

Implication des Techniciens de laboratoires publics de biologie médicale à la démarche qualité

Involvement of public medical biology laboratory technicians in the quality approach

N'GUESSAN Kakou Emmanuel

Chercheur

Université Alassane Ouattara de Bouaké

UFR des Sciences Économiques et de Gestion

Laboratoire de Recherche en Sciences de Gestion des Entreprises

Côte d'Ivoire

SEFFON Souleymane

Enseignant-chercheur

École Supérieure du Commerce et d'Administration des Entreprises

Institut National Polytechnique Félix Houphouët Boigny

Laboratoire Droit, Économie et Gestion des Entreprises

seffonsouleymane@gmail.com

Côte d'Ivoire

KRAMO Kouadio Emmanuel

Enseignant-chercheur

École Supérieure du Commerce et d'Administration des Entreprises

Institut National Polytechnique Félix Houphouët Boigny

Laboratoire Droit, Économie et Gestion des Entreprises

Côte d'Ivoire

Date de soumission : 15/06/2025

Date d'acceptation : 08/08/2025

Pour citer cet article :

N'GUESSAN K. & al. (2025) «Implication des Techniciens de laboratoires publics de biologie médicale à la démarche qualité», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 8 : Numéro 3 » pp : 1453 – 1481

Digital Object Identifier : <https://doi.org/10.5281/zenodo.16813958>

Résumé

Les exigences actuelles des soins de santé administrés aux usagers, imposent aux pouvoirs publics de revoir leur politique de santé (Outmane, 2021 : 452). Ainsi, les ressources octroyées doivent permettre aux prestataires d'offrir aux bénéficiaires les soins respectant les normes internationales de la qualité comme le stipule l'Organisation Mondiale de la Santé. Le gouvernement ivoirien a alors entrepris des réformes dans le secteur de la santé. Ces réformes visent à être au même niveau que les hôpitaux certifiés.

Les autorités vont donc recourir à la démarche qualité. Et malgré les efforts considérables consentis par les autorités, le système de santé suscite de vives interrogations quant à l'effectivité de la mise en œuvre de la démarche qualité.

La présente étude s'intéresse à la relation entre l'implication organisationnelle des Techniciens de laboratoire, en lien avec le succès de la démarche qualité. À travers une approche qualitative, fondée sur un échantillon de 30 Techniciens, cette recherche vise à catégoriser ces derniers dans la mise en œuvre efficace de la démarche qualité.

Mots clés : Démarche qualité, Implication, Motivation, Technicien, Laboratoire de biologie médicale.

Abstract

Today's health care requirements for users mean that public authorities need to review their health policy (Outmane, 2021 :452). The resources allocated must enable providers to offer beneficiaries care that meets international quality standards, as stipulated by the World Health Organization. The Ivorian government has therefore undertaken reforms in the health sector. The aim of these reforms is to be at the same level with certified hospitals.

The authorities therefore resorted to quality approach. And despite the considerable efforts made by the authorities, the health system is still raising serious questions about the effectiveness of the quality approach.

This study examines the relationship between the organizational involvement of laboratory technicians and the success of the quality approach. Using a qualitative approach based on a sample of 30 Technicians, this research aims to categorize them in the effective implementation of the quality approach.

Key words : Quality approach, Involvement, Motivation, Technician, Medical biology laboratory.

Introduction

Les exigences des partenaires internationaux en matière de santé et l'évolution des sciences de la santé mettent en exergue des difficultés des pouvoirs publics puis apporte un bouleversement dans le secteur hospitalier (Dumas & Ruiller, 2011). Ainsi ces problèmes relatifs aux organisations publiques de santé sont devenus très embarrassants pour les pouvoirs publics (Chahouat & Kirimi, 2019). Ces pouvoirs recherchent des pratiques managériales éprouvées (Peretti, 1994), car nécessaire pour impulser les ressources humaines sachant que la crise des ressources humaines pour la santé est mondiale (Claveranne, 2003, Damase, 2011 ; Pierru, 2012). Et le milieu hospitalier n'échappe pas aux changements (Outmane, 2021).

Le recours aux outils de gestion antérieurement réservés au secteur privé dans l'objectif d'assurer une gestion efficace et efficiente des hôpitaux publics (Kervasdoué, 2004) est donc indispensable. On va donc rechercher une organisation performante sachant que l'organisation performante se résume à l'idée de réussite ou de succès de celle-ci (Boyer, 1999 ; Mamboundou, 2003). La structure performante renvoie à l'idée de l'atteinte des objectifs conformément à la qualité du service, à la mobilisation des employés, à la productivité et à la satisfaction de la clientèle (David, Kaplan, Norton & Robert, 1992).

Ainsi l'organisation végète sans les ressources humaines compétentes capables d'innover notant que ces ressources sont les plus importantes de l'organisation (Sivanessan & Vivekanantha, 2016). L'introduction de nouveaux outils doit donc rencontrer l'assentiment de ce personnel afin de satisfaire les usagers (Bédé, Bédé, Fiorello & Maumon, 2012).

Avec toutes ces réformes entreprises par le gouvernement ivoirien aux niveaux structurel et personnel, pourquoi l'implémentation de la démarche qualité ne réussisse-t-elle pas dans les laboratoires médicaux publics ?

Quelle est la catégorie du personnel qui compose les Techniciens de laboratoire acteurs clés de la démarche qualité dans ces laboratoires ?

L'objectif de notre étude est de comprendre le comportement des Techniciens de laboratoire dans son implication au succès de la démarche qualité. Nous nous servons de la théorie de l'implication organisationnelle telle que développée par Allen et Meyer (1991). Nous déduisons nos propositions selon lesquelles les dimensions de l'implication organisationnelle induisent un changement de comportement.

Par une étude qualitative, nous constituons un échantillon de 30 techniciens de laboratoire régulièrement affectés dans les laboratoires médicaux des Centres hospitaliers et universitaires de Côte d'Ivoire ayant déjà participé à la démarche qualité.

Notre démarche vise à établir un lien entre le comportement des différentes catégories de techniciens de laboratoire et leur degré d'implication dans l'utilisation de l'outil de gestion.

Afin d'atteindre l'objectif de ce travail, nous adoptons le plan suivant :

D'une part nous présentons le cadre théorique et conceptuel de l'étude et d'autre part l'étude empirique et étude de cas. Ensuite nous dégagons les principales limites et donnons la conclusion afin d'aboutir aux perspectives d'évolutions.

1. Le Cadrage théorique

1.1. Le fondement de la qualité

La qualité est une notion complexe, ancienne et sujette à débats sémantiques (Cluzel-Métayer & Sauviat, 2016). Ses origines remontent à l'Antiquité, mais la démarche qualité en tant que telle émerge avec la production industrielle de masse dans les années 1920 (Martinez, 2001). Selon la norme ISO 8402, elle désigne l'aptitude d'un produit ou service à satisfaire les besoins exprimés ou implicites des utilisateurs. La qualité connaît quatre étapes : la première est la standardisation de fabrication qui commence avec l'industrialisation du début du XXe siècle. La production artisanale est remplacée par des procédés industriels. Ce procédé connaît une impulsion sous Taylor. À la suite de cette étape, vient celle de la maîtrise de la qualité qui va se développer pendant la Seconde Guerre mondiale (1940-1945). La production militaire massive pousse au développement du contrôle statistique. Ce changement introduit le concept d'assurance qualité, grâce aux travaux de Shewhart et Deming c'est-à-dire la réponse aux besoins explicites.

Après-guerre, la hausse de la consommation modifie les attentes des clients, qui recherchent un meilleur rapport qualité/prix. Le modèle japonais révolutionne la qualité par l'introduction de sept outils de base inspirés des samouraïs, complétés plus tard par les outils de management de la qualité (OMQ) et le QFD (Quality Function Deployment) pour explorer les besoins latents des clients.

Parallèlement, en Europe, le début euphorique qualité échoue avec les tentatives de cercles de qualité et de management participatif. C'est l'étape du concept de satisfaction des besoins explicites avec la maîtrise des processus de production (Hamalian, 1996). Puis vient enfin la quatrième étape qui se résume à la satisfaction des besoins implicites ou management qualité.

Pendant cette étape, la qualité devient un véritable révélateur des besoins non exprimés des clients et donc l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et implicites (Norme ISO 8402). Pendant cette période apparaît le benchmarking.

