un manque d'études empiriques s'intéressant à l'association entre la concordance des valeurs et la performance. Malgré cela, nous pensons que cet aspect est crucial pour expliquer la performance des organisations, car l'existence de valeurs communes entraîne la construction de normes sociales structurant l'action collective.



Le second apport de cette thèse concerne la réflexion sur l'utilisation de l'évaluation de la performance comme un outil de gestion. Notre travail nous a amené à considérer le modèle EGIPSS, si l'on y adjoint le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*, comme une technologie de gestion supportant l'amélioration de la performance. Définir le modèle EGIPSS de cette façon revient à spécifier sa nature et les exigences pour l'utiliser comme une technologie d'amélioration de la performance. En effet, nous avançons que l'amélioration ne peut se faire sans une connaissance profonde d'un phénomène, soutenue par un cadre théorique robuste. La connaissance découle du cadre d'évaluation, qui permet de penser la performance non pas comme l'atteinte des résultats, mais comme un phénomène multidimensionnel caractérisé par les tensions entre ses composantes. Le modèle logique modélise ces relations et donc représente les relations de causes à effets entre les dimensions et les sous-dimensions. Ceci permet de dégager des leviers d'actions et de suivre les effets des interventions entreprises pour améliorer la performance. Deuxièmement, le modèle EGIPSS ne produit pas uniquement des données sur l'évaluation, mais une connaissance. Celle-ci provient des évidences scientifiques articulées autour d'un raisonnement qui permet de leur donner un sens. Ainsi le modèle EGIPSS, soutenu par le modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*, offre à la fois des données évaluatives et une modélisation des relations entre les composantes de la performance afin de les analyser et l'entreprendre l'action. Nous croyons que ces éléments représentent un apport théorique et pratique certain pour faire du modèle EGIPSS une technologie de support à l'amélioration de la performance. Par ailleurs, nous n'employons pas le mot outil, car cette dénomination renvoie uniquement à des aspects techniques, alors que la notion de technologie inclut la création de connaissance. De plus, nous ajoutons le terme de support, car la technologie ne peut qu'aider les gestionnaires à améliorer

la performance. L'expertise n'est pas dans la technologie, mais dans l'utilisateur et dans sa capacité à apprendre en s'appuyant sur elle.

Finalement, nous avançons qu'un modèle d'évaluation qui a pour objectif d'améliorer la performance devrait contenir :

- Un cadre d'évaluation stipulant la conception de la performance et les frontières auxquelles il s'applique.
- Un ou des modèles logiques qui modélisent les relations entre les composantes de la performance. Les utilisateurs s'en serviraient comme grille d'analyse pour soutenir et justifier leurs actions.
- Une grille de jugement qui permettrait d'apprécier la performance.
- Une plateforme intégrée regroupant les résultats de l'évaluation mise à jour régulièrement contenant également les modèles logiques et les différentes fiches techniques les explicitant.

## **II Contributions méthodologiques**

Les contributions méthodologiques de cette thèse sont de trois ordres et touchent au développement et à la validation d'outils de mesure pour évaluer les différentes composantes de la fonction du *maintien des valeurs*.

Premièrement, nous avons créé un questionnaire de mesure des valeurs individuelles et organisationnelles. Il a la particularité d'être simple d'administration et facilement utilisable. En outre, il génère plusieurs mesures reflétant les propriétés des valeurs. En effet, il offre la possibilité de mesurer l'intensité des valeurs, d'obtenir leur hiérarchie, de calculer le niveau de concordance, de congruence et de divergence des valeurs. Il présente des qualités psychométriques acceptables au regard de critères de fiabilité et de validité de construit et de contenu. Par ailleurs, les justifications théoriques associées à la validité de contenu nous paraissent être une contribution intéressante à la réflexion sur les orientations valorielles structurant les systèmes de santé. Des développements, ainsi que des vérifications empiriques sont nécessaires, néanmoins les valeurs imputabilité, responsabilité à l'égard de la santé de la population, accomplissement au travail, qualité technique et respect des patients, nous semblent représentatives de la structure des valeurs des systèmes de santé publics occidentaux.

Deuxièmement, nous avons créé un questionnaire pour estimer la satisfaction au travail dont les qualités psychométriques sont bonnes. Ce questionnaire a l'avantage d'être court (31 questions) et permet la mesure de plusieurs facettes de la satisfaction qui sont importantes pour comprendre l'état affectif des employés travaillant dans le système de santé.

Enfin, le dernier apport méthodologique concerne la production d'une liste d'indicateurs pour mesurer les différentes composantes de l'environnement de travail, des réactions comportementales et de l'état de santé des employés. Cette liste comprend à la fois des indicateurs issus de la littérature et de nouvelles mesures obtenues par un travail collaboratif entre des chercheurs et des gestionnaires. Cette liste constitue une base pour entreprendre une évaluation et aider les établissements à développer de nouvelles mesures.

### III Contributions pratiques

Les contributions pratiques de cette thèse s'appuient sur les apports théoriques et principalement la création d'un modèle logique de mesure du *maintien des valeurs*. En effet, ce modèle, ainsi que les mesures associées ont été utilisés lors de plusieurs projets d'évaluation de la performance dans des centres de santé et de services sociaux au Québec, ainsi que lors d'un projet d'évaluation dans l'état du Mato Grosso du sud au Brésil.

Comme nous l'avons déjà mentionné dans les apports théoriques, nous croyons également que le modèle logique pourrait être utilisé comme une technologie de support à l'amélioration de la performance. Cependant, cette utilisation, bien que dépendante de la nature de la technologie, l'est aussi du milieu institutionnel et organisationnel dans lequel il est implanté.

En effet, nous avons conçu cette technologie en projetant trois formes d'utilisation, instrumentale, conceptuelle et délibérative permettant d'améliorer la performance. Cependant, les outils d'évaluation sont rarement utilisés à des fins délibératives et sont plutôt, comme nous l'avons montré, associés avec une recherche d'imputabilité orientée vers le contrôle et la surveillance des acteurs. L'utilisation que nous souhaitons de cette technologie nécessite un changement dans la philosophie d'utilisation de l'évaluation.

## IV Perspectives de recherche

Trois directions seront à explorer dans les années futures afin d'améliorer la technologie que nous venons de créer, et de s'assurer de son utilisation en tant que mécanisme d'amélioration de la performance.

Premièrement, cette technologie nécessite plusieurs développements théoriques et méthodologiques que nous avons décrits dans la section sur les limites de la recherche. En effet, le soutien organisationnel et les risques au travail doivent être approfondis et des indicateurs doivent être créés. Par ailleurs, nous envisageons de supprimer la sous-dimension de la satisfaction pour la remplacer par des mesures reflétant la capacité de l'organisation à construire un sens commun sur les situations et les actions à mener.

Ceci serait notre seconde orientation de recherche puisque la création de telles mesures nécessite un développement théorique et une recherche empirique approfondis. En effet, il existe relativement peu de travaux empiriques associant le partage des valeurs, la création de sens collectif, les conditions organisationnelles les facilitant et la performance. L'étude de ces relations est un projet de recherche en soi. Nous pensons que pour saisir la notion de *maintien de valeurs* au sens de Parsons, il convient d'approfondir ces concepts. Weick (2007) a fourni quelques pistes lorsqu'il évoque la notion de culture consciente. De même les travaux d'Harbermas peuvent servir de base pour réfléchir à la capacité des membres d'une organisation à délibérer et argumenter en vue de construire de nouvelles normes sociales structurant l'action collective.

Enfin, le troisième axe devrait s'intéresser aux conditions d'implantation de cette technologie dans une organisation afin d'en assurer le succès. Ceci devrait être complété par une réflexion sur les conditions pratiques d'apprentissage et de délibération que permet l'évaluation.

## Bibliographie

Abelson M., Baysinger B. Optimal and Dysfunctional Turnover: Toward an Organizational Level Model, Academy of Management Review, **9**, 1984.

Ackroyd S., Kirkpatrick I., Walker M. Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: A comparative analysis, Public Administration, **85**(1), 2007.

Adair C.E., Casebeer A.L., Birdsell J.M. Performance Measurement in Healthcare: Part I-Concepts and Trends from a State of the Science Review, Healthcare Policy, **1**(4), 2006.

Adair C.E., Simpson E., Casebeer A.L. Performance Measurement in Healthcare: Part II-State of science findings by stage of the performance measurement process, Healthcare Policy, **2**(1), 2006b.

Adams A., Bond S. Hospital Nurse's Job Satisfaction, individual and organizational characteristics, Journal of Advanced Nursing, **32**, 2000.

Adams A., Bond S., Hale C.A. Nursing organizational practice and its relationship with other features of ward organization and job satisfaction, Journal Of Advanced Nursing, **27**(6), 1998.

Adkins C.L., Ravlin E., Meglino B. Value Congruence between Co-Worker and Its relationships to work outcomes, Group and Organization Management, **21**(4), 1996.

Agho A.O., Mueller C.W., Price J.L. Determinants of Employee Job Satisfaction: An Empirical Test of Causal Model, Human Relations, **46**(8), 1993.

Agle B.R., Caldwell C.B. Understanding research on Values in Business: A level of Analysis Framework, Business & Society, **38**, 1999.

Aiken L.H., Clarke P., Sloane D.M. Hospital Restructuring: Does it adversely affect Care and Outcomes?, Journal of Nursing Administration, **3**(10), 2000.

Aiken L.H., Clarke S.P., Cheung R.B., Sloane D.M., Silber J.H. Educational Levels of Hospitals Nurses and Surgical patient Mortality, Journal of American Medical Association, **290**, 2003.

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. Nurse's reports on hospital care in five countries, Health Affairs, **20**, 2001.

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J., Silber J.H. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction, JAMA, **16**, 2002.

Aiken L.H., Sloane D.M., Klocinski J.L. Hospitals Nurses occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports, American Journal of Public Health, **87**(1), 1997.

Aiken L.H., Sloane D.M., Sochalski J. Hospital organization and outcomes, Quality in Health Care, **7**(4), 1998.

Aiken L.H., Smith H., Eillen T. Lower Medicare Mortality Among a set of Hospital Known for Good Nursing Care, Medical Care, **32**, 1994.

Akerstedt T., Fredlund T., Gillberg M., Jansson B. Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample, Journal of Psychosomatic Research, **53**, 2002.

Akrich M. Comment décrire les objets techniques?, Techniques et Culture, **9**, 1987.

Akrich M. Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action, Raisons pratiques, **4**, 1993.

Alberta Health Services. Alberta health services report performance reports, June 2011.

Alberta Health Services. Becoming the Best: Alberta's 5-Year Health Action Plan 2010/2015, Government of Alberta, 2010.

Allaire Y., Firsirotu N. Theories of organizational culture, Organisation Studies, 1984.

Alonso-Echanove J., Edwards J., Richards M.J., Brennan P., Venezia R.A., Keen J., Ashline V. et al. Effect of Nurse staffing and antimicrobial-impregnated central venous catheters on the risk for bloodstream infections in intensive care units, Infection control and hospital epidemiology, 2003.

Alvesson M. Cultural perspective on organizations, Cambridge University Press, 1993.



Alwin D.F., Krosnick J.A. The Measurement of Values in Surveys: A comparison of Ratings and Rankings, Public Opinion Quarterly, **49**, 1985.

American Association of Critical-Care Nurses, ACCN standards for establishing and sustaining healthy work environments, a journey to Excellence, AACN, Columbia, 2005.

Arendt H. Les origines du totalitarisme, Le seuil, Paris, 1972.

Armstrong-Stassen M., Cameron S.J., Horsburgh M.E. The impact of organizational downsizing on the job satisfaction of nurses, Canadian Journal of Nursing Administration, **9**, 1996.

Ashforth B.E. Climate Formulation: Issues and Extensions, Academy of Management Review, **10**, 1985.

Aubert N. Du système disciplinaire au système managérial: L'émergence du management psychique, in L'invention de la gestion, histoire et pratiques, (Ed.) Bouilloud J.P., Lecuyer B.P., Paris, 1992.

Awa W.L., Plaumann M., Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs, Patient Education and Counseling, **78**, 2010.

Babbie E.R. Conceptualization and Measurement, in The practice of Social Research, 7 edition, Wadsworth Publishing, Belmont, 1994.

Baker R.G., Norton P.G., Flintoft V., Blais R., Brown A., Cox J., Etchell E., Ghali W.A., Hébert P., Majumdar S.R., O'Beirne M., Palacios-Derflinger L., Reid R., Sheps S., Tamblyn R. The Canadian adverse events study: Incidence of adverse events among hospital patients in Canada, Canadian Medical Association Journal, **170**(11), 2004.

Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency, American Psychologist, **37**, 1982.

Banting K.G., Corbett S. Health policy and federalism: A comparative perspective, McGill Queen's University press, 2002.

Barberis P. The New Public Management and a New Accountability, Public Administration, **76**, 1998.

Bauman A., O'Brien Pallas L., Armstrong S., Blythe J., Bourdonnais R., Cameron S., Doran D., Ker M., McGillis L., Vézina M., Butt M., Ryan L. Engagement et soins: Les avantages d'un milieu de

travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001.

Beatty S.E. An exploratory Study of Organizational Values with a focus on people orientation, Journal of Retailing, **64**, 1988.

Bensing J. Bridging the gap, The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine, Patient Education and Counseling, **45**, 2001.

Berg M. Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices, MIT Press, 1997.

Berry M. L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains, Centre en recherche en gestion de l'école polytechnique, 1983.

Berwick D.M., Nolaan T.W., Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost, Health Affairs, **27**(3), 2008.

Bilsky W., Schwartz S.H. Value and Personality, European Journal of Personality, **8**, 1994.

Blegen M.A. et al. Nurse Staffing Levels: Impact on Organizational Characteristics and Registered Nurse Supply, Health Research and Educational Trust, 2007.

Blegen M.A. Nurse's job satisfaction: A meta-analysis of related variables, Nursing Research, **42**, 1993.

Blegen M.A., Goode C.J., Reed L. Nurse Staffing and Patient Outcomes, Nursing Research, **47**, 1998.

Bloodgood J.M., Bongsug K.C. Organizational paradoxes: Dynamic shifting and integrative management, Management decision, **48**(1), 2010.

Blum H. Planning for Health, Behavioral Publications, New York, 1974.

Blythe J., Baumann A., Giovannetti P. Nurse's Experiences of Restructuring in three Ontario Hospitals, Journal of Nursing Scholarship, First Quarter, 2001.

Boland T., Fowler A. A systems perspective of performance management in public sector organisations, The International Journal of Public Sector Management, **13**, 2000.

Bourbonnais R., Comeau M., Vézina M., Dion G. Job strain, psychological distress, and burnout in nurses, American Journal of Industrial Medicine, **34**, 1998.

Bourbonnais R., Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec, American journal of industrial medicine, **39**, 2001.

Bourdonnais R., Malenfant R., Viens C., Vézina M., Côté N. Le travail infirmier sous tension, Équipe de recherche Riposte, Université Laval, 2000.

Bourricaud F. Talcott Parsons, Éléments pour une sociologie de l'action, Librairie Plon, Paris, 1955.

Brennan T.A. Practice Guidelines and Malpractice Litigation: Collision or Cohesion, Journal of Health politics, **16**, 1991.

Breton M. L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS, Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal, 2009.

Breton M., Lamarche P., Pineault R. L'approche populationnelle: Un défi de taille pour les gestionnaires, Le point en Santé, 2005.

Brief A. Organizational Behavior: Affect in the workplace, Annual Review Psychology, **53**, 2002.

