

Etude qualitative de la relation entre les Pratiques de Management du Capital Humain et l'Engagement Organisationnel : cas des Professionnels de la Santé Publique

Mlle. Houda El Ammary

Doctorante à l'ENCG de Tanger, Maroc

M. Said Balhadj

Responsable Équipe de Recherche en "Management et Audit des Organisations". Enseignant Chercheur à l'ENCG de Tanger, Maroc

[Doi:10.19044/esj.2022.v18n23p63](https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n23p63)

Submitted: 21 February 2022

Accepted: 04 July 2022

Published: 31 July 2022

Copyright 2022 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

El Ammary H. & Balhadj M.S. (2022). *Etude qualitative de la relation entre les Pratiques de Management du Capital Humain et l'Engagement Organisationnel : cas des Professionnels de la Santé Publique*. European Scientific Journal, ESJ, 18 (23), 63.

<https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n23p63>

Résumé

L'objectif de cette réflexion est de proposer un inventaire des variables explicatives de l'engagement organisationnel en termes de pratiques de Management du Capital Humain offertes, ainsi que de ceux dont le personnel soignant souhaiterait disposer dans leur organisation. Dans ce sens, une étude qualitative exploratoire a été réalisée auprès de 23 professionnels de la santé publique pour présenter un modèle des pratiques du management de capital humain susceptibles d'influencer l'engagement organisationnel. Le traitement des entretiens semi-directifs a été réalisé sous le logiciel Nvivo 10, à travers une analyse de contenu thématique. Compte tenu des résultats, la caractéristique la plus marquante de cette étude est l'apparition du climat d'éthique comme un antécédent de l'engagement organisationnel.

Mots-clés : Management du Capital humain, engagement organisationnel, engagement affectif, climat d'éthique

Qualitative Study of the Relationship between Human Capital Management Practices and Organizational Commitment : The Case of Public Health Professionals

Mlle. Houda El Ammary

Doctorante à l'ENCG de Tanger, Maroc

M. Said Balhadj

Responsable Équipe de Recherche en "Management et Audit des Organisations". Enseignant Chercheur à l'ENCG de Tanger, Maroc

Abstract

This paper focuses on proposing an inventory of the explanatory variables of organizational commitment in terms of Human Capital Management practices offered, as well as those that the nursing staff would like to have in their organization. An exploratory qualitative study was carried out with 23 public health professionals. This study presented the main human capital management practices likely to influence organizational commitment. The processing of the semi-directive interviews was carried out using the Nvivo 10 software through a thematic content analysis. Considering the results, the most striking feature of this study is the appearance of ethical climate as an antecedent of organizational commitment.

Keywords: Human Capital Management, organizational commitment, affective commitment, ethical climate

Introduction

Les données les plus récentes de l'OMS¹², indiquent que le personnel soignant souffre d'une pénurie aigue dans la catégorie des médecins et des infirmiers. Ce déficit de capital humain s'accompagne par des attitudes de démotivation et de désengagement. Plusieurs phénomènes persistent tels que le cumul d'emplois et le débauchage du public vers le privé.

¹La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle [Delivering quality health services : a global imperative for universal health coverage]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale ; 2019

²La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership [State of the world's nursing 2020 : investing in education, jobs and leadership]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020

Dans ce sens, le développement d'un management du capital humain (MCH) constitue une solution optimale pour augmenter la valorisation, l'attraction et l'implication des individus. La participation à une combinaison optimale des composantes de ce développement permettra de rehausser l'engagement du capital humain et par conséquent une approche dynamique de la performance.

L'engagement organisationnel est un thème qui fait encore aujourd'hui l'objet de plus en plus d'études (Doucet, 2002). Dans ce sens, des recherches actions ont été conduites pour mieux appréhender les comportements des employés (Porter et al., 1976) et leur participation à l'efficacité organisationnelle, dont l'engagement constitue un déterminant important (Benkhoff, 1997).

L'une des mesures à prendre pour le développement d'un attachement organisationnel est l'instauration d'un climat d'éthique. Un index élevé de l'éthique envoie un signal solide aux employés, qu'ils travaillent pour une organisation juste et équitable. Par conséquent, cette situation renforce leur fidélité et leur engagement et les incite à être plus efficaces, productifs et performants (Chua & Rahman, 2011).