1.2. Les bases de la démarche qualité

La démarche qualité repose sur trois grands types de référentiels (Fourcade, 2001 : 30) qui sont entre les référentiels normatifs qui se retrouvent dans tous les secteurs d'activités et ne sont pas spécifiques à un métier donné. Ce sont les normes ISO 9000. Ces bases ont été créées par Deming et Juran en 1945, aux Etats-Unis. Le référentiel ISO 9000 comporte trois niveaux qui sont : la norme ISO 9003 situe la responsabilité de la direction, la formation du personnel et les différents travaux manutentionnés, les revues de contrats et documents, les équipements et essais jusqu'au produit final. La norme ISO 9002, englobe aussi les exigences de la norme ISO 9003, spécifie les exigences relatives aux achats et le service puis les processus de fabrication. La norme ISO 9001 comporte les exigences qualités à la conception pour la satisfaction des clients en plus des exigences des normes ISO 9003 et ISO 9002.

À ces normes, il faut ajouter :

La norme ISO 9004, qui représente un guide pour l'amélioration des performances et la mise en place d'une démarche qualité totale dont les principaux aspects se retrouvent l'EFQM¹ ;

La norme ISO 9000-1, qui fournit les lignes directrices, les termes et vocabulaire pour la sélection et l'utilisation des normes de la famille ISO 9000 ;

La norme ISO 19011 présente les conseils pour l'audit qualité et le système de management de l'environnement (SME) ;

Les normes ISO 9000 ont connu une évolution ; la première publication remonte en 1987.

La première révision a commencé en 1991 et a pris fin en 1994 ensuite la deuxième révision en 2000 et elle a concerné les normes ISO (9000, 9001 et 9004). La troisième révision est survenue en novembre 2008 avec la norme ISO 9001. La quatrième révision avec la norme ISO 9004 en novembre 2009. La cinquième révision a concerné la norme ISO 19011 et ce, en novembre 2011. La sixième et dernière révision pour l'heure a intéressé les normes ISO (9000, 9001) et s'est passé en septembre 2015. « *Le résultat de la mise en place d'une démarche qualité sur ce*

¹ EFQM : European foundation for quality management ou fondation européenne pour le management de la qualité, créée en 1988. Elle s'est donnée l'ambition d'accroître la compétitivité, stimuler et développer la position des entreprises européennes.

référentiel normatif conduit à la délivrance par un organisme indépendant d'un certificat valable plusieurs années » (Fourcade, 2001 : 30).

Les référentiels incitatifs suscitent une mobilisation volontaire et valorisent le travail en équipe en instituant un prix récompensant le plus grand nombre. Ce référentiel touche aussi les établissements de santé cas du PIQ (Prix ivoirien de la qualité).

Les référentiels professionnels à la différence des référentiels normatifs et incitatifs, sont spécifiques d'un métier donné. On distingue des référentiels transversaux relativement aux hôpitaux et les référentiels de spécialité par rapport à une spécialité médicale ou à une catégorie professionnelle. L'utilisation de référentiel professionnel « transversal » permet aux établissements se doter de moyens et structures et appartiennent donc aux référentiels d'accréditation. Ce référentiel va définir les exigences qui couvrent l'ensemble des établissements publics et privés de santé.

- **Les outils du management de la qualité**

Il existe de nombreux outils dans le système de management de la qualité. Notre objectif ici n'est pas d'énumérer tous les outils mais d'en citer quelques-uns afin que le gestionnaire puisse avoir une brève connaissance et d'en approfondir s'il voudrait bien les utiliser ultérieurement. Ces outils ci-dessous représentent la deuxième génération utilisée dans les années 1970. Les plus courants (Hamalian, 1996 :16) sont : Le KJ² ou diagramme des affinités qui répond à la question « Quoi ? », le diagramme des inter-relations qui répond à la question « Pourquoi ? », le diagramme en arbre qui répond à la question « Comment ? », le diagramme en flèche qui répond à la question « Quand ? », le diagramme matriciel à la base QFD (Quality function deployment ou déploiement de la fonction qualité), le diagramme de décision, l'analyse factorielle.

Ces outils ci-dessus énumérés sont très usités dans les organisations et leurs choix se font selon objectifs que le manager se fixe afin d'en tirer les meilleurs profits. Notons toutefois que ces outils ne s'utilisent pas forcément de manière cumulative mais peut se faire séparément.

1.3. Les principes du management de la qualité

La règle d'or se résume dans les 7 principes de la qualité que sont (Norme ISO 9000 :2015) :

² Cet outil a été mis au point par l'anthropologue Kawita Jiro dans les années 60. Il est également appelé diagramme KJ, des initiales de son créateur. Le KJ permet d'identifier l'origine d'un problème en se basant sur les faits et d'identifier des priorités.

• Orientation client

L'orientation client est le leitmotiv de toute organisation (Kennedy, Christie-Blick & Sohl, 2002). Elle se caractérise par un ensemble de croyances qui privilégie l'intérêt afin de garantir la profitabilité de l'organisation (Deshpandé, Farley & Webster, 1993).

• Leadership

Le leader est le cadre de proximité qui motive ses collaborateurs (Bobin, 2009). Celui-ci peut avoir les trois caractéristiques cumulatives suivantes (De Miribel, 2016) : Leader responsable qui occupe la position de chef dans l'organigramme et effectif qui prend véritablement les décisions puis psychologique qui influence les membres de son groupe.

• Implication du personnel

Troisième principe de management de la qualité, il se définit comme la capacité de l'encadrement à mobiliser de l'énergie des membres dans un projet défini (Nesme, 2016).

• Approche processus

Selon la norme (ISO 9000 : 2015), les processus sont des « *ensembles d'activités corrélées ou interactives qui transforment des éléments d'entrée en éléments de sortie* ». Cette approche trouve son intérêt dans les exigences et les documents à créer et à gérer comme traces de chaque activité, et à construire un plan de classement des données (Brahim, 2016 :37).

• Amélioration (PDCA)

La démarche d'amélioration continue de la qualité résumée dans la roue de DEMING (Plan, Do, Check, Act) est un atout pour la dynamique organisationnelle. Elle repositionne les usagers ou clients au cœur des problématiques institutionnelles et permet une approche réaliste des initiatives (Eynard, Piou & Villez, 2009).

• Prise de décision fondée sur des preuves

Euclide³ disait que ce qui est affirmé sans preuve peut être nié sans preuve. C'est dans ce sens que dans la démarche qualité *"les documents d'activité constituent des preuves autant que des actifs dans les organisations. Ce principe est largement relayé dans les normes sur le sujet qui mettent en évidence que la qualité passe nécessairement sur le fait de s'appuyer sur des preuves pour prendre des décisions"*. (Cottin, 2016 : 41).

³ Euclide dit Euclide d'Alexandrie, est un mathématicien de la Grèce antique, auteur d'un traité de mathématiques, il a vécu vers 300 avant notre ère. Pris sur le site [https://stm.cairn.info > petites-hist.](https://stm.cairn.info/petites-hist.), consulté le 03/08/2025.

• **Management des relations avec les parties intéressées.**

Les parties prenantes sont constituées par « tout groupe ou individu qui affecte ou est affecté par la réalisation des objectifs de l'entreprise » (Freeman, 1984). L'organisation prend en compte les revendications importantes des parties prenantes pour sa survie (Donaldson & Grant-Vallone, 2002). La prise en charge du patient répond à un process mettant en place une multitude d'acteurs (Franchistéguy, 2001). Et son déploiement efficace fait appel aux outils initialement réservés aux entreprises privées d'où la mobilisation du New public management pour la qualité des services offerts aux usagers (Domberger & Hall, 1996).

1.4. Le fondement du New public management

Le Nouveau Management Public (NPM) est un concept issu d'évolutions diverses impliquées dans plusieurs pays. Il regroupe des approches de gestion visant à améliorer la performance des organisations publiques (Dufour & Gow, 2000). Osborn et Gaebler (1992) renchérissent ce concept de NPM et galvanisent les dirigeants de l'administration publique afin de réduire l'écart qui les éloigne des usagers.

1.4.1. Les différents types de New public management

Il y a quatre modèles dans le mode de gestion relatif au NPM (Ferlie, 1996).

Le premier modèle met en exergue l'efficacité organisationnelle et se distingue par un contrôle hiérarchique strict ;

Le deuxième modèle, à l'opposé du premier, atténue la rigidité de la structure organisationnelle par une décentralisation mais institue un contrôle des contrats et institue une réduction des effectifs ;

Le troisième modèle prône l'innovation et développe une culture d'excellence au sein de l'administration publique ;

Le quatrième modèle accorde une plus grande décision aux usagers et met un accent particulier sur le caractère distinct des services publics.

L'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle tout comme les organismes d'activité sociale (Mintzberg, 1998). Le choix de la démarche qualité dans les hôpitaux publics peut donc permettre un décloisonnement avec une mutualisation des ressources passant d'une phase administrative à une phase pan-organisationnelle. La démarche qualité devient ainsi un outil transversal dans toutes les organisations publiques et privées pour la qualité des services.