Brinkerhoff D. Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance, Health Policy and Planning, **19**(6), 2004.

British Columbia Ministry of Health Services, 2010/11 - 2012/13 Service Plan, Government of British Columbia, 2010.

Brooke P.P., Price J.L. The Determinants of employee absenteeism: An empirical test of a causal model, Journal of Psychology, **62**, 1989.

Brousselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.P., Hartz Z. L'évaluation concepts et méthodes, Presse Universitaire de Montréal, 2009.

Brunelle Y., Saucier A. Les indicateurs et le système de soins, Collection méthodologie et instrument, MSSS, 1999.

Buetow S.A., Rolan M. Clinical governance: Bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care, Quality in health care, **8**, 1998.

Burnfield J.D., O'Connor S.J. Employee turnover and retention rates as predictors of nursing home code violations, Paper presented at the annual meeting of the academy of management, Las Vegas, 1992.

Burton J. Creating Healthy Workplace, Industrial Accident Prevention Association, 2004.

Butler M. Performance Measurement in Health Sector, Committee for Public Management Research, Discussion paper 14, 2000.

Cable D.M., Edwards J.R. Complementary and Supplementary fit: A theoretical and empirical integration, Journal of Applied Psychology, **89**, 2004.

Callahan D. Autonomy: A Moral Good, Not a Moral Obsession, The Hastings Center Reports, **14**(5), 1984.

Cameron S.J., Horsburgh M.E., Armstrong-Stassen M. Job satisfaction, propensity to leave and burnout in RNs and RNAs: À multivariate perspective, Canadian Journal of nursing Administration, **7**(3), 1994.

Canadian Institute for Health Information. Health Efficiency Measurement in Canada, Technical Report, 2012.

Cancelliere C., Cassidy D.J., Ammendolia C., Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature, BMC Public Health, **11**, 2011.

Castle N., Engberg J. Staff Turnover and Quality of Care in Nursing Homes, Medical Care, **43**, 2005.

Castle N., Engberg J., Mendeloff J., Burns R. À national view of workplace injuries in nursing homes, Health care management Review, **34**(1), 2009.

Champagne F. La performance des systèmes complexes, Présentation à la journée scientifique CRIR-CIRIS, Montréal, 2006.

Champagne F., Contandriopoulos A.D., Touché J., Béland F., Nguyen H. Un cadre d'Évaluation de la Performance des Systèmes de Santé: Le modèle EGIPSS, Université de Montréal, 2005.

Champagne F., Contandriopoulos A.P. Development of a conceptual framework for health system performance assessment at CIHI, Université de Montreal, 2011.

Champagne F., Contandriopoulos A.P. Éléments d'architecture des systèmes d'évaluation de la performance, Présentation a la conférence de la COLUFRAS, 2005b.

Champagne F., Contandriopoulos A.P. Utiliser l'évaluation, in L'évaluation: Concepts et méthodes, (Ed.) Brouselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.P., Hartz Z., Deuxième édition, Les presses de l'université de Montréal, 2011b.

Champagne F., Contandriopoulos A.P., Sicotte C., Ste-Marie G., Kone A., Nguyen H. Profil de performance des établissements membres de l'AQESS, Université de Montréal, GRIS, 2009.

Champagne F., Guisset A.L. The Assessment of Hospital Performance: Collected background paper, GRIS, Université de Montréal, 2005b.

Charney W., Schirmer M.S. Nursing Injury Rates and Negative Patient Outcomes- Connecting the Dots, AAOHN Journal, **55**(11), 2007.

Chen H.T. Theory Driven Evaluations, Newbury Park, Sage, 1990.

Chen S.M., Thompson L.J. Cancer care Ontario and integrated cancer programs: Portrait of a performance management system and lessons learned, Journal of Health Organization and Management, **20**(4), 2006.

Cho S.H. et al. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity and mortality, and medical cost, Nurse research, **52**(2), 2003.

Chouaniere D. Stress et risques psychosociaux: Concepts et prévention, INRS, Dossier medico-technique, (106), 2006.

Choudhry N.K., Fletecher R.H., Soumerai S.B. Systematic review: The relationship between clinical experience and quality of Health care, Annals of Internal Medicine, **142**(4), 2005.

Clarke H., Laschinger H., Giovannetti P., Shamian J., Thomson D., Tourangeau A. Nursing shortages: Workplace environments are essential to the solution, Hospital Quarterly, **4**(4), 2001.

Clarke S.P., Aiken L.H. More Nursing, fewer deaths, Quality and Safety in Health Care, **15**, 2006.

Clarke S.P., Rockett J.L., Sloane D.M., Aiken L.H. Organizational Climate, staffing, and safety equipments as predictors of needlestick injuries and nearmisses in hospital nurses, American Journal of Infection Control, **30**, 2002.

Clegg S.R., Vieira Da Cunha J., Pina E., Cunha M. Management Paradoxes: À relational view, Human Relation, **55**(5), 2002.

Coaley K. An Introduction to Psychological Assessment and Psychometrics, Sage Publication, 2010.

Coleman J. The Foundations of Social Theory, Belknap, 1998.

Commonwealth fund. Framework for a high performance health system for the United States, August 2006.

Contandriopoulos A.P. Trajectoire d'évolution des systèmes de santé, Note de Cours Analyse du Système de santé 1, Université de Montréal, 2008.

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Mesurer la performance: Les grands éléments théoriques à la disposition des décideurs et chercheurs, Séminaire du MSSS « les mesures de performance: Un outil pour assurer la pérennité des systèmes de santé et des services sociaux, 2011.

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Potvin L., Denis J.L., Boule P. Savoir préparer sa recherche: La définir, la structurer, la financer, Gaëtan Morin, 2005.

Contandriopoulos A.P., De Pourville G., Poullier J.P., Contandriopoulos D. À la recherche d'une troisième voie: Les systèmes de santé au XXI siècle », in Santé publique-État de lieux, enjeux et perspectives, (Ed.) Pomey M.P., Poullier J.P., Lejeune B., Édition Ellipses, Paris, 2000.

Cooke R.A., Szumal J.L. Organizational culture inventory, Plymouth, 1993.

Coomber B., Barriball K.L. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature, International Journal of Nursing Studies, **44**(2), 2007.

Cordes C. A Review and Integration of Research on Job Burnout, Academy of Management Review, **18**, 1993.

Crocker L., Algina J. Introduction to classical and modern test theory, Wadsworth Group, 1986.

Cronbach L.J. Essentials of Psychology Testing, second edition, Harper & Brother, New York, 1960.

Crozier M., Friedberg E. L'acteur et le système, Le Seuil, Paris, 1977.

Danna K., Griffin R. Health and Well-Being in the workplace: A Review and Synthesis of the literature, Journal of Management, **25**, 1999.

Darby C., Valentine N., Murray C., DeSilva A. Strategy on Measuring Responsiveness, GPE Discussion Paper Series, (23), 2000.

Darlenski B., Neykov N.V., Vlahov V.D., Tsankov N.K., Evidence-based medicine: Facts and controversies, Clinics in Dermatology, **28**, 2010.

Davey M.M., Cummings G., Newburn C.V., Lo E.A. Predictors of Nurse absenteeism in hospitals: A systematic review, Journal of Nursing Management, **17**, 2009.

David-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth, International journal of gynecology and obstetrics, **75**, 2001.

Davies H.T.O. Performance Management using health outcomes: In search of instrumentality, Journal of Evaluation in Clinical Practice, **4**(4), 1998.

Davies P. et Mechbal A. Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Issues, In Murray C., Evans D.B., Health systems Performance Assessment, Debates Methods and Empiricism, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003.

De Gaulejac V. La société malade de la gestion, Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement moral, Édition du seuil, 2005.

De Maeseneer J.M., Van Driel M.L., Green L.A., Van Weel C. The need for research in primary care, Lancet, **362**, 2003.

De witte K., Muijen J.J. Organizational culture, European Journal of Work and Organizational Psychology, **8**, 1999.

Deal J.E., Kennedy A.A. Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life, Addison-wesley, 1982.

Deckard G. Physician Burnout: An examination of personal, professional and organizational relationships, Medical Care, **32**, 1994.

Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.B. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses, Journal of Advanced Nursing, **32**(2), 2002.

Deming E.W. The new economics for industry, governments, education, MIT, Center for advanced engineering study, Cambridge, 1993.

Dence R. Best Practices benchmarking, in Performance Measurement and Evaluation, (Ed.) Holloway J., Lewis J., Mallory G., Sage Publications, 1995.

Denis J.L., Lamothe L., Langley A., Valette A. The struggle to Redefine boundaries in Health Care Systems in Restructuring the Professional Organization, Accounting Health care and Law, (Ed.) Brock D., Powell M., Hinings C.R., Routledge, London, 1999.

Denis J.L., Lehoux P., Champagne F. A knowledge utilization perspective on fine-tuning dissemination and contextualizing knowledge, in Using knowledge and evidence in health care, (Ed.) Lemieux-Charles L., Champagne F., University of Toronto Press, 2004.

Denis J.L., Lehoux P., Tré G. L'utilisation des connaissances produites, in Approches et pratiques en évaluation de programme, (Ed.) Ride V., Dagenais C., Les presses de l'Université de Montréal, 2009.

Denison D.R. Corporate culture and organizational effectiveness, Wiley, New York, 1990.

Department of health, UK. A First Class Service: Quality in the new NHS, [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh\\_4006902](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4006902), 1998.

Department of health, UK. The NHS performance assessment framework, 1999.



Dervitsiotis K. The design of performance measurement systems for management learning, Total quality management, **15**(4), 2004.

DeSouza L.E. L'autonomie des médecins: Comment la définir et mesurer ses effets sur le fonctionnement des systèmes de soins, Ruptures, Revue transdisciplinaires en Santé, **7**(2), 2001.

DeValck C., Bensing J., Bruynooghe R., Batenburg V. Cure-Oriented versus Care-Oriented attitudes in medicine, Patient Education and Counseling, **45**, 2011.

Dickinson H.D. A sociological perspective on the transfer and utilization of social scientific knowledge for policy-making, in Using knowledge and evidence in health care, (Ed.) Lemieux-Charles L., Champagne F., University of Toronto Press, 2004.

DiMatteo M.R., Sherbourne C.D., Hays R.D. Physicians characteristics influence patient's adherence to medical treatment: Result from the medical outcomes study, Health Psychology, **12**, 1993.

Donabedian A. "The quality of care - How can it be assessed? (Reprinted from JAMA, **260**, 1988).", Archives of Pathology & Laboratory Medicine, **121**(11), 1997.

Donabedian A. Aspects of medical care administration, Harvard Publication. 1973.

Donabedian A. Institutional and professional responsibilities in quality assurance, International Journal of quality in health care, **3**(11), 1989.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment, Volume I, Health administration Press, School of Public Health, University of Michigan, 1980.

Donaldson I.S., Gooler L.E. Theory Driven in Action: Lessons from a \$20 million statewide Work and Health Initiative, Evaluation and Program Planning, 2003.

Donaldson S.I. Theory-Driven Program Evaluation in the New Millennium, in Evaluating Social Programs and Problems, Visions for the New Millennium, (Ed.) Donaldson S.I., Scriven M., Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2003.

Dowell A.C., Hamilton S., McLeod D.K. Job satisfaction, psychological morbidity and job stress among New Zealand general practitioners, The New Zealand Medical Journal, **113**(1113), 2000.

Dubar C. et Tripier P. Sociologie des professions, Armand Colin, Paris, 1998.

Dubnick M. Accountability and the promise of performance: In search of the mechanisms, Public Performance and Management review, **28**(3), 2005.

Dubois C.A. et Denis J.L. De la commission Castonguay-Nepveu à la commission Clair. Le façonnement socio-historique de l'imputabilité, Université de Montréal, juillet 2001.

Dubois C.A. Transformation des systèmes de soins de santé et pratiques d'imputabilité, Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2002.

Dulmen S. Patient Centredness, Patient Education and Counseling, **51**, 2003.

Dunleavy P., Hood C. From Old Public Administration to new public management, Public money & management, **14**(3), 1994.

Duquette A., Kérouac S., Sandhu B.K., Beudet L. Factors related to nursing burnout: A review of empirical knowledge, Issues in Mental Health Nursing, **15**, 1994.

Durkheim E. Les formes élémentaires de la vie religieuse, le système totémique en Australie, Les Presses universitaires de France, cinquième édition, Paris, 1968.

Durkheim E. Les règles de la méthode sociologique, Flammarion, 1988.

Eastabrooks C., Midodzi W., Cummings G., Ricker K., Giovannetti P. The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30 Days Mortality, Nursing Research, **54**, 2005.

Eddy D. Performance Measurement: Problems and Solutions, Health Affairs, 1998.

Edwards J.R., Cable D.M. The Value of Value Congruence, Journal of Applied Psychology, **94**(03), 2009.

Edwards J.R., Cable D.M., Williamson I.O., Shurer-Lambert L., Shipp A.J. The Phenomenology of Fit: Linking the Person and Environment to the Subjective Experience of Person-Environment Fit, Journal of Applied Psychology, **91**(4), 2006.

Ehara A. Are long physician working hours harmful to patient safety?, Pediatrics International, **50**, 2008.

Eisenberg R., Huntington R., Hutchison S., Sowa D. Perceived Organizational Support, Journal of Applied Psychology, **71**, 1986.

Engel G.L. The need for a new medical model: Challenge for biomedical, Science, **196**, 1977.

Engkvist I.L., Hagberg M., Hjelm E.W., Menckel E., Ekenvall L. The accident process preceding overexertion back injuries in nursing personnel, Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, **24**(5), 1998.

England G.W. Personal Value Systems of American Managers, The Academy of Management Journal, **10**(1), 1967.

England G.W. Value Systems of American Managers, The Academy of Management Journal, **10**(1), 1967.

Epstein R. M., Fiscella K., et al. "Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care.", Health Affairs, **29**(8), 2010.

Etiozi A. Alternative conceptions of accountability: The example of health administrations, Public administration Review, **35**, 1975.

Evanoff B., Wolf L., Aton E., Canos J., Collins J. Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace, American Journal of Industrial Medicine, **44**, 2003.

Evans R.G. et Stoddard G.L. Produire de la santé, consommer des soins, in Être ou ne pas être en bonne santé, Biologie et déterminants de la maladie, (Ed.) Evans R.G., Barer M., Marmor T., Presse de l'Université de Montréal, 1996.

Fahrenkopf A., Sectish T.C., Barger L., Sharek P.J., Lewin D., Chiang V.W. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study, BMJ, **336**, 2008.

Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, F.A Davis Company, Philadelphia, second edition, 2006.

Fawcett J., Watson J., Neuman B., Walker P., Fitzpatrick J. On nursing theories and evidence, Journal of Nursing Scholarship, Second quarter, 2001.

Feather N.T. Human Values and the Work Situation: Two Studies, Australian Psychologist, **14**(2), 1979.

Feather N.T. Values, valences, and choice: The influence of values on the perceived attractiveness and choice of alternatives, Journal of Personality and Social Psychology, **68**, 1995.

Feertchak H. Les motivations et les valeurs en psycho-sociologie, Cursus, Armand Colin, 1996.

Ferguson G.A. Statistical Analysis in Psychology and Education, McGraw-Hill, 1976.

Ferlie E., Hartley J., Martin S. Changing public service organizations: Current perspectives and future prospects, British Journal of Management, **14**, 2003.

Ferlie E.B. et Shortell S.M. Improving the Quality of Health Care in The United Kingdom and United States: A framework for change, The Milbank Quarterly, **79**(2), 2001.