Dès lors, nous cherchons à savoir : Dans quelle mesure les pratiques de Management du Capital Humain peuvent-elles contribuer à augmenter l'engagement organisationnel des professionnels de la santé publique ?

Pour répondre à cette problématique, une étude qualitative auprès de 23 professionnels de la santé publique sera réalisée. Il convient de signaler, dans le cadre de cette étude, que l'engagement est appréhendé selon l'approche tridimensionnelle d'Allen et Meyer (Meyer & Allen, 1991), considéré comme ayant présenté la conceptualisation prédominante de l'engagement organisationnel (Blouin, 2005).

L'objectif de cette étude qualitative est de comprendre les mécanismes susceptibles d'influencer l'engagement organisationnel en termes des pratiques du management de capital humain concernant les professionnels de la santé publique.

Le présent article dressera dans un premier temps le cadrage conceptuel et théorique du management de capital humain et la théorie de l'échange social. Ensuite, il présentera une étude qualitative qui exprime la perception des professionnels de la santé vis à vis des pratiques du management du capital humain susceptibles d'influencer leur engagement organisationnel.

Cadre théorique

L'objectif de ce paragraphe est de présenter la littérature fondant les hypothèses de recherche concernant d'une part, le management du capital humain et son impact sur les comportements et les attitudes des employés,

d'autre part, le rôle de la théorie de l'échange social comme cadre d'analyse de l'engagement organisationnel.

Management du capital humain : Approches et théories

Le concept de capital humain s'est développé depuis les années soixante avec l'article fondateur du Schultz, T. W. (1961). Il le définit comme le stock d'aptitudes, de connaissances et de qualifications acquises par les individus. C'est une richesse qui produit des flux de satisfactions, ou d'utilités incorporées dans chaque individu et qu'il est impossible de séparer la personne physique de ses aptitudes. Le capital humain se révèle être d'une grande valeur économique pour les entreprises (Snell & Dean, 1992), dont le retour sur investissement dépend des efforts déployés par les employés (Teo, Le Clerc & Galang, 2011).

Subséquentement, l'approche économique (Becker, 1964) vient compléter cette première définition en y rajoutant la personnalité, l'apparence et la réputation. L'organisation est un lieu de formation et d'investissement en capital humain, facteurs essentiels de sa rentabilité. Selon la théorie du capital humain, il existe deux types d'investissement en capital humain (Becker, 1964), premièrement les investissements génériques qui augmentent le capital humain lié à l'individu, ce sont des formations générales valorisables pour tout environnement de l'entreprise. Deuxièmement, les investissements spécifiques, qui augmentent le capital humain lié à l'entreprise elle-même, par exemple à son métier et à son domaine, ce sont des formations valorisables uniquement par l'environnement restreint de travail.

A la fin des années quatre-vingt-dix, le concept de capital humain s'est développé en sciences de gestion spécialement par les recherches en gestion stratégique des RH (Lepak & Snell, 1999; Galunic & Anderson, 2000; Hitt et al., 2001). Dans ce sens, les approches managériales ont défini le capital humain comme l'ensemble des compétences stratégiques, des habiletés, des connaissances et du savoir-faire des employés d'une organisation (Kaplan & Norton, 2005).

Par la suite, les forces du capital humain ont été exposées par la théorie des ressources (Wernerfelt, 1984). Selon cette théorie, plusieurs chercheurs (Barney, 1991; Delery, 1998) proposent que le VRIO (valorisable, rareté, inimitabilité et organisé) sont quatre capacités stratégiques du potentiel d'une organisation visant à créer une source d'avantage concurrentiel durable (Cardeal & Antonio, 2012).

Les définitions suggérées du terme développement du capital humain mettaient l'accent essentiellement sur l'apprentissage organisationnel. Au début des années 1990, le terme est devenu plus large, fondé sur l'efficacité organisationnelle et la performance. Il s'attache aux capacités individuelles et

les compétences professionnelles, ainsi que le bénéfice organisationnel tiré du développement, Mc Logan (1989).