1.4.2. La Relation Démarche qualité et le New public management

Le NPM a succédé à de nombreuses réformes comme la Rationalisation des choix budgétaires (RCB) en 1960 en France et le Planning programming budgeting (PPBS) en 1961 aux États-Unis. Dans les pays comme le Japon, l'émergence du NPM répond à une inefficacité du secteur public. Le NPM a été adopté au Royaume-Uni et en Nouvelle Zélande pour résoudre les crises financières récurrentes puis au Canada, pour résorber les crises économiques et enfin en Italie pour s'attaquer aux crises politiques.

La démarche qualité est un moyen pour le NPM pour résoudre ces crises. Elle impose dans son objet une amélioration continue. Quand bien même, le collectif NPM-Démarche qualité n'est pas exempt de critique, de nombreux chercheurs s'accordent pour vanter la mise en œuvre de ce complexe qui se caractérise par ce qu'on appelle les 3 E (Urio, 1998), c'est-à-dire « Économie, Efficacité, Efficience » opposée à l'administration wébérienne.

Tableau 1 : Comparaison de l'administration publique et du NPM-Démarche qualité

	Administration publique	Administration Complexe NPM-Démarche qualité
Objectifs	Respecter les règles et les procédures	Atteindre les résultats, satisfaire le client (Usager)
Organisation	Centralisée (Hiérarchie fonctionnelle, pyramidale)	Décentralisée (Délégation de compétence, structuration en réseau, gouvernance)
Partage des responsabilités Politiciens/administrateurs	Confus	Clair
Exécution des tâches	Division, parcellisation, spécialisation	Autonomie
Recrutement	Concours	Contrats
Promotion	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	Avancement au mérite, à la performance
Contrôle	Indicateurs de suivi	Indicateurs de performance
Type de budget	Axé sur les moyens	Axé sur les objectifs

Source : « Le nouveau management public : avantages et limites », Amar A., Berthier L, Gestion et Management Publics, vol.5, Décembre 2007, page 3

Ce tableau résume les distinctions majeures entre l'administration publique wébérienne et l'administration qui s'appuie sur le NPM. L'administration wébérienne est mécanique dans son environnement et ne donne pas une autonomie aux acteurs de rechercher le challenge. Il n'y a aucun indicateur de performance pour suivre les objectifs qui d'ailleurs sont inexistants. C'est

plutôt une gestion formaliste avec le respect de "la notice" comme si c'était un médicament. Aujourd'hui avec les exigences du système de santé imposées par l'OMS, ces approches sont caduques, remises en cause et révoquées (Douguet, Dumas & Muñoz, 2013).

L'avancement ne repose pas sur le mérite dans l'administration publique webérienne mais sur l'ancienneté contrairement au NPM qui valorise le mérite et la performance (Pesqueux, 2024).

1.5.Le fondement de l'implication

Le concept a été introduit dans les recherches scientifiques par Foote (1951). Il l'a utilisé pour examiner la manière dont les actifs initient et maintiennent les lignes d'activités. Aujourd'hui ce concept n'échappe plus aux chercheurs du monde entier (Hennequin, 2011).

L'implication est une notion plurielle comportant plusieurs formes (Morrow, 1983) et la littérature ne s'accorde pas sur une définition ((Malki, El Amili & El Khourchi, 2021).

Notons toutefois qu'implication et engagement sont des mots interchangeables ainsi en lieu et place d'implication plusieurs chercheurs utilisent engagement (Fournier, 2015).

L'implication est concomitamment un antécédent de la motivation et une conséquence de la satisfaction (Ismail & Razak, 2016 ; Thévenet, 2002). Le succès de la démarche qualité repose sur l'implication des acteurs (Bédé, Bédé, Fiorello & Maumon, 2012). Il faut la maîtrise de son travail dans un nouvel environnement à modifier (Bernoux, 1982). Cependant il y a plusieurs formes d'implication.

1.5.1. Les différentes formes de l'implication organisationnelle

Nous évoquons d'une part les principes du management de la qualité et d'autre part la gestion pour comprendre le comportement des principaux acteurs. C'est donc le croisement des définitions d'une notion (implication) selon deux approches : Management de la qualité et Gestion des ressources humaines.

• Implication selon le management de la qualité

Le concept de l'implication fait partie intégrante de l'outil de gestion. Il est le troisième principe de management de la qualité après l'orientation client et le leadership (Norme ISO : 2015). Nesme (2016) se pose la question de savoir si l'adoption de la démarche qualité est une question d'implication. Et continuant son analyse, elle écrit que l'échec de l'adoption de cet outil se justifie par une absence d'implication des collaborateurs.

Le premier et deuxième principe de l'implication du personnel dans le management de la qualité renvoie à la théorie de fixation des objectifs décrits par Locke (1968). La gestion nous montre les limites de la fixation des objectifs et la manière dont le personnel doit être impliqué selon le

système de management de la qualité (SMQ). Car, la référence à la fixation des objectifs seulement ne saurait impliquer les individus (Limite de la théorie de la fixation des objectifs). Le deuxième principe évoque l'implication du personnel sans en préciser les modalités, tandis que la gestion des ressources humaines propose des théories expliquées montrant clairement comment y parvenir.

Les troisième, quatrième et cinquième principes relatifs au développement personnel et la confiance font appel aux théories basées sur la satisfaction des besoins et celle de l'autodétermination. Ces principes, pilier de l'implication du personnel dans le management de la qualité, se retrouvent presque dans les théories de l'implication.

• **Implication selon la Gestion des ressources humaines**

Nous avons ci-dessus situé les différentes approches de l'implication. Mais force est de constater que l'implication est un concept pluriel et difficile à définir au point où Thévenet dit « *il y a trop plein de définitions* » Thévenet (1992 : 11). Cette idée est soutenue par Saleh et Hosek (1976) qui soutiennent que c'est un terme polysémique. Nous retenons récurrents dans les articles scientifiques (Brasseur, 1993) : l'implication affective, l'implication cognitive, l'implication normative.

✓ **L'implication affective**

Elle rappelle l'affection qu'on a pour une chose, c'est-à-dire une dimension qui relève des sentiments, « *une orientation affective* » (Eline, 2009 : 19), un attachement émotionnel et psychologique. Cette dimension de l'implication déclenche chez le travailleur, le désir de rester dans l'organisation et y être membre pour l'amour manifesté dans l'acceptation des valeurs (Allen & Meyer, 1990). C'est donc une adhésion à la politique de l'organisation. C'est un "mariage" du fait que c'est un lien qui s'établit entre les deux entités (Mowday, Porter & Steers, 1979). D'un côté nous avons le salarié, d'un autre l'organisation : les deux "personnes" se "marient" (personne physique et personne morale). Ces personnes sont prêtes à allier compromis et contraintes imposés par l'organisation (Clergeau, Detchessar, Dumond, Devigne, Honoré & Journé, 2000). Mais le Technicien serait-il guidé par cette implication pour le succès de la démarche qualité ?

✓ **L'implication calculée, cognitive ou continue**

Cette notion se traduit par l'engagement du salarié de rester ou partir par rapport à un ratio (Becker, 1960). Cette situation se matérialise par les gains ou les pertes en restant ou partant de l'organisation. Toutefois ce choix peut engendrer un conflit intrapersonnel (Hellriegel, Slocum & Woodman, 2005). Il ne dépend pas seulement d'un jugement personnel (Meyer & Allen,

1991) car le départ du salarié d'une organisation dépend de plusieurs facteurs endogènes ou exogènes. Cependant l'intérêt personnel contrôle la volonté de partir de l'organisation. Il s'ensuit donc des sacrifices liés au coût de départ mais aussi au manque de trouver un emploi. Ceci peut être une fausse espérance (Roussel, Rojot & Vanderberghe, 2009 : 280). Le personnel des laboratoires de biologie médicale, étant des fonctionnaires sont soumis à ce dilemme qu'on appelle "le dilemme du prisonnier » (Hellriegel, et al., 2005 : 503). Ces derniers vont-ils partir ou rester ?