Firth H. et Britton P. 'Burnout', absence and turnover amongst British nursing staff, Journal of Occupational Psychology, **62**, 1989.

Firth-Cozens J. et Greenhalgh J. Doctor's Perceptions of the links between stress and lowered clinical care, Social Science and Medicine, **44**(7), 1997.

François P.H. et Botteman A.E. Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences: Applications, recherches et perspectives critiques, Carriéologie - Revue Francophone Internationale, **8**(4), 2002.

Freeman T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: A review of the literature, Health Services Management Research, **15**, 2002.

Freidson E. La profession médicale, Payot, Paris, 1984.

Frenk J., Bobadilla L.L., Stern C., Fredjka T., Lozano R. Elements for a theory of the Health transition, in Health and Social Change in International perspective, (Ed.) Chen C.L., Kleinman A., Ware N.C., Harvard school of public health, Boston, 1994.

Friedberg M.W. et Damberg C.L. Methodological considerations in generating provider scores for use in public reporting for community quality collaborative, Rockville M.D., Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, (11), 2011.

Garvin D.A, Building a Learning Organization, Harvard Business Review, 1993.

Geertz C. The interpretation of cultures, New York, 1973.

Gerrish K. Individualized Care: Its conceptualization and practice within a multiethnic society, Journal of Advanced Nursing, **32**(1), 2000.

Gershon R., Stone P.W., Zeltser M., Faucett J., MacDavitt K., Chou S. Organizational Climate and Nurse Health Outcomes in the United States: A systematic Review, Industrial Health, **45**, 2007.

Glasziou P.P., Irwig L.M. An Evidence based approach to individualizing treatment, British Medical Journal, **311**, 1995.

Glick W. Conceptualizing and measuring organization and psychological climate, Pitfall in multilevel research, Academy of Management Review, **10**, 1985.

Glouberman S., Mintzberg H. "Managing the Care of Health and the Cure of Disease, Part I: Differentiation.", Working Paper, McGill University, Faculty of Management, Montreal, 1996.

Goldberg C.B., Waldman D. Modeling employee absenteeism: Testing alternative measures and mediated effects on job satisfaction, Journal of Organizational behaviour, **21**, 2000.

Government of Ontario. Ontario's Action Plan for Health Care, Government of Ontario, 2012.

Goyer-Michaud F., Debuyst C. Vers une nouvelle conception des valeurs: Apport de la psychologie à la criminologie des valeurs, Acta Criminologica, **6**(1), 1973.

Grace C. In From the improvement end to the telescope: Benchmarking and accountability, in Benchmarking in federal systems, (Ed.) Fello A., Knüply F., Productivity Commission, Melbourne, 2012.

Gramm L.D. Dimensions of Accountability for non-for-profit Hospitals and Health Systems, Health care Management Review, **21**(2), 1996.

Greguras G. Different fits Satisfy Different Needs: Linking Person-Environment Fit to Employee Commitment and Performance Using Self Determination Theory, Journal of Applied Psychology, **94**(2), 2009.

Gupta M. "From evidence-based care to the standard of care. Commentary on Kerridge (2009) Ethics and EBM: Acknowledging difference, accepting difference, and embracing politics.", Journal of Evaluation in Clinical Practice, **16**, 2010.

Habermas J. L'agir communicationnel I, Librairie Arthème Fayard, 1987.

Habermas J. La technique et la science comme "idéologie", Gallimard, 1973.

Habermas J. Raison et légitimité, Payot, 1978.

Hackett R.D. Work Attitudes and employee absenteeism: A synthesis of the literature, Journal of Occupational Psychology, **62**, 1989.

Hackman J.R., Oldman G.R. Development of the job diagnostic survey, Journal of Applied Psychology, **55**, 1971.

Haddad S., Roberge D., Raynald R. Comprendre la qualité: En reconnaître la complexité, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, **4**(1), 1997.

Halachmi A. Performance measurement, accountability, and improved performance, Public performance & Management review, **25**(4), 2002.

Handy R. The measurement of Values: Behavioral Science and Philosophical Approaches, W.H.Green, 1970.

Harrison D.A., Newman D.A., Roth P.L. How Important are job attitudes? Meta-analytic comparisons of integrative behaviour outcomes and time sequences, Academy of Management Journal, **49**(2), 2006.

Hartz A.J., Krakauer H., Kuhn E.M., Young M., Jacobsen S.J., Gay G., Muenz L., Katzoff M., Bailey R.C., Rimm A.A. Hospitals characteristics and mortality rates, New England Journal of Medicine, **321**, 1989.

Hatch M.J. The dynamics of organizational culture, Academy of management review, **18**, 1993.

Hatch M.J. Théorie des organisations, DeBoeck Université, Paris, 2000.

Hatchuel A., Weill B. L'expert et le système, Economica, Paris, 1992.

Haug M.R. A Re-Examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization, The Milbank Quarterly, **66**(2), 1988.

Hayes J.L., O'Brien-Pallas L., Duffield C., Shamian J., Buchan J. et al. Nurse Turnover: A literature Review, International Journal of nursing Studies, **43**, 2006.

Health Prince Edward Island. One Island Health System, PEI Health strategic Plan, 2009-2012, Government of Prince Edward Island, 2009.

Health Quality Ontario. Quality Monitor, report on Ontario's health system, 2011.

Helgason S. International Benchmarking Experiences form OECD countries, OCDE, 1997.

Hellriegel D., Slocum J.W. Organizational Climate: Measures, Research and Contingencies, Academy of Management Journal, **17**(2), 1974.

Hemingway M. et Smith C. Organizational Climate and Occupational Stressors as predictors of Withdrawal Behaviours and Injuries in Nurses, Journal of Occupational and Organizational Psychology, **72**, 1999.

Henkel M. The new evaluative state, Public administration, **69**(1), 1991.

Henry G.T., Mark M.M. Beyond Use: Understanding Evaluation's Influence and Attitudes and Actions, American Journal of Evaluation, **24**(3), 2003.

Herzberg F. Le travail et la nature de l'homme, Entrep rise moderne d'édition, Paris, 1978.

Hinings C.R., Thibault L., Slack T., Kikulis L.M. Values and Organizational Structure, Human Relations, **49**(7), 1996.

Hinshaw A.S., Atwood J.R. Nursing Staff Turnover, Stress and Satisfaction: Models, measures and Management. Annual Review of Nursing Research, **1**, 1983.

Hinshaw A.S., DeLeonj P.H. Toward achieving multidisciplinary professional collaboration, Professional Psychology: Research and Practice, **26**(2), 1995.

Hofstede G. Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations across Nations, Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi, 2001.

Hood C. The New Public Management in the 1980's: Variation on a theme, Accounting Organizations and Society, **20**(3), 1995.

Hopkins A.H. Work and Job Satisfaction in the Public Sector, Rowman & Allanheld, Totowa, New Jersey, 1983.

Howe J. Group Climate: An exploratory Analysis of Construct Validity, Organizational Behavior and Human Performance, **19**, 1974.

Howell D.C. Méthodes statistiques en science humaines, De Boeck Université, 1998.

Hurst J., Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management in OECD health system, OECD Labour market and social policy occasional papers, **47**, 2001.

IHI. The triple Aim, optimizing health, care and cost, Healthcare executive, 2009.

IHI. Triple Aim, concept design, 2009b.

Illeggen D.R. Organizational Behavior, Annual Review of Psychology, **40**, 1988.

Ilouga S. L'impact de la congruence objective des valeurs sur l'engagement normatif envers l'organisation, Psychologie du Travail et des Organisations, **12**(307), 2006.

Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider, INRS, 2007.

Institute of medicine (IOM). In To err is human, (Ed.) Kohn L., Corrigan J.M., Donaldson M.S., National academy press, 1999.

Irvine D., Evans M. Job Satisfaction and Turnover among Nurses: Integrating Research Findings across Studies, Nursing Research, **44**(4), 1995.

James L.A., James L.R. Integrating work environment perceptions: Exploring into the measurement of meaning, Journal of Applied Psychology, **74**, 198

James L.R., Choi C., KO C.H., Mcneil P., Minton M., Wright M., Kim K. Organizational and Psychological Climate: A review of Theory and Research, European Journal of Work and Organizational Psychology, **17**, 2008.



James L.R., Jones A.P. Organizational Climate: A review of Theory and Research, Psychological Bulletin, **81**, 1974.

Jarman B., Gault S., Alves B., Hider A., Dolan S., Cook A., et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data, British Medical Journal, **5(318)**, 1999.

Joyce W.F., Slocum J.W. Collective Climate: Agreement as a basis for defining climates in organizations, Academy of Management Journal, **27(4)**, 1984.

Judge T.A., Thoresen C.J., Bono J.E., Patton G.K. The Job Satisfaction-Job Performance Relationship: A Qualitative and Quantitative Review, Psychological Bulletin, **127(3)**, 2001.

Kane R.L. et al. Nurse Staffing and quality of patient care, US Department of health and Human services, Agency for Health Care Research and Quality, Rockville, 2007.

Kaplan A. The conduct of inquiry: Methodology for Behavioral Science, Chandler Publishing Company, 1964.

Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign, Administrative Science Quarterly, **24**, 1979.

Karasek R., Theorell T. Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life, Basic Books, New York, 1990.

Kelley E., Hurst J. Health care quality indicators project: Conceptual framework paper, OECD Health working papers, **23**, 2006.

Kerr E., Fleming B. Making performance indicators work: Experiences of US veterans Health Administration, British Medical Journal, **335**, 2007.

Keuter K., Byrne E., Voell J., Larson E. Nurse's Job Satisfaction and Organizational Climate in a dynamic environment, Applied Nursing Research, **13(1)**, 2000.

Kirkhart K. Reconceptualizing evaluation use: An integrated theory of influence, in The expanding scope of evaluation use, (Ed.) Caracelli V., Preskill H., New Directions for Evaluation, (88), Jossey-Bass, San Francisco, 2000.

Kluckhohn C. Values and value-orientation in theory of action, in Toward a general Theory of Action, (Ed.) Parsons T., Shils E.A., Harvard University Press, Cambridge 1951.

Knapp M., Missiakoulis S. Predicting turnover rates among the staff of English and welsh old people's homes, Social Science Medicine, **17**, 1983.

Knaus W.A., Draper E.A., Wagner D.P., Zimmerman J.E. An evaluation of outcome from intensive-care in major medical-centers, Annals of Internal Medicine, **104**, 1986.

Koehoorn M., Lowe G., Rondeau K., Schellenberg G., Wager T. Creating high-quality health care workplaces, CPRN discussion paper, FCRSS, (14), 2002.

Koivula N. Basic Human Values in the Workplace, Social psychological studies **17**, Department of Social Psychology, University of Helsinki, 2008.

Kotter J.P., Heskett J.L. Organizational culture and performance, The free press, 1992.

Kovner A.R., Rundall T.G. Evidence-based management reconsidered, Frontiers of health services management, **22**(3), 2006.

Kovner C., Gergen P. Nurse Staffing level and adverse events following surgery in US hospitals, Journal off Nursing Scholarship, **30**(4), 1998.

Koys D.J., DeCotiis T.A. Inductive Measures of Psychological Climate, Human Relations, **44**(3), 1991

Kristof A.L. Person-Organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurements, and implications, Personnel Psychology, **49**, 1996.

Kristof-Brown A.L., Zimmerman R.D., Johnson E.C. Consequences of Individuals' fit at work: Meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-superior fit, Personnel Psychology, **58**, 2005.

Kroener A.L., Parsons T. The concepts of culture and of social system, American Sociological Review, **23**, 1958.

Kuoppala J., Lamminpaa A., Husman P. Work health promotion, job well-being and sickness absences, A systematic review and meta-analysis, American College of Occupational and Environmental Medicine, 2008.

Kuty O. La négociation des valeurs, De Boeck, Paris - Bruxelles, 1997.

Lagerstrom M., Hansson T., Hagberg M. Work-related low-back problems in nursing, Scandinavian journal of work environment & health, **24**, 1998.

Lake E. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, Research in Nursing and Health, **25**, 2002.

Lalonde M. Une nouvelle perspective sur la santé des canadiens, Gouvernement du Canada, Ottawa, 1974.

Lambert H. Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine, Social Science and Medicine, **62**, 2006.

Lamontagne A., Keegel T., Louie A., Ostry A., Landsbergis P.A. A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005, International Journal of occupational environmental health, **13**, 2007.

Landrigan C., Rothschild J., Cronin J.W., Kaushal R., Burdick E., Katz J.T., Lilly C.M., Stone P.H., Lockley S.H., Bates D.W., Czeisler C.A. Effect of reducing intern work hours on serious medical errors in intensive care units, New England Journal of Medicine, **28**(351), 2004.

Landsbergis P.A. Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model, Journal of organizational behavior, **9**(3), 1988.

Lang T.A., Hodge M., Olson V., Romano P.S., Kravitz R.L. Nurse-patient ratios: A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes, Journal of Nursing Administration, **34**(7-8), 2004.

Lankshear A.J., Sheldon T.A., Maynard A. Nurse Staffing and Healthcare Outcomes: A systematic review of the International Research Evidence, Advances in Nursing Science, **28**(2), 2005.

Larrabee J.H., Janney M., Ostrow C.L. Predicting registered Nurse Job Satisfaction and Intent to leave, JPNA, **33**(5), 2003.

Latham F.P., Pinder C.C. Work motivation theory and research at the dawn of the twenty-first century, Annual Review of Psychology, **56**, 2005.

Latham G.P. Work Motivation, History, Theory, Research and Practice, Sage Publications, 2007.

Latham G.P., Locke E.A. Self-regulation through goal setting, Organizational Behavior and Human decision processes, **50**, 2001.

Lazaro P., Fitch K. From Universalism to selectivity: Is “appropriateness” the answer?, Health Policy, **36**, 1996.

Lefkowitz J. Ethics and Values in the practice of Industrial-Organizational Psychology, Lawrence Erlbaum Associates Press, 2003.

Leiter M.P., Harvie P., Frizell C. The Correspondence of Patient Satisfaction and Nurse Burnout, Social Science and Medicine, **47**, 1998.

Leviton L.C. Hughes E.F.X. Research on the Utilization of evaluations: A review and synthesis, Evaluation Review, **5**(4), 1981.

Lewin K. Field theory in social science, Harper & Row, New York, 1951.

Lewin S., Skea Z., Entwistle V.A., Zwarenstein M., Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations, The Cochrane collaboration, 2009.

Lhuillier D. L’invisibilité du travail réel et l’opacité des liens travail-santé, Sciences Sociales et Santé, **28**, 2010.

Li J., Wolf L., Evanoff B. Use mechanical patient lifts decreased musculoskeletal symptoms and injuries among health care workers, Injury Prevention, **10**, 2004.

Lied T.R., Kazandjian V.A. Performance: A multi-disciplinary and conceptual model, Journal of Evaluation in Clinical Practice, **5**, 1999.

Liedtka J.M. Organizational Value Contention and Managerial Mindsets, Journal of Business Ethics, **10**, 1991.

Liedtka J.M. Value Congruence: The interplay of individual and organizational value systems, Journal of Business Ethics, **8**, 1989.

- Litwin G., Stringer R. Motivation and organizational climate, Harvard University Press, Cambridge, 1968.
- Lloyd S., Streiner D., Shannon S. Predictive validity of the emergency physician and global job satisfaction instruments, Academic Emergency Medicine, **5**(3), 1998.
- Locke E. The nature and causes of job satisfaction, in Handbook of Industrial and Organizational Psychology, (Ed.) Dunnette M.D., McNally R., Chicago, 1976.
- Lomas J., Contandriopoulos A.P. Pour une harmonie nouvelle entre la médecine et la santé, in Être ou ne pas être en bonne santé, Biologie et déterminants de la maladie, (Ed.) Evans R.G., Barer M., Marmor T., Presse de l'Université de Montréal, 1996.
- Long M.J. The medical care system, Aupha Press, Health administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1994.
- Lorino P. Méthodes et pratiques de la performance, Editions des organisations, 1997.
- Louis M.R. A cultural perspective on organizations: The need for and consequence of viewing organizations as culture-bearing milieu, Document présenté à The National Academy of Management Meetings, Detroit, 1980.
- Lowe G. Les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières au Canada, Association des infirmières et infirmiers du Canada, juin 2002.
- Lu H., While A., Bariball K.L. Job Satisfaction among Nurses: A literature review, International Journal of Nursing Studies, **42**, 2004.
- MacDavit K., Chou S.S., Stone P.W. Organizational Climate and Health Care Outcomes, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, **33**(11), 2007.
- Maitlis S. The social processes of Organizational Sensemaking, Academy of Management Journal, **48**, 2005.
- Manheim L.M., Feinglass J., Shortell S.M. et al. Regional Variation in Medicare hospital mortality, Inquiry, **29**, 1992.
- March J.G., Cohen M.D. Leadership & Ambiguity, Harvard Business School Press, Boston, 1986.

- Mark B.A., Harless D.W., McCue M., Xu Y. A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care, Health Services Research, **39**(2), 2004.
- Marra M. How much does evaluation matter? Some examples of the utilization of the evaluation of the World Bank's Anti-Corruption activities, Evaluation, **6**(1), 2000.
- Martineau R. Les outils de gestion, lieu de rencontre entre théorie et pratique: Une revue de la littérature, Cahiers de recherche du CERMAT, IAE de tours, **21**(155), 2008.
- Maslow A. Motivation and Personality, Harper and Row, New York, 1954.
- Mayo E. The human problems of an industrial civilisation, MacMillan, New York, 1933.
- McCall T.B. The impact of long working hours on resident physicians, New England Journal of Medicine, **318**(12), 1988.
- McDaniel R.R., Driebe D.J. Complexity science and health care management, Advances in Health care management, **2**, 2001.
- McGillis L. Nursing Staff mix models and outcomes, Nursing and Health Care Management Issues, **44**(2), 2003.
- McGillis L., Doran D., Pink G. Nurse Staffing Models, Nursing Hours and Patient Safety Outcomes, JONA, **34**(1), 2004.
- McGillis-Hall L. Quality of Work Environments for Nurse and Patient Safety, Jones & Bartlett Publisher, 2005.
- McGillis-Hall L., Baker D., Pink G.R., Sidani S., O'Brien Pallas L. Nurse Staffing models as predictors of patient outcomes, Medical Care, **41**(9), 2003.
- McGillis-Hall L., Doran D., O'Brien Pallas L., Tranmer J., Tregunno D., Rukholm E., Thomson D., Pink L., Peterson J., Johnston E., Palma A. Quality worklife Indicators for Nursing Practice Environments in Ontario, Determining the feasibility of collecting Indicator Data, Ontario Ministry of health & long term care, 2006.

McLaughlin C.P., Kaluzny A.D. Defining total quality management/Continuous quality improvement, in Continuous quality improvement in health care, (Ed.) McLaughlin C.P., Kaluzny A.D., An aspen publication, 1994.

Mead N., Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine, **51**, 2000.

Meglino B., Ravlin E. Individual Values in Organizations: Concepts, Controversies, and Research, Academy of Management, **24**(3), 1998.

Meglino B.M., Ravlin E.C., Adkins C.L. A work values approach to corporate culture: A field test of the value congruence process and its relationship to individual outcomes, Journal of Applied Psychology, **74**, 1989.

Meyerson D., Martin J. Cultural change: An integration of three views. Journal of management studies, **18**, 1987.

Michie S., Williams S. Reducing Work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review, Occupational environ Med, **60**, 2003.

Miner J.B. Theories of Organizational Behavior, The Dryden Press, Hinsdale, 1980.

Ministry of Health, British Columbia. Report on health authority services plan, 2009/2010.

Mueller C.W., McCloskey J.C. Nurse's Job Satisfaction: A proposed Measure, Nursing Research, **39**(6), 1990.

Murray C. et Evans B. Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview, In Murray C., Evans B., Health system performance assessment, Debates, Methods and Empiricism, World Health Organization, 2003.

Murray C., Frenk J. A framework for assessing the performance of the health systems, Bulletin of the World Health Organization, **78**(6), 2000.

Mykhalovskiy E., Weir L. The Problem of Evidence-based medicine: Directions for social science, Social Science & Medicine, **59**, 2004.

Nakayama T. "What are "clinical practice guidelines" ?", Journal of Neurology, **254**, 2007.

National Health Reform Performance Authority (NHPA). National Health Reform, Performance and Accountability Framework, 2011.

Neboit M., Vézina M. Stess au travail et santé psychique, Éditions Octares, 2002.

Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M., Zelevinsky K. Nurse Staffing levels and the quality of care in hospitals, New England Journal of Medicine, **346**(22), 2002.

Needleman J., Buerhaus P., Stewart M., Zelevinski K., Mattke S. Nurse Staffing in Hospitals: Is there a Business Case for Quality, Health Affairs, **25**(1), 2006.

Neely A. The Evolution of performance measurement research. Developments in the last decade and a research agenda for the next, International Journal of Operations and production Management, **25**, 2005.

Nerenz D.R. Who has responsibility for a population's Health, The Milbank Quarterly, **74**(1), 1996.

NHS. Department of Health, The NHS Outcomes framework 2012/2013, 2012.

NHS. Department of Health, The operating framework for the NHS in England, 2011/2013, 2011.

Norton D.P., Kaplan R.S. Strategy Maps, Converting intangible assets into tangible outcomes, Harvard Buisness School Press, Boston, 2004.

Norton P.D., Kaplan R.S. The Balanced Scorecard, Translating strategy into action, Harvard Business School Press, Boston, 1996.

O'Brien-Pallas L., Shamian J., Thomson D., Koehoorn M., Kerr M., Bruce S. Work Related Disability in Canadian Nurses, Journal of Nursing Scholarship, **36**(4), 2004.

O'Reilly C.A., Chatman J., Caldwell D.F. People organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit, Academy of management journal, **34**(3), 1991.

OCDE. Principles for managing ethics in the public services, OCDE Recommendation, PUMA Policy Brief Paper, 1998.

OMS. Vers l'unité pour la santé: Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé, OMS, Genève, 2002.



Orlikowski W.J. The duality of technolog: Rethinking the concept of technology in organizations, Organization science, **3**(3), 1992.

Ostroff C., Shin Y., Kinicki A. Multiple perspectives of congruence: Relationships between value congruence and employee attitudes, Journal of Organizational Behavior, **26**, 2005.

Papanicolas I., Smith P. EuroREACH Framework for Health Performance Assessment, EuroREACH Project, 2010.

Papanicolas I., Smith P.C., Mossalios E. What are methodological issues to measuring health care performance?, European Commission, Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008.

Parker C. Relationships between psychological climate and work outcomes: A meta-analytical Review, Journal of Organizational Behavior, **24**, 2003.

Parliament of the United Kingdom, The National Health Service Act, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents>, 2006.

Parsons T. Economy and Society, Routledge, London, 1956.

Parsons T. Le système des sociétés modernes, Traduction de The System of Modern Societies (1971) par Guy Melleray, Dunod, Paris, 1973b.

Parsons T. Sociétés. Essai sur leur évolution comparée, Traduction de Societies: Evolutionary and Comparative Perspective (1966) par Gérard Prunier, Dunod, Paris, 1973a.

Parsons T. The Social System, Routledge, London, 1951b.

Parsons T. Toward a general Theory of Action, Harvard University Press, Cambridge, 1951a.

Pathman D.E., Konrad T.R., Williams E.S., Scheckler W.E., Linzer M., Douglas J. Physician Job Satisfaction, job dissatisfaction and physician turnover, Journal of family practice, **51**(7), 2002.

Patterson M.G., West M.A., Shackleton V.J., Dawson J.F., Lawthom R., Maitlis S., Robinson D.L., Wallace A.M. Validating the organizational climate measure: Links to managerial practices, productivity and innovation, Journal of Organizational Behavior, **26**, 2005.

Payne R.L., Pheysey D., Pugh D.S. Organization Structure, Organizational Climate, and Group Structure: An exploratory Study of their Relationships in Two British Manufacturing Companies, Occupational Psychology, **45**(1), 1971.

Payne R.L., Fineman S., Wall T.D. Organizational Climate and Job Satisfaction: A conceptual Synthesis, Organizational Behavior and Human Performance, **16**, 1976.

Payne R.L., Mansfield R. Relationship of Perceptions of Organizational Climate to Organizational Structure, Context, and Hierarchical Position, Administrative Science Quarterly, **18**, 1973.

Pedhazur E.J., Pedhazur Schmelkin L. Measurement, Design, and Analysis: An integrated Approach, Lawrence Erlbaum Associates, 1991.

Pedler M, Burgoyne J, Boydell T, The learning company: A strategy for sustainable development, New York, McGraw-Hill, 1991.

Pépin M. La Validité d'un test psychométrique, Note de Cours, Psy-161917, Université Laval, 2007.

Perleth M., Jakubowski E., Busse R. What is “best practice” in Health Care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems, Health Policy, **56**, 2001.

Peters T.J., Waterman R.H. In search of excellence: Lessons from American's best-run companies, Harper and Row, New York, 1982.

Petty M.M., McGee G.W., Cavender J.W. A Meta-Analysis of the Relationships between Individual Job Satisfaction and Individual Performance, Academy of Management Review, **9**(4), 1984.

Pfeffer J., Sutton R.I. Evidence-based management, Harvard Business Review, 2006.

Pheysey D.C., Payne R.L., Pugh D.S. Influence of Structure at Organizational and Group Levels, Administrative Science Quarterly, **16**, 1971.

Pineault R., Breton M. Comment concilier responsabilité populationnelle et qualité des services: Un défi pour les gestionnaires, Congrès de l'association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec, 2007.

Pineault R., Breton M. L'approche populationnelle: Fondements théoriques et applications pratiques, Forum sur la responsabilité populationnelle dans le réseau de la santé, 2006.

Plane J.M. Théorie des organisations, Dunod, Paris, 2003.

Posner B.Z., Schmidt W.H. Values Congruence and Differences between the interplay of personal and organizational value systems, Journal of Business Ethics, **12**, 1993.

Powell G., Butterfield D. The case for Subsystem Climates in Organizations, Academy of Management Review, **3**(1), 1978.

Price J.L., Mueller C.W. A causal Model of Turnover for Nurses, Academy Management Journal, **24**, 1981.

Price M. Job Satisfaction of registred Nurses working in acute hospitals, British Journal of Nursing, **11**, 2002.

Pritchard R.D., Karasik B.W. The effects of organizational climate on managerial job performance and job satisfaction, Organizational Behavior and human decision processes, **9**(1), 1975.

Quinn E.R. Beyond Rational Management, Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance, Jossey-Bass Publishers, 1991.

Raelin J.A. The Clash of Cultures: Managers and Professionals, Harvard Business School Press, Boston, 1986.

Rafferty A.M., Clarke S.P., Coles J., Ball J., James P., McKee M., Aiken L. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records, International Journal of Nursing Studies, **44**, 2007.

Reichiers A., Schneider B. Climate and Culture: An Evolution of construct, in B Schneider, Organizational Climate and Culture, Jossey-Bass Publishers, San Fransisco, 1990.

Robertson A., Gilloran A., McGlew T., McKee K., Wight D. Nurses job-satisfaction and the quality of care received by patients in psychogeriatric wards, International Journal of Geriatric, **10**(7), 1995.

Rocher G. Introduction à la sociologie générale, Édition Hurtubise, 1992.

Rocher G. Talcott Parsons et la sociologie américaine, Les classiques des Sciences Sociales, Université de Montréal, 1988.

Rogers B. Health Hazards in Nursing and Health care: An overview, AJIC, **25**, 1997.

Rokeach M. Belief, attitudes and values, Jossey-Bass, San Francisco, 1968.

Rokeach M. The Nature of Human Values, Free Press, New York, 1973.

Rokeach M., Ball-Rokeach S.J. Stability and Change in American Value Priorities, 1968/1981, American Psychologist, **44**, 1989.

Romanow J.R. Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.

Roos N.P., Black C.D., Frohlich N., et al. A population-based Health Information System, Medical Care, **33**(12), 1995.

Roos N.P., Roos L.L. Les variations géographiques de l'utilisation, le style de pratique et la qualité des soins, in Être ou ne pas être en bonne santé, Biologie et déterminants de la maladie, (Ed.) Evans R.G., Barer M., Marmor T., Presse de l'Université de Montréal, 1996.

Rouleau L. Théories des organisations, Presse de l'Université du Québec, 2007.

Rousseau D.M. Assessing Organisational Culture: The Case for Multiple Methods. In Schneider B. Organisational Climate and Culture, Jossey-Bass, San Francisco, 1990.

Rousseau D.M. Is there such a thing as "evidence based management"?, Academy of Management Review, **31**(2), 2006.

Rousseau, D.M. Organizational Research: Multi-level and cross-level perspectives, Research in Organizational Behavior, **7**, 1985.

Roussel P. La motivation au travail-concepts et méthodes, LIRHE, Toulouse, 2000.

Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: What it is and what it isn't, British medical journal, **312**(71), 1996.

Saltman R.B., Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy, Bulletin of the World Health Organization, (78), 2000.

Saltman R.B., Figueras J., Sakellarides C. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Open University Press, Maidenhead, Philadelphia, 1998.

Sanderson I. Beyond performance measurement? Assessing value in local government, Local government studies, **24**(4), 1998.

Sanderson I. Evaluation, learning and the effectiveness of public services, International journal of public sector management, **9**(5), 1996.

Sanderson I. Making sense of “what works”: Evidence based policy making as instrumental rationality, Public Policy and Administration, **17**(3), 2002.

Schein E. Organizational culture and leadership, Jossey-Bass, San Francisco, 1985.

Schmalenberg C., Kramer M. Essentials of a productive nurse work environment, Nursing research, **57**(1), 2008.

Schneider B. Organizational Behavior, Annual Review of Psychology, **36**, 1985.

Schneider B. Organizational Climate, Individual Preferences and Organizational Realities, Journal of Applied Psychology, **56**, 1972.

Schneider B. Parkington J.L., Buxton V.M. Employee and customer perceptions of service Banks, Administrative Science Quarterly, **25**, 1980.

Schneider B., Reichers A. On the Etiology of Climates, Personnel Psychology, **36**, 1983.

Schumaker E.F. A Guide for the Perplexed, Harper & Row Publishers, 2004.

Schwartz S.H. Les valeurs de base de la personne: Théorie, mesures et applications, Revue française de sociologie, **47**(4), 2006.

Schwartz S.H., Bilsky W. Toward a Theory of the Universal Content and Structure of Values: Extensions and Cross-Cultural Replications, Journal of Personality and Social Psychology, **58**(5), 1990.

Scriven M. The logic of evaluation, in Dissensus and the Search for Common Ground, (Ed.) Hansen H.V., et al., CD-ROM p. 1-16, 2007.

Setbon M. La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective, Sociologie du travail, **42**, 2000.

Shader K., Broome M.E., Broome C.D., West M.E., Nash M., Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center, Journal of Nursing Administration, **(4)**, 2001.