✓ **Implication normative**

Cette implication résulte du sentiment d'obligation dû aux normes personnelles, sociales et morales. Elle associe intérêts personnels et organisationnels et est de nature aliénante (Lourel & Gueguen, 2007). Cet aspect caractérise le respect des textes et règlement à l'égard de son organisation. Le salarié développe à l'égard de celle-ci un respect fondé sur les conventions sociales (Paillé & Yanat, 1999). Pour lui, il est bon et normal d'agir ainsi sans impérativement privilégier un but lucratif. La personne agit dans l'intérêt de l'organisation. Il est un altruiste de son organisation (Fournier, 2016). Ainsi l'altruisme fait appel au désintéressement prôné par le service public (Hondegheem & Vandenabeele, 2005). Cette implication fait appel au sens du devoir et prend en compte les pressions exercées par les normes du travail. La démarche qualité imposant des textes écrits, régule le comportement de l'individu qui agit pour cause de devoir conformément à la prescription de l'organisation (Allen & Meyer, 1990).

Il faut signaler qu'il y a une difficulté à différencier implication normative et implication affective (Paillé, 2005). Au regard de notre étude exploratoire, nous choisissons les différentes dimensions de l'implication qui seront soumises aux Techniciens de laboratoire de biologie médicale inclus dans notre étude et retiendrons celle qui sera manifeste dans l'implication du personnel à la démarche qualité.

2. Implication organisationnelle et politique de l'organisation : les liens

Plusieurs chercheurs ont abordé le changement de la politique organisationnelle à travers l'implication organisationnelle (Andy, 2016 ; Damase & Agonhossou, 2011 ; Eline, 2009).

Considérée comme un domaine aux multiples dimensions (Eline, 2009 : 18), l'implication organisationnelle a été appliquée dans divers secteurs (hospitalier, agricole, éducatif, sanitaire) pour apporter des changements significatifs au sein du personnel et des organisations.

Ainsi les travaux les plus connus sont ceux de Meyer et Allen (1991) qui ont développé un cadre de l'implication organisationnelle comprenant trois dimensions : normative, affective, calculée.

2.1. Implication normative

La plupart des maladies proviennent de l'alimentation (OMS, 2018). Ainsi les autorités publiques en France comme partout ailleurs ont adopté plusieurs principes et ont instruit les sociétés de production à améliorer leur technique de production agricole pour la préservation de la santé de la population (Gassin, Arcella, Titz, Sheve, Ramsay & Kalaitzis, 2012). La population a aussi changé ses habitudes alimentaires pour le choix des produits dits « Bio ».⁴ L'implication normative résulte d'une dissonance entre l'intention de partir ou de rester dans l'organisation devant cette nouvelle innovation qu'est la normalisation de l'agriculture "Bio". L'idéologie environnementale constitue dès lors un vecteur d'implication, dans la mesure où les salariés adhèrent à cette approche de travail avec altruisme (Eline, 2009). Ainsi, l'implication organisationnelle des salariés dans sa dimension normative à travers le cahier de charge a trouvé son intérêt dans les organisations agroalimentaires. L'essor de la demande en produits "Bio" constitue pour les responsables de ces organisations une opportunité. Cette demande a favorisé l'augmentation des surfaces cultivables (Carnet de l'Agence Bio, 2016). Les salariés adhèrent donc aux normes "Bio" qui deviennent pour les salariés un objet de valorisation. Cette agriculture prend en compte la pérennité de l'emploi d'où l'intérêt des travailleurs. In fine bien qu'adhérant au projet "Bio", celui-ci pris à part ne peut en constituer le seul élément de l'implication. Les salariés s'en remettent donc au dirigeant qui saura trouver les stratégies de cette politique de production. Les salariés acceptent pour l'intérêt de ces normes bio de s'impliquer dans la production.

L'Afrique n'est pas en reste avec 24,4% d'augmentation des surfaces consacrées à cette agriculture⁵. La croissance de la consommation de produits biologiques constitue une opportunité d'investissement.

Dès lors les chercheurs s'intéressent à l'agriculture "Bio", en raison de sa pertinence dans le contexte actuel du développement durable, tel que souligné dans la Déclaration d'Oslo.

Les recherches menées par Renaud (2004), axées sur la promotion d'un management environnemental intégrant l'ensemble des ressources humaines, n'ont pas suffisamment pris en compte la question de l'implication organisationnelle. Néanmoins l'implication du personnel a suscité un vif intérêt et est devenu un indicateur d'efficacité du management (Mathieu & Zajac, 1990) dans la plupart des domaines.

⁴ <https://www.fao.org/4/w0073f/w0073f05.htm>, site consulté le 24/04/2024 à 16h10

⁵ <https://www.agenceecofin.com/actualites>, site consulté le 24/04/2024 à 17h30

L'implication normative influence donc positivement le comportement des salariés.

2.2. Implication affective

Les travaux de Konovsky et Cropanzano (1991) ont montré que l'implication dans sa dimension affective pouvait induire la performance en termes de qualité de service perçue et de satisfaction des usagers (Frey & Osterloh, 2013). En d'autres termes, les travailleurs mus par une implication affective contribuent énormément à la réalisation de la politique de l'organisation. Cette même dimension affective a trouvé au niveau du personnel son adhésion à la vision stratégique de l'organisation (Julien, 1994) dans l'agriculture "Bio". On assiste ainsi « à l'affichage de la responsabilité sociale pour une entreprise qui conduit tant ses dirigeants que ses salariés à en être, chacun à son niveau, les porteurs » (Grima & Muller, 2006 : 180). C'est ainsi que les salariés se voient au travers de cette organisation en accordant leur service de façon inconditionnelle (Hellriegen, Slocum & Woodman, 2005) créant ainsi une prédisposition affective. Et ceci répond à l'acceptation de la déclaration écologique du management (Thévenet, 1992). Cet échange naturellement va atteindre sa cible (Koenig, 1997) qui est le partage de l'information et l'acceptation de la vision du promoteur qui est la promotion de l'agriculture bio. Les salariés acceptent de manière inconditionnelle la politique de l'organisation. Ainsi nous voyons que la dimension affective affecte positivement le comportement des salariés.

2.3. Implication calculée

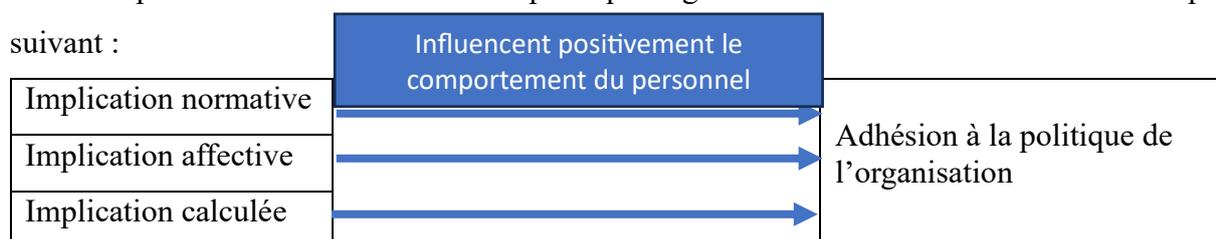
La dimension calculée se manifeste chez les salariés à travers les bénéfices qu'ils retirent de leur engagement dans la certification de l'agriculture bio (Becker, 1960). Abandonner cet emploi serait un gâchis. Rien ne saurait justifier le départ de l'organisation qui d'ailleurs ne garantit pas l'alternative de trouver un autre emploi aussi valorisant que celui-ci.

Cette implication a été étudiée dans l'administration publique béninoise chez les infirmiers (Agonhossou & Godonou, 2011). Dans une étude qualitative il considère l'implication calculée et montre comment cette dimension induit un changement de comportement et d'attitude chez ce personnel. Cette recherche a été suscitée par l'observation des comportements de cette catégorie de personnel qui s'adonne à des comportements contraires au code éthique de leur profession. Ils ne remplissent pas correctement leur devoir de service public. Il apporte une réponse et comble un vide en la matière dans le milieu des infirmiers. Il montre que dans le secteur de santé au Bénin, la dimension calculée est la plus dominante compte tenu de la réalité du marché du travail. Ils affirment avoir des problèmes de survie s'ils décident de quitter l'hôpital. Donc rester à l'hôpital est un besoin de nécessité et ils n'envisagent pas de partir

puisque rien n'est sûr dans l'alternative de trouver un autre emploi. Cette dimension calculée est donc vérifiée chez le personnel paramédical.

Si de nombreuses recherches empiriques montrent une absence de corrélations entre la dimension calculée et la performance (ce que Agonhossou et Godonou ont pris en compte), il n'y a pas encore de nombreuses recherches montrant la dimension calculée comme une variable pouvant faire adopter un outil de gestion, la démarche qualité.