Shall M.S. A communication-Rules approach to organizational culture, Administrative Science Quarterly, **28**, 1983.

Shanafelt T.D., Sloan J.A., Harbermana T. The Well Being of Physicians, The American Journal of Medicine, **114**, 2003.

Shanafelt T.D., West C., Zhao X., Novotny P., Kolars J., Habermann T., Sloan J. Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents, Journal of General Internal Medicine, **20(7)**, 2005.

Shaver K.H., Lacey L. Job and Career Satisfaction among Staff Nurses: Effect of Job setting and environment, Journal of Nursing Administration, **33(3)**, 2003.

Shaw J.D., Delery J., Jenkins G.D., Gupta N. An Organizational-Level analysis of voluntary and involuntary turnover, Academy of Management Journal, **41(5)**, 1998.

Sheskin J.D. Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures, Third Edition, Chapman & Hall, 2004.

Shindul-Rothschild J., Berry D., Long-Middleton E. Where Have All the Nurses Gone?, Final Results of Our Patient Care Survey, American Journal of Nursing, **96(11)**, 1996.

Shortell S.M., O'Brien J.L., Carman R.W., Hughes E.F., Boerstler H., O'Connor E.J. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation, Health services research, **30(2)**, 1995.

- Siegrist J. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-reward Conditions, Journal of Occupational Health Psychology, **1**(1), 1996.
- Siehl C., Martin J. Learning organizational culture, Document de travail de Sloan of Comparative of Management, 1981.
- Slaate H. A. The Pertinence of the Paradox, Humanities Press, New York, 1968.
- Smircich L. Concept culture and organizational analysis, Administrative science Quarterly, **28**, 1983.
- Smith P. The unintended consequences of publishing performance data in the public sector, International Journal of Public Administration, **18**(2), 1995.
- Smith P.C., Mossalios E., Leatherman S., Papanicolas I. Performance measurement for health system improvement: Experience, challenges and prospects, Cambridge university Press, 2009.
- Snow J.L. Enhancing work climate to improve performance and retain valued employees, Journal of Nursing Administration, **32**, 2002.
- Sparks K., Faragher B., Cooper C. Well-Being and Occupational Health in the 2<sup>1st</sup> Century Workplace, Journal of Occupational and Organizational Psychology, **74**, 2001.
- Spector P.E. Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences, Sage Publications, London, 1997.
- Stamps P.L., Peidmont E.B. Nurses and Work Satisfaction, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1986.
- Staw B.M. The Consequences of Turnover, Journal of occupational behaviour, **1**(4), 1980.
- Stone P. et al. Organizational Climate of Staff Working Conditions and Safety-An integrative Model, Advances in Patient Safety: From Research to Implementation, **2**, 2005.
- Stone P., Mooney-Kane C., et al. Nurse and Staffing, Nurse Conditions, Organizational Climate, and Intent to Leave in ICU's: An instrumental Variable Approach, Health Research and Educational Trust, 2006.

- Stone P., Mooney-Kane C., Larson E., Horan T., Glance L. Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes, Medical Care, **45**, 2007a.
- Stone P.W., Du Y., Gershon R.R. Organizational Climate and Occupational Health Outcomes in Hospitals Nurses, Journal of Occupational and Environmental Medicine, **49**(1), 2007.
- Stordeur S., D'Hoore W., Vanderberghe C. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff, Journal of Advanced Nursing, **35**(4), 2001.
- Tett R.P., Meyer J.P. Job Satisfaction, Organizational commitment, turnover intention and turnover: Path analysis based on meta-analytic findings, Personnel Psychology, **46**, 1993.
- Thiel S., Leeuw F. The performance paradox in the public sector, Public performance & management review, **25**(3), 2002.
- Thungjaroenkul P., Cummings G.G., Embleton A. The impact of Nurse staffing on hospital costs and patient length of stay: A systematic review, Nursing economics, **25**(5), 2007.
- Thurstone L.L. The measurement of value, Psychological Review, **61**, 1954.
- Timmermans S., Kolker E. Evidence-Based Medicine and the reconfiguration of Medical Knowledge, Journal of Health and Social Behavior, **45**, 2004.
- Tokuda Y., Hayano K., Ozaki M., Bito S., Yanai H., Koizumi S. The Interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: A Path Analysis, Industrial Health, **47**, 2009.
- Torgerson W.S. Theory and Methods of Scaling, John Wiley & Sons, 1967.
- Tourangeau A.E., Doran D.M., McGillis L., O'Brien Pallas L., Pringle D., Tu J.V., Cranley L.A. Impact of hospital nursing care on 30-days mortality for acute medical patients, Journal of Advanced Nursing, **57**(1), 2006.
- Tourangeau A.E., Giovannetti P., Tu J.V., Wood M. Nursing related determinants of 30-days mortality for hospitalized patients, The Canadian journal of nursing research, **33**(4), 2002.
- Tovey E., Adams A. The changing nature of nurse's job satisfaction: An exploration of source satisfaction in the 1990s, Journal of Advanced Nursing, **27**, 1999.



- Townley B., Cooper D.J., Oakes L. Performance measures and the rationalization of organizations, Organization Studies, **24**(7), 2003.
- Travis P., Egger D., Davies P., Mechbal A. Towards better stewardship: Concepts and Critical Issues, in Health system performance assessment, Debates, Methods and Empiricism, (Ed.) Murray C., Evans B., World Health Organization, 2003.
- Trinkoff A., Johantgen M. Staffing and Worker Injury in Nursing Homes, American Journal of Public Health, **95**(7), 2004.
- Unruh L. Nurse Staffing and Patient, Nurse, and Financial Outcomes, AJN, **108**(1), 2008.
- Vahey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M., Clarke S.P., Vargas D. Nurse and Patient Satisfaction, Medical Care, **42**, 2004.
- Vahtera J., Kivimaki M., Pentti J. Effect of organizational downsizing on health employees, Lancet, **350**, 1997.
- Valentine N.B., DeSilva A., Kawabata K., Darby C., Murray C., Evans D. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization, in Murray C., Evans D.B., Health systems Performance Assessment, Debates, Methods and Empiricism, World Health Organization, 2003.
- Vallerand R.J., Thill E.E. « Introduction au concept de motivation », in Introduction à la psychologie de la motivation, (Ed.) Vallerand J., Thill E.E., Éditions études vivantes, Laval (Québec), 1993.
- Van Maanen J. et Barley S. In Cultural organization: Fragments of a theory, (Ed.) Frost P., Moore L.F., Louis M.R., Lundberg C., Martin J., Organizational culture, Sage Publications, 1985.
- Vandenberghe C. Organizational Culture, person-culture fit, and turnover: A replication in the health care industry, Journal of Organizational Behavior, **20**, 1999.
- VanHam I., Verhoeven A.H., Groenier K.H., Groothoff J.W., De Haan, J. Job Satisfaction among general practitioners: A systematic literature review, European Journal of General Practice, **12**, 2006.
- Veillard J., Brown A.D., Baris E., Permanand G., Klazinga N.S. Health system stewardship of national health ministries in the WHO European region: Concepts, functions and a framework for action, Health Policy, **103**, 2011.

- Veillard J., Huynh T., Ardal S., Kadandale S., Klazinga N., Brown A. Making Health System Performance Measurement Useful to Policy Makers: Aligning Strategies, Measurement and Local Health System Accountability in Ontario, Healthcare Policy, **5**(3), 2010.
- Verquer M.L., Beehr T.A., Wagner S.H. A meta-analysis of relations between person-organization fit and work, Journal of Vocational Behavior, **63**, 2003.
- Vézina M. Les fondements théoriques de psychodynamique du travail, in Stress au travail et santé psychique, (Ed.) Neboit M., Vézina M., Éditions Octares, 2002b.
- Vézina M. Stress au travail et santé psychique: Rappel des différentes approches, in Stress au travail et santé psychique, (Ed.) Neboit M., Vézina M., Éditions Octares, 2002.
- Vicca A.F. Nursing staff workload as a determinant of methicillin-resistant Staphylococcus aureus spread in an adult intensive therapy unit, Journal of Hospital Infection, **43**, 1999.
- Wagner G.W., Pfeffer J., O'Reilly C.A. Organizational Demography and Turnover in Top-Management Groups, Administrative Science Quarterly, 1984.
- Wallace J.E., Lemaire J.B., Ghali W.A. Physician Wellness: A missing quality Indicator, Lancet, **374**, 2009.
- Walshe K., Rundall T.G. Evidence-based Management: From theory to practice in health care, The Milbank Quarterly, **79**(3), 2001.
- Warren N., Hodgson M., Craig T., Dyrenforth S., Perlin J., Murphy F. Employee Working Conditions and Healthcare System Performance: The Veterans Health, Journal of occupational & environmental Medicine, **49**(4), 2007
- Weber M. Économie et société. Les catégories de la sociologie, Plon, 1995.
- Weick K.E. Sensemaking in organizations, Sage Publications, 1995.
- Weick K.E. The Social Psychology of Organizing, Addison-Wesley, 1979.
- Weick K.E., Sutcliffe K.M. Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty, Jossey-Bass, Second Edition, 2007.

Weiss C.H. Have we learned anything new about the use of evaluation?, American Journal of Evaluation, **19**(1), 1998.

Weiss C.H. How can Theory-Based Evaluation make greater Headway?, Evaluation Review, **21**(4), 1997.

West P.C., Huschka M.M., Novotny P.J., Sloan J.A., Kolars J.C., Haberman T.M., Shanafelt T. Association of perceived Medical Errors with Resident Distress and Empathy: A prospective Longitudinal Study, Journal of American Medical Association, **296**(9), 2006.

Wheeler H.H. Nurse occupational stress research 2: Definition and conceptualization, British Journal of Nursing, **6**(12), 1997.

Wilderom C.P., Glunk U., Maslowski R. Organizational Culture as a predictor of Organizational Performance, in Handbook of organizational culture and climate, (Ed.) Ashkanasy N., Wilderom C.P.M., Peterson M.F., Sage publication, 2000.

Wilkins Q.L., Ouchi W. Efficient Cultures: Exploring the relationship between culture and Organizational Performance, Administrative science quarterly, 1983.

Williams E., Skinner C.A, Outcomes of Physician Job Satisfaction: A Narrative Review, Implications, and Directions for Future Research, Health Care Management Review, **28**(2), 2003.

Zangaro G.A., Soeken K.L. A Meta-Analysis of Studies of Nurse's Job Satisfaction, Research in Nursing & Health, **30**, 2007.

Zboril-Bensen L.R. Why nurses are calling in sick: The impact of health-care restructuring, Canadian Journal of Nursing Research, **33**(4), 2002.

Zimmerman S. et al. Nursing Home facility risk factors for infection and hospitalization: Importance of registered nurse turnover, administration and social factors, Journal of American Geriatrics Society, **50**(12), 2002.





# ANNEXE 1 : LISTE DES QUESTIONNAIRES

## I Questionnaire de mesure des valeurs individuelles et organisationnelles

### Consigne

Dans le but de garantir la qualité des réponses, nous désirons vous faire part de quelques directives :

- Ne pas signer le questionnaire afin de garantir l’anonymat
- Notez le numéro qui vous a été assigné (en haut à droite de votre questionnaire) afin de vous en souvenir.
- Répondre **spontanément** aux questions en noircissant les cercles prévus à cet effet.
- Noircissez une seule réponse par question.
- Il n’y a ni bonne, ni mauvaise réponse. Ce qui est important, repose sur ce que vous pensez?

En vous référant, à vos expériences professionnelles antérieures dans le milieu de la santé et à votre perception du fonctionnement des établissements de soins, veuillez répondre à ces questions :

Selon votre première impression, pour chaque de paire de propositions, veuillez indiquer la valeur qui selon vous :

Guide le plus votre travail :

Guide le plus l'organisation dans laquelle vous travaillez :

Responsabilité à l'égard de la santé de la population			Imputabilité
Imputabilité			Qualité technique des soins
Qualité technique des soins			Accomplissement au travail
Respect des patients			Responsabilité à l'égard de la santé de la population
Accomplissement au travail			Imputabilité
Respect des patients			Qualité technique des soins
Responsabilité à l'égard de la santé de la population			Accomplissement au travail
Imputabilité			Respect des patients
Qualité technique des soins			Responsabilité à l'égard de la santé de la population
Accomplissement au travail			Respect des patients

Responsabilité à l'égard de la santé de la population			Imputabilité
Imputabilité			Qualité technique des soins
Qualité technique des soins			Accomplissement au travail
Respect des patients			Responsabilité à l'égard de la santé de la population
Accomplissement au travail			Imputabilité
Respect des patients			Qualité technique des soins
Responsabilité à l'égard de la santé de la population			Accomplissement au travail
Imputabilité			Respect des patients
Qualité technique des soins			Responsabilité à l'égard de la santé de la population
Accomplissement au travail			Respect des patients

## II Questionnaire de mesure du climat organisationnel

### À Liste des questions :

- C1 Mon travail me permet d'utiliser mes compétences.
- C2 Le (nom de l'établissement) encourage mon sens de l'initiative et des responsabilités.
- C3 Le (nom de l'établissement) m'encourage à donner le meilleur de moi-même.
- C4 Les tâches que l'on me confie correspondent à mes connaissances et à mes compétences
- C5 Je dispose de l'autonomie nécessaire pour intervenir dans les domaines dont je suis responsable.
- C6 Le (nom de l'établissement) me permet d'atteindre mes objectifs professionnels
- C7 Je connais les orientations générales et les priorités du (nom de l'établissement).
- C8 Je sais ce que l'on attend de moi dans la poursuite des objectifs du (nom de l'établissement).
- C9 Je connais les valeurs véhiculées par la direction.
- C10 J'ai une connaissance suffisante de la structure du (nom de l'établissement) et ses règles de fonctionnement.
- C11 De façon générale, je prends part aux décisions qui concernent l'organisation du travail dans mon secteur d'emploi
- C12 Lors des réunions, les membres de mon équipe se sentent à l'aise pour dire ce qu'ils pensent.
- C12 Les membres de mon équipe se rencontrent pour planifier et coordonner les activités.



- C13 Les membres de mon équipe s’entraident lorsque des problèmes surviennent.
- C14 Les membres de mon équipe donnent suite aux engagements pris lors des réunions.
- C15 Les membres de mon équipe travaillent efficacement en groupe
- C16 La coopération entre mon équipe et les autres équipes est bonne
- C17 Dans mon équipe, le travail est organisé.
- C18 Les membres de mon équipe échangent régulièrement entre eux leurs façons de faire et leurs expériences dans le but d’améliorer la qualité de leur travail.
- C19 Dans mon équipe, on se concerte pour trouver des solutions aux problèmes.
- C20 Les membres de mon équipe se traitent entre eux, avec respect.
- C21 Le (nom de l’établissement) fournit le soutien matériel nécessaire pour réaliser mon travail.
- C22 Le (nom de l’établissement) fournit le soutien technique nécessaire pour réaliser mon travail.
- C23 De façon générale, au (nom de l’établissement), les problèmes sont traités dans un délai raisonnable
- C24 Le (nom de l’établissement) offre de la formation aux employés pour développer leurs compétences professionnelles.
- C25 Le (nom de l’établissement) aide les employés aux prises avec des difficultés personnelles.
- C26 Le (nom de l’établissement) aide les employés aux prises avec des difficultés professionnelles.

- C27 Je reçois de l'information sur les « bons coups » cliniques ou administratifs réalisés au sein du (nom de l'établissement).
- C28 Je reçois de l'information sur les décisions administratives prises par la direction concernant mon secteur de travail.
- C29 Les communications entre les employés et le personnel cadre favorisent l'atteinte des objectifs visés.
- C30 Je peux régulièrement discuter de mon travail dans des rencontres prévues à cet effet.
- C31 Les modes de fonctionnement du (nom de l'établissement) favorisent la collaboration et la concertation entre les équipes.
- C32 Mon supérieur immédiat me traite avec respect
- C33 Mon supérieur immédiat me traite de façon juste
- C34 De façon générale, au (nom de l'établissement), les problèmes sont identifiés rapidement
- C35 Les idées et les suggestions du personnel sont prises en considération
- C36 La direction possède une vision claire de ce que doit être la qualité des services à livrer.
- C37 La direction fait en sorte que sa vision soit partagée par l'ensemble du personnel.
- C38 La direction a développé une culture axée sur la qualité des services.
- C39 Au cours des dernières années, la direction a démontré sa capacité à développer des projets stimulants pour l'ensemble du personnel.
- C40 Dans mon service, il y a une bonne cohérence entre ce que l'on dit et ce que l'on fait en regard des services rendus à la clientèle.

- C41 De façon générale, mon supérieur immédiat démontre un réel intérêt vis-à-vis de ma santé et mon bien-être.
- C42 Mon supérieur immédiat me soutient dans la conciliation de mon travail et de ma vie personnelle.
- C43 La direction (nom de l'établissement) encourage les initiatives relatives à la santé et au mieux-être des employés de l'organisation.
- C44 L'établissement (service, direction ...) a mis en place des mesures concernant la prévention des infections.
- C46 Dans l'établissement (ou dans mon service) on offre de la formation aux employés concernant la sécurité des usagers et de leurs proches.

#### B Regroupement des questions par composante :

Chaque question est un item associé à une composante du climat organisationnel

- Collaboration : C11, C12, C13, C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C26, C31
- Soutien organisationnel : C21, C22, C24, C25, C26, C43, C44, C46
- Communication : C7, C9, C10, C27, C28
- Leadership : C3, C8, C23, C34, C35, C36, C37, C38, C39, C40
- Supervision: C29, C30, C32, C33, C41, C42
- Autonomie: C1, C2, C4, C5, C6

### III Questionnaire de mesure de la satisfaction au travail

#### À Liste des questions :

Êtes-vous satisfait ?

- S1 Du degré d'autonomie dont vous disposez dans la réalisation de votre travail ?
- S2 De la façon dont vous pouvez utiliser vos différentes compétences dans votre travail ?
- S3 Du niveau de responsabilité dans la réalisation de votre travail ?
- S4 Du degré de liberté dans la prise de décision durant l'exercice de votre travail ?
- S5 De l'accomplissement personnel obtenu dans la réalisation de votre travail ?
- S6 Du temps dont vous disposez pour effectuer les tâches qui vous semblent essentielles ?
- S7 De la quantité de travail que vous avez à assumer ?
- S8 Des règles et des procédures organisationnelles qui encadrent directement votre pratique ?
- S9 De la flexibilité des processus administratifs dans votre organisation en général ?
- S10 Du niveau de sécurité dans l'exercice de votre travail ?
- S11 De votre échelle de rémunération par rapport à ce que vous apportez à l'organisation ?
- S12 Globalement de votre niveau de rémunération ?
- S13 De la reconnaissance de votre travail par l'organisation ?
- S14 De la reconnaissance de votre travail par votre superviseur immédiat ?
- S15 De la reconnaissance de votre travail par les autres membres de votre équipe de travail
- S16 Des processus de supervision de votre travail ?
- S17 De l'impartialité des décisions et comportements de votre superviseur immédiat ?

- S18 Du niveau de support et d'assistance que vous apporte votre superviseur immédiat ?
- S19 Des occasions qui vous sont offertes pour accéder à des activités de formation continue dans votre travail ?
- S20 Du support financier et de la flexibilité qui vous sont offertes pour entreprendre des activités de formation continue ?
- S21 De vos possibilités de promotion au sein de l'établissement dans lequel vous travaillez ?
- S22 De vos perspectives d'avenir dans cette organisation ?
- S23 De la coopération entre les membres de votre équipe immédiate de travail ?
- S24 De votre sentiment d'appartenance à une équipe de travail ?
- S25 Du niveau d'attention accordé à chaque patient ?
- S26 De la qualité des relations humaines (empathie, cordialité) dans votre équipe de travail ?
- S27 De votre intégration au sein de votre équipe de travail ?
- S28 De la qualité des soins et des services qui sont fournis aux patients ?
- S29 Des conditions environnementales dans lesquelles les patients sont traités ?
- S30 Du respect, de la cordialité et de l'empathie avec lesquels les patients sont traités ?
- S31 Du soutien que vous apportent, dans votre travail, les autres membres de l'équipe ?

## B Regroupement des questions par facette :

Chaque question est un item associé à une facette de la satisfaction au travail.

- Nature du travail: S1, S2, S3, S4, S5
- Condition de travail: S6, S7, S8, S9, S10
- Rémunération: S11, S12
- Reconnaissance: S13, S14, S15
- Supervision: S16, S17, S18
- Formation: S19, S20
- Promotion et perspective d'avenir: S21, S22
- Interrelations au travail: S23, S24, S25, S26, S27
- Qualité des soins: S28, S29, S30, S31

## ANNEXE 2 : MÉTHODE DE CALCUL DES DONNÉES PRÉSENTÉES DANS LA Partie IV

### I CONSENSUS SUR LES VALEURS

#### À Intensité et hiérarchie des valeurs individuelles et organisationnelles

##### 1 Intensité des valeurs Individuelles (Valorisation individuelle)

###### Valeurs :

- Imputabilité
- Responsabilité à l'égard de la santé de la population
- Qualité technique des soins
- Respect des patients
- Accomplissement au travail

###### Définition

Ces indicateurs permettent d'identifier quelles sont les valeurs individuelles dominantes des employés d'une organisation. Ils se situent dans la sous-dimension « Consensus sur les valeurs/Intensité des valeurs (Valorisation)/Individuelle » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS.

###### Propriétés des valeurs.

La valorisation individuelle représente l'importance que l'individu attache à chacune des cinq valeurs individuelles. Les employés ont été appelés à choisir par paire de deux, la valeur qui reflète davantage leur valeur individuelle dominante.

## 2 Hiérarchie des Valeurs individuelles

### Définitions

Cet indicateur permet de décrire la hiérarchie des valeurs individuelles des employés d'un hôpital.

### Propriétés des valeurs

Les valeurs étant construite en système de valeur hiérarchisé, il est nécessaire afin de représenter les valeurs de les hiérarchiser.

## 3 Intensité des valeurs organisationnelle (Valorisation)

### Valeurs

- Imputabilité
- Responsabilité à l'égard de la santé de la population
- Qualité technique des soins
- Respect des patients
- Accomplissement au travail

### Définition

Ces indicateurs permettent d'identifier quelles sont les principales valeurs, qui selon les employés sont véhiculées par les organisations. Ils se situent dans la sous-dimension « Consensus sur les valeurs/Valorisation/Organisationnelle » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS.

### Propriétés des valeurs.



La valorisation organisationnelle représente, selon les employés, quelles sont les valeurs dominantes véhiculées dans

La mesure des valeurs.

les organisations. Les employés ont été appelés à choisir par paire de deux, la valeur qui est davantage présente dans leur organisation.

Les données varient entre 0 et 4; 0 étant lorsque la valeur n'a jamais été choisie par rapport à une autre et 4 lorsque cette valeur est toujours priorisée.

#### 4 Hiérarchie des Valeurs Organisationnelles

Définitions

Cet indicateur permet de décrire la hiérarchie des valeurs organisationnelles selon la perception des employés d'un hôpital.

Propriétés des valeurs

Les valeurs étant construite en système de valeur hiérarchisé, il est nécessaire afin de représenter les valeurs de les hiérarchiser.

### **B Accord sur les valeurs individuelles et organisationnelles**

#### 5 Accord sur les valeurs individuelles

Définition

Le niveau d'accord sur les valeurs mesure le degré de consensus entre les employés sur l'importance de chacune des valeurs individuelles. Il est estimé par le coefficient de variation.

Ces indicateurs se situent dans la sous-dimension « Consensus sur les valeurs/Accord sur les valeurs/Individuelle » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS.

Relation à la performance :

[+] : Plus l'accord est élevé, plus la performance de l'organisation devrait être importante.

Propriétés des valeurs.

L'accord sur les valeurs mesure le degré d'hétérogénéité des perceptions des employés à l'égard de la valorisation de chacune des valeurs individuelles. Il mesure si les individus d'une même organisation valorisent de façon similaire une valeur. Le coefficient de variation, présenté sous forme de pourcentage, indique jusqu'à quel point les perceptions des employés se rapprochent les unes des autres. Plus le pourcentage est élevé, plus la dispersion est importante et l'accord entre les employés est faible. Cette mesure est réalisée à partir de la valorisation de chacune des valeurs; les répondants ont été appelés à prioriser les valeurs par paire de deux.

## 6 Accord sur les valeurs organisationnelles

Définition

Le niveau d'accord sur les valeurs mesure le degré de consensus entre les employés sur l'importance de chacune des valeurs organisationnelles. Il est estimé par le coefficient de variation. Ces indicateurs se situent dans la sous-dimension « Consensus sur les valeurs/Accord sur les valeurs/Organisationnelle » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS.

Relation à la performance :

[+] : Plus l'accord est élevé, plus la performance de l'organisation devrait être importante

### Propriétés des valeurs.

L'accord sur les valeurs mesure le degré d'hétérogénéité des perceptions des employés à l'égard de la valorisation de chacune des valeurs organisationnelles. Il mesure si les individus d'une même organisation valorisent de façon similaire une valeur. Le coefficient de variation, présenté sous forme de pourcentage, indique jusqu'à quel point les perceptions des employés se rapprochent les unes des autres. Plus le pourcentage est élevé, plus la dispersion est importante et l'accord entre les employés est faible. Cette mesure est réalisée à partir de la valorisation de chacune des valeurs; les répondants ont été appelés à prioriser les valeurs par paire de deux.

### 7 Corcondance de la hiérarchie des valeurs individuelles

#### Définition

La concordance des valeurs permet de connaître le niveau d'accord entre les employés concernant leur hiérarchie de valeur individuelles.

#### Relation à la performance

[+] : Plus l'accord est élevé, plus la performance de l'organisation devrait être importante

#### Méthode de calcul

Coefficient de concordance k

### 8 Concordance de la hiérarchie des valeurs organisationnelles

#### Définition

La concordance des valeurs permet de connaître le niveau d'accord entre les employés concernant leur hiérarchie de valeur.

Relation à la performance

[+] : Plus l'accord est élevé, plus la performance de l'organisation devrait être importante

Méthode de calcul

Coefficient de concordance k

**C Congruence et divergence des valeurs individuelles et organisationnelles**

9 Congruence totale des valeurs individuelles et organisationnelles(%)

Définition

Cet indicateur permet de mesurer la moyenne des degrés de rapprochement entre ce que les employés valorisent au niveau individuel et ce qu'ils perçoivent que leur hôpital valorise. Il se situe dans la sous-dimension « Consensus sur les valeurs/Congruence entre les valeurs individuelles et organisationnelles » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+] : Plus l'accord est élevé, plus la performance de l'organisation devrait être importante

Méthode de calcul

Moyenne de la congruence des cinq valeurs.

Propriétés des valeurs.

La congruence mesure le degré de rapprochement entre les valeurs individuelle et organisationnelle, c'est-à-dire le pourcentage des employés pour qui les valeurs qu'ils valorisent individuellement sont les mêmes que celles que leur organisation valorise.

Les répondants ont été appelés à prioriser les valeurs par paire de deux.

## 10 Congruence des valeurs individuelles et organisationnelles

### Définition

Ces indicateurs permettent de mesurer pour chacune des valeurs le degré de rapprochement entre ce que les employés valorisent au niveau individuel et ce qu'ils perçoivent que leur hôpital valorise. Ils se situent dans la sous-dimension « Consensus sur les valeurs/Congruence entre les valeurs individuelles et organisationnelles » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et sont positivement associés à la performance.

### Relation à la performance :

[+] : Plus l'accord est élevé, plus la performance de l'organisation devrait être importante

Congruence imputabilité (benchmark = 67,57)

Congruence responsabilité à l'égard de la santé de la population (benchmark = 63,77)

Congruence qualité des techniques des soins (benchmark = 67,47)

Congruence respect des patients (benchmark = 61,13)

Congruence accomplissement au travail (benchmark = 63,63)

### Propriétés des valeurs.

La concordance mesure le degré de rapprochement entre les valeurs individuelle et organisationnelle, c'est-à-dire le pourcentage des employés pour qui les valeurs qu'ils valorisent individuellement sont les mêmes que celles que leur organisation valorise.

Les répondants ont été appelés à prioriser les valeurs par paire de deux. Les cinq valeurs retenues étaient : la qualité technique, l'imputabilité, la responsabilité populationnelle, le respect des personnes et l'accomplissement.

## 11 Divergence totale entre les valeurs individuelles et organisationnelles(%)

### Définition

Cet indicateur permet de mesurer la moyenne des degrés de divergence entre ce que les employés valorisent au niveau individuel et ce qu'ils perçoivent que leur hôpital valorise. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Consensus sur les valeurs/Divergence entre valeurs individuelles et organisationnelles » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est négativement associé à la performance.

Relation à la performance :

[-]

Normatif (raisonné = 10)

Méthode de calcul

Moyenne de la divergence des cinq valeurs.

Propriétés des valeurs.

La divergence mesure le degré d'éloignement entre les valeurs individuelle et organisationnelle, c'est-à-dire le pourcentage des employés pour qui les valeurs qu'ils valorisent individuellement sont à l'opposé de celles qui sont valorisées dans leur organisation.

12 Divergence entre les valeurs individuelles et organisationnelles

Définition

La divergence mesure le degré d'éloignement entre les valeurs individuelle et organisationnelle, c'est-à-dire le pourcentage des employés pour qui les valeurs qu'ils valorisent individuellement sont à l'opposé de celles qui sont valorisées dans leur organisation.

Propriétés des valeurs.

Ces indicateurs permettent de mesurer pour chacune des valeurs le degré de divergence entre ce que les employés valorisent au niveau individuel et ce qu'ils perçoivent que leur hôpital valorise.

Ces indicateurs se situent dans la sous-dimension « Consensus sur les valeurs/Divergence entre valeurs individuelles et organisationnelles » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et sont négativement associés à la performance.

## **II QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL**

### **À Environnement de travail**

#### ***Régularité du lien à l'emploi***

##### 13 Proportion des employés avec un contrat de travail - Médecins (%)

###### Définition

Cet indicateur mesure la régularité du lien d'emploi des médecins avec l'hôpital. Il traduit la sécurité du lien de travail des médecins avec l'hôpital en mesurant le pourcentage de médecins qui possèdent un contrat formel de travail.


Cet indicateur est situé dans la sous-dimension « Qualité de vie dans le travail/Environnement de travail/Régularité du lien d'emploi » de la dimension « Manutention des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associée à la performance

###### Relation à la performance

[+]

Normatif (raisonné = 100)

### Méthode de calcul


$$\frac{\text{Nombre de médecins qui ont un contrat de travail formel en 2010}}{\text{Nombre de médecins ayant travaillé dans l'hôpital pendant l'année}} * 100$$

### 14 Proportion des employés avec un contrat de travail - Infirmières (%)

#### Définition

Cet indicateur mesure la régularité du lien d'emploi des infirmières avec l'hôpital. Il traduit la sécurité du lien de travail des médecins avec l'hôpital en mesurant le pourcentage d'infirmières qui possèdent un contrat formel de travail.