Il existe un lien entre l'implication organisationnelle dans ses dimensions affective, calculée et normative sur le comportement des employés. Ces dimensions sont donc utilisées par la direction pour introduire une nouvelle politique organisationnelle d'où le modèle théorique suivant :



3. Méthodologie

Nous avons réalisé une étude de cas qui est une démarche pertinente pour « *expliquer un phénomène dans son environnement naturel* » (Thietart, et al., 2014 :177). Cela permet de comprendre le comportement des Techniciens de laboratoires médicaux publics travaillant dans tous les cinq Centres hospitaliers et universitaires (CHU) de Côte d'Ivoire. Afin de réduire les biais, notre investigation a commencé par une enquête exploratoire pour connaître le terrain et rassurer les enquêtés sur l'étude. Une visite régulière de trois années sur le terrain a permis de nous familiariser avec le personnel pour ne pas l'influencer (Tiffany, 2016 : 189).

Un échantillonnage raisonné de 30 personnes sur 93 selon la diversité a été choisi. Cette diversité a pris en compte le diplôme, la qualification, l'inscription dans une université ou exclu. Ces entretiens ont duré environ 1h avec chaque investigué. L'échantillon a été reparti en trois classes en raison de 6 (2 nouveaux bacheliers, 2 continuant les études, 2 exclus des universités). Nous pouvons prendre 15 à 30 entretiens (Bernard, Killworth, Kronenfeld & Sailer, 2003) et Dépelteau (2010) dit que 30 suffisent.

Ces entretiens semi-directifs ont concerné leurs implications puis la politique qualité relative de la structure. Les entretiens ont été retranscrits fidèlement dans leur intégralité grâce aux enregistrements par smartphone. Le fichier ainsi enregistré a permis de constituer un verbatim originel qui a servi de base de données pour l'étude.

De par notre position de membre de l'organisation, nous avons été participant-observateur qui se caractérise par un compromis d'autant plus que le chercheur est autorisé par l'organisation à mener ses recherches. Il n'est pas dans une position de neutralité car son statut de membre vient en amont sur celle de chercheur. Il s'expose alors à la réactivité (humeurs) des investigués. Des documents ont été consultés afin de recueillir les données internes et externes de l'organisation. Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu à l'aide du logiciel de traitement de données qualitatives MAXQDA. Pour ce faire, les données enregistrées ont d'abord été transcrites sous le format Word et importées dans le logiciel. Elles ont été ensuite classées en fonction des catégories sus-citées : deux nouveaux bacheliers, deux exclus des universités et deux continuant les études, soit trois classes. Cette répartition répond à la configuration de la population mère des Techniciens de laboratoires exerçant dans les CHU.

Mais avant d'importer les données dans le logiciel, il y a eu une catégorisation qui a consisté à construire une grille d'analyse composée de critères et d'indicateurs que l'on appelle les catégories d'analyse. Étant donné que notre étude est inscrite dans l'approche déductive, ces catégories d'analyse ont été construites d'avance sur la base des objectifs de notre étude. Ensuite s'en est suivi le codage des données qui a consisté à un processus dont le but a été d'explorer ligne par ligne, étape par étape, les données transcrites importées dans le logiciel. Nous avons fait donc un codage fermé puisque dans notre démarche. Les données ont été utilisées pour valider ou tester les idées contenues dans les catégories d'analyse. Ainsi, cette activité a consisté à décrire, classer et transformer les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse.

Les codes utilisés pour faire cette analyse sont : l'implication calculée, normative, calculée et la démarche qualité. Ces codes ont été construits à partir des guides d'entretien qui ont servi à la collecte des données en lien avec les catégories d'analyse. Ainsi les données étant dans le logiciel, nous avons identifié dans un premier temps grâce à une lecture minutieuse des données les idées contenues dans le corpus des données qui rendaient compte d'un code. Ensuite grâce au logiciel, nous avons dans un second temps relié ces idées aux codes correspondants.

Enfin, grâce au logiciel nous avons établi des liens entre les différentes catégories d'analyse d'une part et d'autres parts entre des codes. Cela a permis de rassembler les idées convergentes et/ou divergentes transformées soient en nœud soient reformulées ou recodées. L'ensemble de toutes ces activités nous ont permis de faire la théorisation de notre phénomène à l'étude. En d'autres termes grâce à cette méthode d'analyse nous avons pu établir des liens entre les

différentes catégories d'analyse ou entre les codes et s'acheminer vers une compréhension, une contextualisation ou une mise en relation des différentes catégories d'analyse ou des codes pour aboutir à un contexte explicatif du fait étudié. Ces laboratoires choisis ont déjà fait l'objet d'un essai d'implémentation de la démarche qualité qui a échoué ; Les techniciens de laboratoires aussi ont déjà participé à un essai de démarche qualité dans ces laboratoires.

4. Résultats et discussion

Les propositions qui ont été soumises à nos investigués proviennent du modèle théorique selon Allen & Meyer (1991).

4.1. Implication normative

Pour ce qui concerne la dimension normative, elle a un effet négatif sur le succès de la démarche qualité selon les résultats de l'entretien.

En effet la dimension normative relative aux normes de travail qui pouvaient permettre une implication organisationnelle est négligée. Les investigués disent ne pas avoir suffisamment d'équipement avec une maintenance régulière qui puissent les disposer à l'implication normative. Mlle B.R. dit : *« Les normes que nous avons sont celles que nous avons apprises à l'école, on travaille comme on veut pourvu que le résultat soit bon. Il n'y a pas de mise à jour des connaissances scolaires théoriques apprises à l'école »*

Réaliser un travail qui a du sens suppose le respect des normes correspondant aux objectifs socialement valorisés au sein de l'organisation pour la satisfaction des usagers (Commeiras, 2022). L'on ne peut s'enfermer en autarcie pour dire qu'il travaille bien. Ce genre d'attitude ne peut impliquer le technicien de laboratoire dans une nouvelle méthode de travail telle la démarche qualité. D'ailleurs comme le dit G.J : *« Chacun se débrouille hein et puis entre collègue on s'aide sinon des normes formelles non ? Y en a pas ici »*. Cette idée est soutenue par Mlle M.V : *« C'est quoi les normes [...] vraiment on travaille selon la notice du fabricant des réactifs »*.

L'hôpital n'est pas un lieu où l'on se débrouille. Bien au contraire, il doit travailler sur des normes éprouvées et reconnues par tous. Et la démarche qualité en un le chemin. Le CHU est considéré par certains un milieu où l'on contracte des maladies et où les erreurs médicales et biologiques augmentent la morbidité des usagers. L'hôpital est qualifié de mouvoir que d'institution de guérison (Steudler, 1974 : 32). Cette thèse se vérifie par les dires des Techniciens de laboratoires disant se débrouiller et évoquant l'absence de normes formelles dans un hôpital de niveau supérieur dans la pyramide sanitaire.

Ce côté du travail de débrouillardise est caché aux usagers qui espère tirer de ce travail le maximum de profit pour leur guérison. Ce sont ces contraintes de la partie cachée de l'Iceberg dans le milieu hospitalier que Peneff (2005) qualifie de sale. Ces faits ne peuvent en aucun cas susciter une implication normative.

Pire, il n'y a aucune norme ou procédure de prise en charge à entendre les investigués. Ils soutiennent que leur sécurité est menacée et n'intéresse pas la hiérarchie ce qu'ils décrient. Aucune garantie devant un accident avec exposition au sang alors qu'ils exercent un travail risqué (Sida, hépatites virales, et les autres maladies liées au sang ou aux produits chimiques). Une Technicienne déjà victime d'un accident Melle T.D.A. dit : « *Quand j'ai pris service dans ce CHU, j'ai été blessée. Moi-même, j'ai pris en charge les examens que la médecine de travail m'a demandés. Je n'ai jamais été prise en charge. Cela n'encourage même pas à travailler* ». Un autre, K.N. dit : « *Suite à un prélèvement sanguin, je me suis blessé avec une aiguille souillée. Malheureusement, j'ai contracté l'hépatite virale B. Aujourd'hui je porte la marque indélébile de cette maladie. Vous voyez, monsieur ! Comment on peut bien travailler ?*»

En effet, cette dimension de normes de travail ne peut impliquer les Techniciens au succès de la démarche qualité. Certains se plaignent du fait qu'ils ne savent pas à qui s'adresser dès leur première prise de service et ne sont pas renseignés sur les services pilotes tels que la médecine de travail, le service d'hygiène et de sécurité puis la restauration. Il n'y a donc pas de procédures d'accueil de nouveaux arrivants qui puissent les insérer dans le tissu professionnel et familial de la structure. Cette étape est très importante dans l'intégration des nouveaux travailleurs dans le tissu professionnel. En effet cette procédure apprend aux nouveaux venus la connaissance de la structure intégrant le règlement intérieur et tout ce qui intéresse même sa carrière professionnelle (Moulette, Roques & Tironneau Lacaze, 2019).