Cet indicateur est situé dans la sous-dimension « Qualité de vie dans le travail/Environnement de travail/Régularité du lien d'emploi » de la dimension « Manutention des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associée à la performance

#### Relation à la performance

[+]

Normatif (raisonné = 100)

### Méthode de calcul


$$\frac{\text{Nombre d'infirmières qui ont un contrat de travail formel en 2010}}{\text{Nombre d'infirmières qui ont travaillé dans l'hôpital pendant l'année}} * 100$$



## 15 Proportion des employés avec un contrat de travail – Personnel soignant (%)

### Définition

Cet indicateur mesure la régularité du lien d'emploi des infirmières avec l'hôpital. Il traduit la sécurité du lien de travail des médecins avec l'hôpital en mesurant le pourcentage d'infirmières qui possèdent un contrat formel de travail.


Cet indicateur est situé dans la sous-dimension « Qualité de vie dans le travail/Environnement de travail/Régularité du lien d'emploi » de la dimension « Manutention des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associée à la performance

### Relation à la performance

[+]

Normatif (raisonné = 100)

### Méthode de calcul


$$\frac{\text{Nombre de personnel soignant qui ont un contrat de travail formel en 2010}}{\text{Nombre de personnels soignants qui ont travaillé dans l'hôpital pendant l'année}} * 100$$

## ***Adéquation du personnel en fonction de la Charge de travail***

## 16 Proportion des heures réalisées en temps supplémentaires - Infirmières (%)

### Définition

Cet indicateur établit le pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières par rapport au nombre total d'heures travaillées, dans le but de mesurer la charge de travail. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie dans le travail/Environnement de


travail/Adéquation du personnel à la charge de travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est négativement associée à la performance.

Relation avec la performance

[-]

Normatif (raisonné = 2)

Méthode de calcul


$$\frac{\text{Nombre d'heures supplémentaires effectuées par les infirmières en 2010}}{\text{Nombre total des heures travaillées par les infirmières pendant l'année (heures régulières + heures supplémentaires)}} * 100$$

17 Proportion des heures réalisées en temps supplémentaires - Personnel soignant (%)

Définition

Cet indicateur établit le pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel soignant par rapport au nombre total d'heures travaillées, dans le but de mesurer la charge de travail. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Environnement de travail/Adéquation du personnel à la charge de travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associée à la performance.

Relation avec la performance

[-]

Normatif (raisonné = 2)

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Nombre d'heures supplémentaires effectuées par le personnel soignant en 2010}}{\text{Nombre total des heures travaillées par le personnel soignant pendant l'année (heures régulières + heures supplémentaires)}} \times 100$$

## 18 Taux de personnel soignant (infirmières + auxiliaires) par lit - Global

### Définition

Cet indicateur mesure la charge de travail du personnel soignant dans tous les services de l'hôpital. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Environnement de travail/Adéquation du personnel à la charge de travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associée à la performance.

### Relation avec la performance

[+]

Normatif (benchmark=1.83)

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Nombre d'infirmières et de personnel soignant en ETP qui ont travaillé dans l'hôpital en 2010}}{\text{Nombre de lits total de l'hôpital}} \times 100$$

## ***Expérience professionnelle***

### 19 Proportion des infirmières qui travaillent de jour comptant moins de 2 ans d'expérience (%)

#### Définition


Cet indicateur mesure le niveau d'expérience professionnelle des infirmières qui travaillent pendant les quarts de travail de jour. Une proportion trop importante d'infirmières avec peu d'expérience peut affecter négativement l'environnement de travail. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Environnement de travail/Expérience professionnelle » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est négativement associé à la performance.

#### Relation à la performance

[-]

Normatif (raisonné = 20)

#### Méthode de calcul


$$\frac{\text{Nombre d'infirmières (ETP) qui travaillent le jour et qui ont entre 0 et 2 ans d'expérience de travail}}{\text{Nombre d'infirmières total (ETP) qui ont travaillé pendant les quarts de travail de jour}} * 100$$

### 20 Proportion des infirmières qui travaillent de nuit comptant moins de 2 ans d'expérience (%)

#### Définition

Cet indicateur mesure le niveau d'expérience professionnelle des infirmières qui travaillent pendant les quarts de travail de nuit. Une proportion trop importante d'infirmières avec peu d'expérience peut affecter négativement l'environnement de travail. Cet indicateur se situe dans


la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Environnement de travail/Expérience professionnelle » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est négativement associé à la performance.

Relation à la performance

[-]

Normatif (raisonné = 20)

Méthode de calcul


$$\frac{\text{Nombre d'infirmières (ETP) qui travaillent de nuit et qui ont entre 0 et 2 ans d'expérience de travail}}{\text{Nombre d'infirmières total (ETP) qui ont travaillé pendant les quarts de travail de nuit}} \times 100$$

21 Proportion des infirmières qui travaillent de jour comptant plus de 10 ans d'expérience (%)

Définition

Cet indicateur mesure le niveau d'expérience professionnelle des infirmières qui travaillent pendant les quarts de travail de jour. Il est important d'avoir, durant les quarts de travail, une proportion adéquate d'infirmières avec plus de 10 ans d'expérience pour garantir un bon environnement de travail. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Environnement de travail/Expérience professionnelle » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Normatif (raisonné = 20)

Méthode de Calcul

$$\frac{\text{Nombre d'infirmières (ETP) qui travaillent de jour et qui ont plus de 10 ans d'expérience de travail}}{\text{Nombre d'infirmières total (ETP) qui ont travaillé pendant les quarts de travail de jour}} * 100$$

## 22 Proportion des infirmières qui travaillent de nuit comptant plus de 10 ans d'expérience (%)

### Définition

Cet indicateur mesure le niveau d'expérience professionnelle des infirmières qui travaillent pendant les quarts de travail de nuit. Il est important d'avoir, durant les quarts de travail, une proportion adéquate d'infirmières avec plus de 10 ans d'expérience pour garantir un bon environnement de travail. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Environnement de travail/Expérience professionnelle » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

### Relation à la performance

[+]

Normatif (raisonné = 20)

### Méthode de calcul

$$\frac{\text{Nombre d'infirmières (ETP) qui travaillent de nuit et qui ont plus de 10 ans d'expérience de travail}}{\text{Nombre d'infirmières total (ETP) qui ont travaillé pendant les quarts de travail de nuit}} * 100$$

## *Soutien organisationnel*

### 23 Proportion des heures consacrées à la formation (%)

#### Définition

Cet indicateur évalue ce que l'hôpital offre à son personnel en termes de formation. Il s'agit de mesurer la proportion des heures de travail consacrées à la formation sur le total des heures travaillées dans l'hôpital pendant l'année à l'étude.

Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Environnement de travail/Soutien organisationnel » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

#### Relation à la performance

[+]

Normatif (raisonné=2)

#### Méthode de calcul

Nombre total d'heures de formation en 2010

---

Nombre total d'heures travaillées par le personnel + heures de formation en 2010

## **B Climat organisationnel**

### 24 Score global de la qualité du climat organisationnel

#### Définition

Cet indicateur représente la moyenne des éléments qui composent le climat organisationnel, incluant la mesure globale demandée au personnel directement dans le questionnaire soit la collaboration, le soutien organisationnel, la communication, le leadership, l'autonomie ainsi que le climat global.

Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Climat organisationnel » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

#### Relation à la performance

[+]

#### Méthode de calcul

Moyenne (Collaboration + Soutien organisationnel + Supervision + Communication + Leadership + Autonomie)

### 25 Perception des employés de la qualité de la collaboration

#### Définition

Cet indicateur mesure la perception des employés en ce qui a trait à la capacité des professionnels à travailler ensemble dans une ambiance respectueuse et ouverte favorisant l'entraide. Le concept de collaboration signifie que des professionnels travaillent ensemble



dans un effort intellectuel les réunissant pour atteindre un but et des objectifs communs (DeLeon, 1995; Ulrich et Smallwood, 2003). Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Climat organisationnel » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (C11, C12, C13, C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C26, C31)

26 Perception des employés de la qualité du soutien organisationnel

Définition

Le concept de soutien organisationnel renvoie à la perception des employés en ce qui a trait à l'intérêt et la préoccupation de l'organisation vis-à-vis du bien-être des employés (Eisenberg, Huntington, 1986). Cette préoccupation se reflète également à travers le soutien technique, matériel que l'organisation met à la disposition de ses employés. Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Climat organisationnel » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (C21, C22, C24, C25, C26, C43, C44, C46).

## 27 Perception des employés de la communication formelle et informelle dans l'organisation

### Définition

Cet indicateur décrit l'échange d'information à travers l'organisation autant par des mécanismes formels qu'informels. Greenbaum (2001) définit la communication organisationnelle comme étant « un phénomène d'envoi et de réception d'une variété de messages qui affecte les unités sociales formelles dans lesquelles des individus travaillent pour un objectif commun ». Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Climat organisationnel » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

### Relation à la performance

[+]

### Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (C7, C9, C10, C27, C28)

## 28 Perception des employés de la qualité du leadership

### Définition

Le leadership réfère à la capacité des gestionnaires à établir une vision claire et cohérente des attentes et objectifs de l'organisation et à la partager avec l'ensemble des employés. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Climat organisationnel » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

### Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (C3, C8, C23, C34, C35, C36, C37, C38, C39, C40)

29 Perception des employés sur leur autonomie au travail

Définition

L'autonomie renvoie au niveau d'indépendance des individus dans la réalisation de leur tâche et leur possibilité de prendre des initiatives dans leur champ de compétence. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Climat organisationnel » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (C1, C2, C4, C5, C6)

30 Perception des employés sur la qualité de la supervision

Définition

Cette dimension renvoie à la capacité d'encadrement du travail et de support (entraide, ouverture) des superviseurs à l'égard des employés. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Climat organisationnel » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (C29, C30, C32, C33, C41, C42)

**C Satisfaction**

31 Satisfaction globale au travail des employés (%)

Définition

Cet indicateur permet de mesurer globalement la satisfaction des employés. Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Satisfaction au travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne (Accomplissement + Condition de travail + Reconnaissance + Supervision + Formation + Promotion et perspective d'avenir + Interrelations au travail+Qualité des soins)

32 Satisfaction des employés à l'égard de la nature du travail (%)

Définition

Cet indicateur présente la satisfaction des employés vis-à-vis des tâches et du travail réalisé ainsi que du niveau de responsabilité dans leur travail. Il se situe dans la sous-dimension «

Qualité de vie au travail/Satisfaction au travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (S1,S 2,S 3,S 4,S 5 etS 6)

33 Satisfaction des employés à l'égard des éléments relatifs aux conditions de travail (%)

Définition

Cet indicateur mesure le niveau de satisfaction des employés avec les conditions de travail en termes de règles et procédures, de sécurité et de temps de travail (surcharge).Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Satisfaction au travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (s7, s8, s9, s10, s11)

34 Satisfaction des employés à l'égard de la rémunération et de la reconnaissance(%)

Définition

Cet indicateur mesure le niveau de satisfaction des employés à l'égard de la reconnaissance générale de l'organisation vis-à-vis des employés qu'elle soit financière (rémunération) ou de l'ordre du symbolique.

Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Satisfaction au travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (s12, s13, s14 et s16)

35 Satisfaction des employés à l'égard du comportement et de la compétence des supérieurs

(%)

Définition

Cet indicateur mesure le niveau de satisfaction des employés vis-à-vis du comportement (reconnaissance, impartialité) et de la compétence de leur supérieur hiérarchique immédiat.

Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Satisfaction au travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

Relation à la performance

[+]

Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (s15, s17, s18)

### 36 Satisfaction des employés à l'égard du soutien à la formation (%)

#### Définition

Cet indicateur mesure le niveau de satisfaction des employés vis-à-vis des mécanismes de support et de formation continue fournis par l'organisation.

Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Satisfaction au travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

#### Relation à la performance

[+]

#### Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (s19, s20)

### 37 Satisfaction des employés à l'égard des perspectives de promotion et d'avenir dans l'organisation (%)

#### Définition

Cet indicateur mesure le niveau de satisfaction des employés vis-à-vis des opportunités de promotion et les perspectives d'avenir dans l'organisation.

Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Satisfaction au travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

#### Relation à la performance

[+]

### Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (s21 et s22)

## 38 Satisfaction des employés à l'égard des interrelations au travail (%)

### Définition

Cet indicateur mesure le niveau de satisfaction des employés par rapport aux relations professionnelles et humaines qu'ils entretiennent avec les autres membres de l'équipe de travail. Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Satisfaction au travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

### Relation à la performance

[+]

### Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (s23, s24, s25, s26, s27)

## 39 Satisfaction des employés à l'égard de la qualité de soins prodigués

### Définition

Cet indicateur mesure le niveau de satisfaction des employés par rapport à la qualité des soins techniques et de la qualité de la relation interpersonnelle avec les patients. Il se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Satisfaction au travail » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est positivement associé à la performance.

### Relation à la performance

[+]



### Méthode de calcul

Moyenne des résultats obtenus aux questions (28, 29, 30, 31)

## **D Réactions comportementales**

### 40 Taux de roulement - Global (%)

#### Définition

Le taux de roulement est le nombre de fonctionnaires (tout le personnel) qui ont laissé définitivement l'établissement pendant l'année à l'étude sur le nombre total de fonctionnaires que comptait l'organisation pendant la même période. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Réactions comportementales / Roulement des employés » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est négativement associé à la performance.

#### Relation à la performance

Normatif (médiane = 15,71)

[-]

#### Méthode de calcul

Nombre de départs en 2010

---

(Nombre d'employés en début d'année + nombre d'employés en fin d'année)/2

\* 100

#### 41 Taux de roulement - Médecins (%)

##### Définition


Le taux de roulement est le nombre de médecins qui ont laissé définitivement l'établissement pendant l'année à l'étude sur le nombre total de médecins que comptait l'organisation pendant la même période.

Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Réactions comportementales / Roulement des employés » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est négativement associé à la performance.

##### Relation à la performance

[-]

##### Méthode de calcul


$$\frac{\text{Nombre de départs chez les médecins en 2010}}{(\text{Nombre de médecin en début d'année} + \text{nombre de médecins en fin d'année})/2} * 100$$

#### 42 Taux de roulement - Infirmières (%)

##### Définition


Le taux de roulement est le nombre d'infirmières qui ont laissé définitivement l'établissement pendant l'année à l'étude sur le nombre total d'infirmières que comptait l'organisation pendant la même période.

Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Réactions comportementales / Roulement des employés » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est négativement associé à la performance.

### Relation à la performance

[-]

### Méthode de calcul


$$\frac{\text{Nombre de départs chez les infirmières en 2010}}{(\text{Nombre d'infirmières en début d'année} + \text{nombre d'infirmières en fin d'année})/2} * 100$$

### 43 Taux de roulement - Personnel administratif (%)


#### Définition

Le taux de roulement est le nombre de personnels administratifs qui ont laissé définitivement l'établissement pendant l'année à l'étude sur le nombre de personnels administratifs que comptait l'organisation pendant la même période. Cet indicateur se situe dans la sous-dimension « Qualité de vie au travail/Réactions comportementales / Roulement des employés » de la dimension « Maintien des valeurs » du modèle EGIPSS et est négativement associé à la performance.

### Relation à la performance

[-]

### Méthode de calcul


$$\frac{\text{Nombre de départs chez le personnel administratif en 2010}}{(\text{Nombre de personnel administratif en début d'année} + \text{nombre de personnel administratif en fin d'année})/2} * 100$$



## **ANNEXE 3 : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE VENTILÉS PAR CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE**

Lors du projet au Brésil, les données ont été présentées telles que dans la section précédente, en fonction de l'ensemble des employés d'un hôpital. Cependant, il est possible d'offrir d'autres options pour mieux comprendre la performance d'un établissement. En effet, il est envisageable d'étudier les données obtenues par les questionnaires selon différentes variables sociodémographiques, telles que l'ancienneté, le sexe, l'âge ou les catégories socioprofessionnelles. Cette dernière variable est particulièrement intéressante, car de nombreux travaux en psychologie et en sociologie avancent que les valeurs et la hiérarchie des valeurs devraient être différentes selon les catégories socioprofessionnelles. Ainsi, nous avons décidé de montrer à partir des résultats obtenus dans l'hôpital 6, le type de présentation de données qui pourraient être réalisées en utilisant les variables sociodémographiques. Nous ne portons pas de jugement de performance, le but ici est de montrer l'étendue des utilisations possibles de l'outil que nous avons élaboré.

## INTENSITÉ ET HIÉRARCHIE DES VALEURS

	Médecins				Infirmières				Cadres (supérieurs)				Personnels administratifs			
Individuelle	Moyenne	Hiérarchie	% de 4 occurrences	% de 0 occurrence	Valeur observée	Hiérarchie	% de 4 occurrences	% de 0 occurrence	Valeur observée	Hiérarchie	% de 4 occurrences	% de 0 occurrence	Valeur observée	Hiérarchie	% de 4 occurrences	% de 0 occurrence
<b>Imputabilité</b>	<b>0.96</b>	<b>5</b>	1.9	40	<b>0.73</b>	<b>5</b>	5.3	52.6	<b>2.08</b>	<b>3</b>	21.7	17.4	<b>1.76</b>	<b>4</b>	6.8	22.3
<b>Responsabilité l'égard de la santé de la population</b>	<b>2.28</b>	<b>2</b>	15.4	1.9	<b>2.78</b>	<b>1</b>	15.8	10.5	<b>2.3</b>	<b>1</b>	21.7	4.3	<b>2.53</b>	<b>1</b>	19.4	1
<b>Qualité technique des soins</b>	<b>1.01</b>	<b>3</b>	13.5	0	<b>2.15</b>	<b>3</b>	5.3	5.3	<b>1.86</b>	<b>4</b>	13	17.4	<b>1.64</b>	<b>5</b>	10.7	27.2
<b>Respect des patients</b>	<b>3.21</b>	<b>1</b>	48.1	1.9	<b>2.57</b>	<b>2</b>	15.8	0	<b>2.3</b>	<b>1</b>	4.3	0	<b>2.27</b>	<b>2</b>	21.4	6.8
<b>Accomplissement au travail</b>	<b>1.17</b>	<b>4</b>	1.9	28.8	<b>1.73</b>	<b>4</b>	0	10.5	<b>1.43</b>	<b>5</b>	0	26.1	<b>1.78</b>	<b>3</b>	8.7	17.5
<b>Organisationnelle</b>																
<b>Imputabilité</b>	<b>2,25</b>	<b>3</b>	25	13	<b>2,15</b>	<b>3</b>	32	26	<b>2,56</b>	<b>1</b>	30	13	<b>1,78</b>	<b>4</b>	12.6	18.4
<b>Responsabilité l'égard de la santé de la population</b>	<b>2,5</b>	<b>2</b>	19	8	<b>2,36</b>	<b>2</b>	10.5	10.5	<b>2,26</b>	<b>2</b>	17.4	0	<b>2,54</b>	<b>1</b>	20.4	1
<b>Qualité technique des soins</b>	<b>2,6</b>	<b>1</b>	13.5	4	<b>2,89</b>	<b>1</b>	31.6	0	<b>2,26</b>	<b>2</b>	17.4	8.7	<b>2,42</b>	<b>2</b>	18.4	6.8
<b>Respect des patients</b>	<b>1,8</b>	<b>4</b>	13.5	15.4	<b>1,84</b>	<b>4</b>	5.3	10.5	<b>1,69</b>	<b>4</b>	8.7	17.4	<b>1,94</b>	<b>3</b>	11.7	1,3
<b>Accomplissement au travail</b>	<b>0,8</b>	<b>5</b>	1.9	46.2	<b>0,73</b>	<b>5</b>	5.3	52.6	<b>1,21</b>	<b>5</b>	10.7	13	<b>52.2</b>	<b>5</b>	4,9	33

### **Intensité des valeurs individuelles**

- Les deux valeurs les plus valorisées par l'ensemble des catégories socioprofessionnelles sont le respect des patients et la responsabilité à l'égard de la santé de la population. Cependant il faut noter que ce sont les médecins qui semblent le plus valoriser la valeur respect des patients puisque la moitié d'entre eux (48%) l'a choisi à chaque fois qu'ils en avaient l'opportunité.
- La valeur imputabilité est la moins valorisée par les médecins et les infirmières, mais elle arrive en troisième et en quatrième position pour les cadres et le personnel administratif. D'ailleurs, 21% des cadres ont choisi de valoriser cette valeur chaque fois qu'ils en avaient l'occasion.
- Infirmières et Médecins sont donc en accord sur les trois valeurs les plus importantes. Deux d'entre elles se situent sur l'axe des soins (la qualité technique et le respect des patients).
- Concernant les cadres, deux des valeurs qu'ils valorisent le plus (responsabilité à l'égard de la santé de la population et imputabilité) se situent sur l'axe de la gestion.

### **Intensité des valeurs organisationnelles**

- Selon les quatre catégories socioprofessionnelles présentées, c'est la valeur qualité technique des soins qui est la plus valorisée au sein de l'organisation, mis à part les cadres supérieurs qui perçoivent que la valeur la plus importante pour l'organisation est l'imputabilité.
- La valeur respect des patients n'est pas perçue par les employés comme une valeur très valorisée par l'organisation, alors qu'elle est la priorité en termes de valeurs individuelles.
- La valeur accomplissement est perçue par toutes les catégories professionnelles comme la moins valorisée par l'organisation.
- Finalement, on peut noter qu'il n'y a pas d'opposition ou différence marquante entre les catégories socioprofessionnelles concernant leurs perceptions des valeurs organisationnelles.

## ACCORD SUR LES VALEURS INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES

Accord sur les valeurs individuelles (%)	Médecins	Infirmières	Cadres	Personnels administratifs
<b>Imputabilité</b>	<b>108</b>	<b>126</b>	<b>69.2</b>	<b>75.5</b>
<b>Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>	<b>47</b>	<b>30</b>	<b>46</b>	<b>49.5</b>
<b>Qualité technique des soins</b>	<b>46</b>	<b>46.8</b>	<b>68</b>	<b>80.9</b>
<b>Respect des patients</b>	<b>30</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>53</b>
<b>Accomplissement au travail</b>	<b>85</b>	<b>57</b>	<b>74.6</b>	<b>68.3</b>
Accord sur les valeurs organisationnelles (%)				
<b>Imputabilité</b>	<b>63</b>	<b>76</b>	<b>53</b>	<b>70</b>
<b>Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>	<b>45</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>40</b>
<b>Qualité technique des soins</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>53</b>	<b>47</b>
<b>Respect des patients</b>	<b>69</b>	<b>60</b>	<b>71</b>	<b>60</b>
<b>Accomplissement au travail</b>	<b>117</b>	<b>126</b>	<b>126</b>	<b>94</b>



<b>Accord sur la hiérarchie des valeurs individuelles et organisationnelles</b>				
	<b>Médecins</b>	<b>Infirmières</b>	<b>Cadres</b>	<b>Personnels administratifs</b>
<b>Accord sur la hiérarchie des valeurs individuelles</b>	<b>.345</b>	<b>.276</b>	<b>.044</b>	<b>.043</b>
<b>Accord sur la hiérarchie des valeurs organisationnelles</b>	<b>.164</b>	<b>.233</b>	<b>.136</b>	<b>.081</b>

#### **Accord sur les valeurs individuelles**

- La valeur recueillant le plus grand accord interindividuel est le respect des patients, sauf pour les infirmières qui ont un niveau d'accord plus important pour la valeur responsabilité à l'égard de la santé de la population.
- Les deux valeurs présentant le niveau d'accord le plus faible sont l'accomplissement au travail et l'imputabilité.
- Cependant on constate des différences importantes entre d'un côté les infirmières et les médecins, et de l'autre les cadres et le personnel administratif. En effet, les médecins et les infirmières présentent un haut degré d'accord sur la valorisation de la qualité technique. Par contre, l'imputabilité est la valeur où l'accord est le plus faible. Pour les cadres et le personnel administratif, l'accord interindividuel sur la valeur qualité technique et la valeur imputabilité sont presque semblables.
- Finalement, l'accord sur la hiérarchie des valeurs individuelles est très différent selon les catégories socioprofessionnelles. En effet, les médecins présentent un accord de .345, signifiant qu'ils ont un accord modéré sur la hiérarchie des valeurs individuelles. Ainsi, il y a une certaine homogénéité dans le système de valeurs des individus composant cette catégorie. À l'inverse, les cadres ainsi que le personnel administratif présentent un niveau d'accord interindividuel sur la hiérarchie des valeurs très bas. Cela signifie que ces catégories socioprofessionnelles ne sont pas très homogènes en termes de système de valeurs.

### **Accord sur les valeurs organisationnelles**

- Le niveau d'accord sur les valeurs organisationnelles pour les quatre catégories professionnelles est relativement similaire. On ne remarque pas de différences importantes entre les catégories professionnelles.
- Il semble exister un accord interindividuel important pour chaque catégorie professionnelle concernant la valeur qualité technique des soins.
- À l'inverse, le niveau d'accord est beaucoup plus faible pour la valeur accomplissement au travail.
- Finalement, l'accord sur la hiérarchie des valeurs organisationnelles est faible pour chacune des catégories professionnelles, mais particulièrement peu important pour le personnel administratif.

## CONGRUENCE ET DIVERGENCE DES VALEURS INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES

	Benchmark (moyenne des trois meilleurs résultats observés)	Médecins	Infirmières	Cadres	Personnels administratifs
<b>CONGRUENCE DES VALEURS INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES</b>					
<b>Congruence Imputabilité</b>	67,57	40	36	47	51
<b>Congruence Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>	63,77	59	42	60	66
<b>Congruence Qualité technique des soins</b>	67,47	80	47	43	51
<b>Congruence Respect des patients</b>	61,13	46	57	60	59
<b>Congruence Accomplissement au travail</b>	63,63	55	42	56	45
<b>Congruence totale</b>	61,03	56	44.8	53.2	54.4
<b>DIVERGENCE DES VALEURS INDIVIDUELLES ET ORGANISATIONNELLES</b>					
<b>Divergence Imputabilité</b>		19	21	13	10.7
<b>Divergence Responsabilité à l'égard de la santé de la population</b>		7	5	4	3
<b>Divergence Qualité technique des soins</b>		7	5	17	12.7
<b>Divergence Respect des patients</b>		17	0	4	7
<b>Divergence Accomplissement au travail</b>		5	1	8	9

### **Congruence des valeurs**

- On constate que la congruence totale entre les valeurs individuelles et organisationnelles pour l'ensemble des catégories professionnelles est modérée pour les médecins, les cadres et le personnel administratif, mais relativement faible pour les infirmières.
- Par ailleurs, on constate une très forte congruence médecins-organisations pour la valeur qualité technique des soins. De plus, cette congruence est beaucoup moins importante, voir assez faible, pour toutes les autres catégories socioprofessionnelles.
- Finalement, la valeur imputabilité est celle qui recueille la plus faible congruence individu-organisation parmi les catégories socioprofessionnelles.

### **Divergence des valeurs**

- On constate une forte divergence entre les valeurs individuelles et organisationnelles concernant la valeur imputabilité. Cette divergence est particulièrement importante pour les infirmières et les médecins où le taux de divergence est respectivement de 21% et 19%.
- Pour les médecins, cette divergence est également très forte pour la valeur respect des patients, qu'ils valorisent fortement, mais qu'ils perçoivent beaucoup moins valorisée par l'organisation. En comparaison, la divergence sur cette valeur entre la perception des valeurs organisationnelles et les valeurs individuelles est très faible pour les autres catégories, voir nulle pour les infirmières.

## CLIMAT ORGANISATIONNEL

	<b>Benchmark (moyenne des trois meilleurs résultats observés)</b>	<b>Médecins</b>	<b>Infirmières</b>	<b>Cadres</b>	<b>Personnels administratifs</b>
<b>Score global du climat organisationnel</b>	73	61	50	55	54
<b>Perception des employés de leur autonomie au travail</b>	77,4	68	55	59	58
<b>Perception des employés de la qualité du soutien organisationnel</b>	67,6	48	37	41	42
<b>Perception des employés sur la qualité de la supervision</b>	75,9	70	55	65	64
<b>Perception des employés de la qualité de la communication formelle et informelle dans l'organisation</b>	70	64	49	54	52
<b>Perception des employés de la qualité du leadership</b>	76,6	54	43	46	47
<b>Perception des employés de la qualité de la collaboration</b>	75,4	66	56	63	61

## SATISFACTION AU TRAVAIL

	Benchmark (moyenne des trois meilleurs résultats observés)	Médecins	Infirmières	Cadres	Personnel administratif
<b>Score global de satisfaction au travail</b>	66	54.3	49.7	48.9	52.8
<b>Satisfaction à l'égard de la nature du travail</b>	70.51	60.8	54.7	54.9	55.5
<b>Satisfaction des employés par rapport aux conditions de travail</b>	65.6	54.2	47.1	47.3	52,9
<b>Satisfaction à l'égard des éléments relatifs à la reconnaissance et de la rémunération du travail</b>	59.2	49.7	43.4	39.2	48.5
<b>Satisfaction à l'égard du comportement et de la compétence des superviseurs</b>	64.8	55.6	49.5	48.1	55.3
<b>Satisfaction à l'égard du soutien et de la formation</b>	56.8	44.2	41.2	38.9	45.3
<b>Satisfaction à l'égard de la qualité du travail</b>	66.9	50.5	56.2	46.8	51.6
<b>Satisfaction à l'égard des interrelations au travail</b>	68.4	58	53.5	58.4	59.1
<b>Satisfaction à l'égard de la promotion et des perspectives d'avenir</b>	59.3	47.9	39.4	41.8	39.6

### **Climat organisationnel**

- La perception du climat organisationnel est faible pour l'ensemble des catégories professionnelles. Néanmoins, la perception du climat organisationnelle est particulièrement mauvaise pour les infirmières. Les médecins sont ceux qui présentent la meilleure perception du climat organisationnel. Les différences entre les médecins et les autres catégories sont particulièrement criantes pour la satisfaction à l'égard de la qualité du travail, des conditions de travail et de la promotion et des perspectives d'avenir.
- Parmi toutes les composantes de du climat organisationnel, trois sont particulièrement inquiétantes, le soutien organisationnel, la communication et le leadership.

### **Satisfaction au travail**

- La satisfaction au travail est faible pour l'ensemble les cadres, les infirmières et le personnel administratif. Les médecins sont la seule catégorie à exprimer une satisfaction modérée.
- Parmi les facettes de la satisfaction, la satisfaction à l'égard de la reconnaissance du travail, le soutien organisationnel ainsi que la promotion et les perspectives d'avenir sont les plus critiques, et ce quel que soit la catégorie socioprofessionnelle.