À l'observation, nous n'avons pas vu l'organisation d'une cérémonie à l'honneur des nouveaux arrivants, ni de ceux qui sont admis à faire valoir leur droit à la retraite. Les Techniciens aimeraient être reçus et intégrés M. N.K dit : « *Ça fait quand-même plaisir d'être reçu et se sentir en famille* ». Ce manque de procédure relatif aux normes de travail ne peut impliquer les Techniciens à la politique de l'établissement qui d'ailleurs, ils ne connaissent pas. La solution à ce manquement serait la remise aux nouveaux venus, d'un livret d'accueil.

En effet le livret d'accueil intègre la panoplie d'outils indispensables aux nouveaux arrivants. C'est donc un document qui a pour but de favoriser l'intégration, développer l'autonomie du salarié. Le livret d'accueil constitue, une notion importante et un enjeu crucial pour les organisations qui souhaitent fidéliser leurs collaborateurs et les impliquer dans la vision de

l'organisation (Perrot, 2008). Le livret d'accueil constitue une véritable boîte à outils et doit être toujours accessible au salarié. Il pourra si besoin se procurer toute information utile au gré de ses interrogations. Il favorise par ailleurs le développement de l'implication du salarié créant ainsi un sentiment d'appartenance du travailleur (Gillet-Goinard & Monar, 2019).

Les documents que nous avons consultés montrent l'existence des normes de travail décrites dans le référentiel de laboratoire permettant aux Techniciens d'être impliqués dans la démarche qualité, cependant cette implication normative est théorique que pratique. La dimension normative si elle était pratiquée dans les CHU pouvait engendrer une implication organisationnelle puisque ces derniers l'appellent de tous leurs vœux. Mlle KC dit : « *Si nous avons une norme de travail cela allait nous aider quand-même mais y a rien* ».

L'implication normative décrite au niveau des techniciens de laboratoire des CHU n'impacte pas positivement le comportement de ces derniers. Cette dimension ne peut donc concourir à l'implémentation de la démarche qualité au sein des laboratoires de biologie médicale.

4.2. Dimension affective

À côté de cette dimension normative, il y a la dimension affective qui n'influence guère les Techniciens de laboratoire à s'impliquer dans la démarche qualité. En effet la dimension affective est relative à l'importance que le Technicien accorde aux activités de laboratoire Il manifeste l'amour qu'il déploie pour réaliser cet emploi qui satisfait ses besoins endogènes et exogènes. « *Ceci est émotionnel* » (Malki, et al., 2021 : 438). Et pourtant cela est tout autre. D'ailleurs, la présentation de ce concours n'a pas été immédiate chez la plupart des Techniciens qui ont d'abord essayé d'autres voies scolaires ou universitaires. Force est de constater que c'est parce que ces différentes options se sont avérées infructueuses qu'ils sont venus dans ce corps de métier. Mlle BAM, Maîtrise en Psychologie dit : « *Je suis dans ce corps de métier pour avoir les moyens et continuer mes études. Je n'aime pas ce travail. En tout cas, ce métier n'est pas mon genre. Je veux m'inscrire en master* ». Seuls quelques nouveaux bacheliers (15%) ont désiré appartenir à ce corps de métier, tandis que les autres ont désiré d'autres corps de métier. M.BJ, Maitrise en Sciences Physiques dit : « *J'ai d'abord enseigné dans le privé avant de passer le concours des Biotechnologistes. J'étais confronté à une rémunération irrégulière de la part du fondateur et j'en souffrais terriblement. Je suis marié et père de trois enfants. Les charges pesaient tellement sur moi que finalement, j'ai passé ce concours. Dieu merci, ça marché. Vrai vrai là. Je n'aime pas ce métier, mais aujourd'hui, je suis dedans quand même. La vie est dure* ».

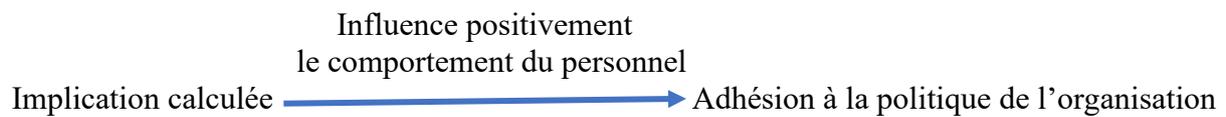
La dimension affective n'influe aucunement de manière significative sur le comportement des Techniciens pour le succès de la démarche qualité dans les hôpitaux publics ivoiriens tels que les CHU de Côte d'Ivoire. A contrario, 44% du personnel des hôpitaux publics marocains éprouve une implication affective selon les travaux de Outmane (2021 : 462). Il y a cependant une dimension qui se distingue des deux autres, c'est la dimension calculée. Elle est l'une "des pierres de l'angle" pour impliquer le personnel à la démarche qualité. Car la démarche qualité permet au personnel d'être proactif en contribuant efficacement à la prise en charge des usagers (Roucaïrol, 2015).

4.3 Dimension calculée

Le CHU étant une structure publique, la majorité des Techniciens estiment que travailler dans une structure publique offre une sécurité d'emploi. Cette sécurité de l'emploi lui assure un salaire régulièrement payé et un avancement lié à l'anciennement dans le poste (Emery & Giauque, 2012). Elle conserve au Technicien fonctionnaire, le maintien dans l'administration publique et donne directement droit à un contrat à durée déterminée (CDI). Ce statut protège le fonctionnaire contre les abus que l'on retrouve dans le secteur privé et le dispose à l'intérêt général pour un service optimal aux usagers (Bodiguel, Garbar & Supiot, 2000). Si d'aventure cet emploi est supprimé, son grade est préservé. Un Technicien M. A.A dit : « *Travailler dans l'administration publique est une sécurité, cette profession m'offre toutes les possibilités pour évoluer mais les moyens pour travailler font défaut* ». Il ne peut-être rétrogradé ou licencié si ce n'est que pour faute grave après passage devant un conseil de discipline. Il a en outre la garantie de son salaire et sa retraite est assurée. En tant que fonctionnaire, le Technicien bénéficie d'une protection sociale (MUGEFICI, CMU) et allocation familiale. La fonction publique est rarement soumise aux crises affectant l'emploi du personnel sauf redressement économique initié par le gouvernement sous la houlette des institutions internationales. Un autre affirme « *Je crois qu'être Biotechnologiste est une opportunité pour moi si je bosse je peux aller jusqu'au cycle ingénieur des services de santé, l'équivalence du doctorat. Donc je ne vais donc pas me fatiguer pour chercher encore du travail. Ici je suis bien* ». Étant entrés dans ce corps de métier et particulièrement dans les CHU, plusieurs veulent dès lors y rester et continuer leur carrière professionnelle.

La dimension calculée influence positivement le comportement du Technicien de laboratoire pour l'implémentation de la démarche qualité dans les laboratoires de biologie médicale alors

que les implication normative et affective sont presque inexistantes. Note modèle empirique se résume au schéma suivant :



Conclusion

Au total, les agents les plus investis dans la démarche qualité sont ceux exclus du système universitaire ou ayant volontairement choisi une carrière technique. Ceux qui poursuivent leurs études ne s'y intéressent pas. Malgré leur engagement, le succès de la démarche qualité dépend aussi de tout le personnel et de la direction, mais reste freiné par des contraintes structurelles comme le manque d'équipements. L'outil KoBoToolbox a facilité la collecte de données, mais l'étude qualitative limitée à cinq Centres hospitaliers et universitaires ivoiriens a une validité interne (Thietart, et al., 2014). Elle nécessite d'être élargie par une étude quantitative à tous les laboratoires publics de niveaux supérieurs comme ceux des structures étudiées pour une validité externe.

Annexe : Guide d'entretien

Confidentialité :

Nous vous remercions d'avoir accepté de remplir ce guide d'entretien qui est d'ordre académique. Il répond à la rédaction de notre thèse unique en Sciences de gestion. Il s'adresse exclusivement aux Techniciens de laboratoire de biologie médicale (ingénieurs des techniques de Santé, Techniciens biologistes).

Les renseignements contenus dans ce guide sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique conformément à la loi du 7 juin 1961 sur l'obligation de répondre et le secret statistique.

Cochez la case qui correspond à votre réponse	OUI	NON
DÉMARCHE QUALITÉ		
La démarche qualité peut-elle être instaurée au CHU ?		
Avez-vous suivi une formation sur la démarche qualité ?		
Etes-vous prêt à effectuer un travail supplémentaire induit par la démarche qualité sans contrepartie financière (Exemple écrire toutes les procédures, les respecter, et participez aux réunions qualité ?)		
Si Oui, pourquoi le feriez-vous ?		
J'aime beaucoup travailler		
Pour ma propre connaissance		
Pour le bien des usagers		
Le salaire que je perçois est déjà suffisant pour que je demande encore une contrepartie financière		
Autres raisons :		
Si Non, pourquoi		
C'est un travail supplémentaire qu'on me demande, il doit être rémunéré		
On manque de tout pour faire la qualité		
Le travail que je fais est déjà trop stressant pour qu'on en rajoute		
La direction ne reconnaît jamais ce qu'on fait		
Autres raisons :		
Cochez la case qui correspond à votre réponse	OUI	NON
DÉTERMINANTS INDIVIDUELS		
Pour vous, que signifie être accompli dans son travail ?		
Avoir un bon salaire		
Atteindre les objectifs fixés par le supérieur hiérarchique dans l'accomplissement de son travail		
Réaliser ses rêves (avoir une voiture, une maison, vivre une retraite heureuse etc...)		
Atteindre les objectifs avec peu de moyens		

Autres raisons :		
Pensez-vous que la démarche qualité dans votre structure peut vous permettre d'être accompli dans votre travail ?		
Êtes-vous capables de changer les choses qui ne marchent pas bien dans votre service ?		
Si Oui, c'est parce que je suis écouté		
J'exerce une influence sur mes collègues et collaborateurs		
J'ai les moyens de rétorsions (sanctions)		
Autres raisons :		
Si Non, parce que les choses ont toujours été ainsi		
La direction ne donne pas les moyens adéquats pour travailler		
Le CHU n'est pas le champ de quelqu'un		
Autres raisons :		
Êtes-vous entré dans ce corps de métier directement après votre BAC ?		
Continuez-vous les études ?		
Si oui, quel est votre niveau d'étude BAC + 2 <input type="checkbox"/> BAC +3 <input type="checkbox"/> BAC +4 et plus <input type="checkbox"/>		
Pourquoi avez-vous passé ce concours ?		
Raisons :		
Comptez-vous quitté ce corps de métier ?		
Autres raisons :		
Cochez la case qui correspond à votre réponse	OUI	NON
Y a-t-il des normes de travail qui peuvent vous impliquer dans votre travail ?		
DÉTERMINANTS CULTURELS		
Lors de votre affectation au CHU, aviez-vous un tuteur (un collègue ou collaborateur expérimenté qui vous a transmis les valeurs éthiques du CHU ?)		
Avez-vous reçu un livret d'accueil dès votre arrivée au CHU ?		
Êtes-vous fier de travailler au CHU ?		
Avez-vous un code d'éthiques au sein du CHU ?		
Si Oui, quelles sont ces valeurs :		
Auriez-vous quitté le CHU, si on vous le proposait (Travaillez dans les régies financières ou autres structures beaucoup plus intéressantes) ?		
Avez-vous une aversion pour les écrits (Ne pas aimer trop écrire).		
Cochez la case qui correspond à votre réponse	OUI	NON
DETERMINANTS ORGANISATIONNELS		
Des objectifs vous sont-ils fixés en début d'exercice ?		
Si Oui, les moyens accompagnent-ils ces objectifs ?		

En cas d'atteinte des objectifs, vous récompense-t-on pour votre efficacité					
Si Non, auriez- vous aimé que des objectifs vous soient fixés ?					
Auriez-vous aimé que des récompenses soient attribuées au meilleur travailleur ?					
Avez-vous les ressources nécessaires octroyées par le CHU pour faire correctement votre travail ?					
Ressources : Équipements suffisants et bien entretenus, équipements de protection suffisants ; réactifs toujours disponibles, salles d'examens adaptés etc...					
Existe-t-il un système de récompense au sein du CHU ?					
Êtes-vous trop contrôlé dans l'exercice de votre emploi ?					
Aimez-vous ce travail au point où vous êtes prêt à vous sacrifier pour lui ?					
Nous vous remercions d'avoir accepté notre entretien, nous vous prions de remplir la fiche signalétique ci-après.					
Emploi / Niveau d'étude	Ingénieur <input type="checkbox"/>	Technicien Supérieur de Santé <input type="checkbox"/>			
Fonction (Nomination)					
Catégorie	Nouveau BAC <input type="checkbox"/>	diplômé du Supérieur <input type="checkbox"/>	Pour poursuivre les études <input type="checkbox"/>		
Sexe	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>			
Âge :					
Expériences professionnelles (Nombre d'années d'exercice)	0-5 <input type="checkbox"/>	5-10 <input type="checkbox"/>	10-15 <input type="checkbox"/>	15 et plus <input type="checkbox"/>	
Nombre d'enfants en charge					
CHU d'origine	Cocody <input type="checkbox"/>	Treichville <input type="checkbox"/>	Yopougon <input type="checkbox"/>	Angré <input type="checkbox"/>	Bouaké <input type="checkbox"/>

Certifiez-vous que les informations données sont sincères ?

Réponse (Facultative) :

Bibliographie

Agonhossou, Y., & Godonou, M. (2011). L'implication organisationnelle dans le secteur hospitalier béninois : cas des infirmiers. *Revue Africaine de Management*, 5(1), 67–84.

Allen, N.J. and Meyer, J.P. (1991). A Three-Component Conceptualization of Organizational Commitment. *Human Resource Management Review*, 1, 61-89.

Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of occupational psychology*, 63(1), 1-18.

Amar, A., & Berthier, L. (2007). Le nouveau management public: avantages et limites. *Gestion et Management Publics*, 5, 3–15.

Andy, M. (2016). L'implication organisationnelle comme levier du changement stratégique. *Revue des Sciences de Gestion*, 278(2), 59–67.

Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology*, 66(1), 32–40.

Bédé, B., Bédé, J., Fiorello, A., & Maumon, N. (2012). L'adhésion du personnel hospitalier aux outils de gestion de la qualité. *Revue Hospitalière de France*, 546, 22–28.

Bernard, H. R., Killworth, P. D., Kronenfeld, D., & Sailer, L. (2003). The problem of informant accuracy: The validity of retrospective data. *Annual Review of Anthropology*, 13, 495–517.

Bernoux, P. (1982). *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil.

Bodiguel, J.-L., Garbar, C.-A., & Supiot, A. (2000). *Servir l'intérêt général*. Coll. Les voies du droit, Paris : PUF.

Bobin, J. (2009). La qualité dans les organisations publiques: entre contrainte et levier de performance. *Revue Française d'Administration Publique*, 129(1), 91–108.

Boyer, R. (1999). Les indicateurs de performance dans les organisations publiques: quelles limites? *Revue de l'OFCE*, 70(3), 189–213.

Brahim, M. (2016). *Management de la qualité et performance hospitalière*. Paris: L'Harmattan.

Brasseur, P. (1993). L'implication organisationnelle : concepts, mesures et perspectives. *Revue des Sciences de Gestion*, 96(3), 45-52.

Carnet de l'Agence Bio. (2016). *Les chiffres clés de l'agriculture biologique*. Paris: Agence BIO.

Chahouat, I., & Kirmi, S. (2019). La gouvernance hospitalière face aux exigences de performance. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 5(2), 33–48.

Claveranne, J.-P. (2003). Crise mondiale des ressources humaines en santé: enjeux et perspectives. *Cahiers de Santé Publique*, 7(3), 217–224.

Clergeau, C., Detchessar, C., Dumond, C., Devigne, C., Honoré, C., & Journé, B. (2000). *L'implication organisationnelle des agents hospitaliers : une approche par la psychologie du travail*. Rapport de recherche, CNRS.

Cluzel-Métayer, C., & Sauviat, A. (2016). La qualité dans les services publics: enjeux et perspectives. *Revue Française d'Administration Publique*, 160(4), 845–860.

Commeiras, N. (2022). Le travail qui a du sens : quelles implications pour l'implication organisationnelle ? *Revue Sciences de Gestion*, 332(1), 53–67.

Cottin, F. (2016). Qualité, sécurité et gestion des risques dans les établissements de santé. *Revue Hospitalière de France*, 591(2), 41–45.

Damase, C., & Agonhossou, Y. (2011). Implication organisationnelle et performance des agents de l'État : une étude dans l'administration béninoise. *Revue Africaine des Sciences de l'Organisation*, 3(1), 45–58.

Damase, M. (2011). Gestion du personnel hospitalier en Afrique subsaharienne. *Santé Publique*, 23(4), 291–298.

David, P., Kaplan, R. S., Norton, D. P., & Robert, M. (1992). The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71–79.

De Miribel, M. (2016). Le leadership responsable dans les organisations de santé. *Revue Hospitalière de France*, 590(1), 56–59.

Dépelteau, F. (2010). *La démarche d'une recherche en sciences humaines*. Paris : De Boeck.

Deshpandé, R., Farley, J. U., & Webster, F. E. (1993). Corporate Culture, Customer Orientation, and Innovativeness in Japanese Firms: A Quadrant analysis. *Journal of marketing*, 57(1), 23–37.

Domberger, S., & Hall, C. (1996). Contracting for Public Services: A Review of Antipodean Experience. *Public Administration*, 74(1), 129–147.

Donaldson, S. I., & Grant-Vallone, E. J. (2002). Understanding Self-report Bias in Organizational Behavior Research. *Journal of Business and Psychology*, 17(2), 245–260.

Douguet, F., Dumas, M., & Muñoz, C. (2013). Gouvernance, qualité et gestion des établissements de santé. *Revue Française des Affaires Sociales*, 67(1), 143–159.

Dufour, C., & Gow, J. (2000). The French Public Service and the New Public Management: Modernization without Marketization? *Public Policy and Administration*, 15(4), 23–41.

Dumas, M., & Ruiller, C. (2011). Les transformations managériales dans les hôpitaux publics : entre tensions et paradoxes. *Revue Française d'Administration Publique*, 137(1), 121–135.

Emery, Y., & Giaque, D. (2012). *Motivations et valeurs des agents publics à l'épreuve des réformes*. Laval : Presses de l'Université de Laval.

Eline, M. (2009). *L'implication affective des agents publics dans les démarches qualité*. Paris : Presses Universitaires de France.

Eynard, B., Piou, J., & Villez, M. (2009). *Ingénierie de la qualité dans les systèmes complexes*. Techniques de l'Ingénieur, AG3010.

Ferlie, E. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.

Foot, W. F. (1951). *Pattern for Industrial Peace*. New York: Harper & Brothers.

Fourcade, F. (2001). Management de la qualité dans les services. *Revue Française de Gestion*, 27(136), 30–40.

Franchistéguy, M. (2001). La qualité dans les services hospitaliers. *Revue Française des Affaires Sociales*, 55(3), 37–52.

Freeman, R.E. (1984). *Strategic management : A stakeholder approach*, Marshfield (Mass.) : Pitman Publishing Inc.

Frey, B. S., & Osterloh, M. (2013). Motivation – A dual theory of incentives. In *Organization and Motivation* (pp. 47–65). Springer.

Gassin, A., Arcella, D., Titz, A., Sheve, C., Ramsay, A., & Kalaïtzis, M. (2012). *Systèmes alimentaires et santé publique : rapport d’experts européen sur les bonnes pratiques agricoles*. Bruxelles : Commission européenne.

Gillet-Goinard, C., & Monar, M. (2019). *Le livret d’accueil : outil stratégique pour l’intégration des salariés*. Paris : Éditions Législatives.

Grima, F., & Muller, A. (2006). La responsabilité sociale dans les entreprises : entre affichage stratégique et engagement des salariés. *Revue Française de Gestion*, 32(162), 177–190.

Hamalian, A. (1996). *Qualité et compétitivité*. Paris: Economica.

Hellriegel, D., Slocum, J. W., & Woodman, R. W. (2005). *Management des organisations*. Bruxelles : De Boeck Université.

Hennequin, J. (2011). Vers une typologie des implications au travail. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 1(1), 23-41.

Hondeghem, A., & Vandenabeele, W. (2005). Valeurs et motivation dans le service public : le service public est-il un employeur distinct ? *Revue française d’administration publique*, 115(3), 463-480.

Ismail, A., & Razak, M. Z. A. (2016). The relationship between employees’ satisfaction and commitment: A Malaysian perspective. *International Journal of Business and Management*, 11(2), 123-135.

Julien, P.-A. (1994). L’engagement affectif et les PME : un levier de croissance. *Revue Internationale PME*, 7(2), 53–65.

Kennedy, M. J., Christie-Blick, N., & Sohl, L. E. (2002). Implications of Salt-Sediment Interactions for Salt-Related Structures. *AAPG Bulletin*, 86(6), 1031–1048.

Kervasdoué, J. (2004). *La santé n’a pas de prix, mais elle a un coût*. Paris : Gallimard.

Koenig, G. (1997). Le partage de l’information dans les organisations. *Revue Française de Gestion*, 113(2), 84–93.

Konovsky, M. A., & Cropanzano, R.(1991). Perceived fairness of employee drug testing as a predictor of employee attitudes and job performance. *Journal of Applied Psychology*, 76(5), 698–707.

Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3(2), 157–189.

Lourel, M., & Gueguen, N. (2007). L'implication normative : entre obligation morale et normes sociales. *Le Travail Humain*, 70(4), 389–403.

Malki, S., El Amili, O., & El Khourchi, B. (2021). Comprendre l'implication dans la sphère professionnelle : Revue de littérature. *Revue Française d'Économie et de Gestion*, 2(11), 424-444.

Mamboundou, G. (2003). Performance organisationnelle dans les établissements de santé en Afrique. *Revue Africaine d'Administration et de Management Public*, 54(2), 45–61.

Martinez, J.-M. (2001). Qualité et performance: vers une nouvelle approche managériale. *Revue Française de Gestion*, 27(135), 111–122.

Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171–194.

Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89.

Mintzberg, H. (1998). *Le management: voyage au centre des organisations*. Paris: Éditions d'Organisation.

Morrow, P. C. (1983). Concept redundancy in organizational research: The case of work commitment. *Academy of Management Review*, 8(3), 486–500.

Moulette, P., Roques, O., & Tironneau-Lacaze, N. (2019). *Management des ressources humaines : enjeux, pratiques, outils*. Paris : Vuibert.

Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14(2), 224–247.

Nesme, P. (2016). L'implication des professionnels de santé dans la démarche qualité. *Revue Hospitalière de France*, 592(3), 12–16.

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

OMS. (2018). *Régimes alimentaires et prévention des maladies non transmissibles : rapport de l'OMS*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Osborn, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Paillé, P. (2005). Engagement organisationnel et modes d'identification. *Dimensions conceptuelle et empirique*. *Bulletin de psychologie*, 6(480), 705-711.

Paillé, P., & Yanat, M. (1999). L'implication normative et le comportement de citoyenneté organisationnelle. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 32(2), 25–37.

Peneff, J. (2005). *La sociologie du sale boulot : enquête sur le travail au quotidien*. Paris : La Découverte.

Peretti, J.-M. (1994). *Ressources humaines*. Paris: Vuibert.

Perrot, D. (2008). L'accueil dans les entreprises : une stratégie de fidélisation. *Revue Française de Gestion*, 34(184), 101-114.

Pesqueux Y. (2024). *New Public Management (NPM) et Nouvelle Gestion Publique (NGP)*. Doctorat. France.

Pierru, F. (2012). Les réformes hospitalières: genèse et mise en œuvre d'un nouveau modèle de gestion publique. *Revue Française de Science Politique*, 62(4), 635-656.

Roucaïrol, A.-M. (2015). *Management de la qualité en établissement de santé*. La Pensée, 1(381), 91–102.

Renaud, S. (2004). L'implication organisationnelle dans la gestion environnementale : un état des lieux. *Revue de l'Organisation Responsable*, 1(1), 55-68.

Roussel, P., Rojot, J., & Vandenberghe, C. (2009). *Comportement organisationnel*. Paris : Éditions De Boeck.

Saleh, S. D., & Hosek, J. (1976). Job involvement: Concepts and measurements. *Academy of Management Journal*, 19(2), 213-224.

Sivanessan, S., & Vivekanantha, R. (2016). Ressources humaines et innovation dans le secteur hospitalier. *International Journal of Health Management*, 12(1), 89-97.

Stuedler, C. (1974). *L'hôpital, mouvoir ou lieu de soins ?* Paris : Masson.

Thévenet, M. (1992). *L'implication au travail*. Paris : Éditions Liaisons.

Thietart, R.A, Allard-Poesi, F. Eiffel, G., Angot, J., Baumard, P., Blanc, A. Cartier, M., Charreire-Petit, S., Chollet B., Donada, C., Drucker-Godard, C., Durieux F., Ehlinger, S., Forgues B., Garreau L., Grenier C., Ibert, J., Josserand E., Maréchal G., Mbengue A., Milano P., Perret V., Royer I., Vandangeon-Derumez I. & Xuereb J.M. (Eds) (2014). *Méthodes de recherche en management*. Malakoff : Dunod.

Tiffany, C. (2016). L'observateur-participant : enjeux et limites. In *Méthodes qualitatives en sciences sociales* (pp. 187–198). Paris: Armand Colin.

Urio, P. (1998). *Reconstruire l'administration publique*. Paris: L'Harmattan.