Leiv Edvinsson, et son équipe ont réalisé, au milieu des années 1990, des recherches portant sur la comptabilisation et la publication des informations relatives au capital intellectuel. Ils ont développé une méthode extracomptable du capital intellectuel (Edvinsson & Sullivan, 1996). Ces chercheurs ont créé le schéma de la valeur (the value scheme) et le navigateur (the navigator) avec plus de 200 indicateurs (Edvinsson, 1997), tels que le niveau de formation des salariés et le temps consacré à la formation. Dans leur modèle, ils ont placé le capital humain au centre de la configuration, composé des compétences, des attitudes et comportements, et de l'agilité intellectuelle, qui est en liaison étroite avec les autres composantes (capital structurel et capital financier) (Edvinsson, 1997, 2000).

Plusieurs théoriciens (Boselie, Dietz & Boon, 2005; Gerhart, 2005) suggèrent que le regroupement des pratiques dans une grappe contribue à la création d'un système de travail à haut participation ou encore un système à haut rendement. Ce sont des ensembles de pratiques de gestion du capital humain innovatrices visant à stimuler les employés et la performance des entreprises (Kroon, Van De Voorde & Timmers, 2013). Dès lors, ces pratiques auront une influence positive sur l'engagement organisationnel (Guchait & Cho, 2010; Meyer & Smith, 2000).

Théorie de l'échange social et engagement organisationnel.

La théorie de l'échange social explique la relation d'échange de ressources sociales et matérielles, il se traduit par un engagement basé sur la confiance instaurée (Blau, 1964). Le principe fondamental de cette théorie est que toute personne jugeant bénéficiée d'une faveur ou d'un bien-être psychologique, sentira une obligation réciproque envers le partenaire d'échange.

Ce modèle de référence permet d'expliquer pourquoi les attitudes sont importantes en termes stratégiques (Collins & Smith, 2006; Sun, Aryee & Law, 2007). Les pratiques à base d'engagement demeurent créatrices de relations d'échanges positifs, incitant la mobilisation et la participation des employés. Selon Fabi et al. (2011) les implications de l'échange social sont plus appropriées pour expliquer les mécanismes de fidélisation que la théorie des ressources.

Les personnes engagées sont caractérisées par une identification aux valeurs de l'organisation et le désir de continuer à travailler dans celle-ci (Porter et al., 1974). L'engagement organisationnel sera donc considéré comme l'attachement d'un employé à son organisation. Plusieurs recherches ont illustré l'existence d'une relation positive de l'engagement organisationnel

et la performance, celle-ci sera donc analysée comme une conséquence de l'engagement (Bonnet, 2003).

Meyer et Allen (1991) sont considérés comme les fondateurs de l'engagement organisationnel avec leur modèle tridimensionnel. En fait, ils définissent l'engagement par rapport à trois dimensions : affective, calculée (ou de continuation) et normative (ou d'obligation). Ces auteurs ont établi un modèle de mesure de chaque dimension de l'engagement organisationnel.

La dimension affective se réfère à l'attachement de l'employé au regard de la raison d'être et des valeurs de son organisation. Dans ce cas l'individu s'identifie à son organisation (Porter et al., 1974) puisqu'il comble ses besoins à plusieurs niveaux. Cette situation produirait un sentiment d'appréciation, d'appartenance, et le désir de contribuer aux succès de son organisation.

L'engagement calculé fait référence à un échange de services mutuels où prime les aspects monétaires et politiques. Il renvoie à la prise en compte des aspects pécuniaires et des coûts associés au fait de quitter l'organisation (Meyer & Allen, 1997; Meyer et al., 2002). L'employé qui a comme lien principal avec son organisation l'engagement calculé, y reste parce qu'il estime que ce choix lui rapportera plus de bénéfices que la décision de partir.

Finalement, la dimension normative fait référence à un sentiment d'obligation morale éprouvé par l'employé envers son organisation (Wiener, 1982). L'idée que le salarié engagé par obligation se sent forcé de développer des conduites loyales envers son organisation, en adhérant notamment à ses normes (Allen & Meyer, 1990).

Les typologies de l'engagement discutées (Meyer & Allen, 1991; 1997) sont associées à des antécédents et des conséquences distinctes. La reconnaissance d'un concept englobant trois approches, rend l'étude de l'engagement organisationnel plus complexe, mais elle permet aussi une meilleure gestion du phénomène en milieu de travail (Dunham, Grube & Castaneda, 1994).

Dans la littérature, l'engagement affectif a été souvent associé à des effets positifs pour la structure organisationnelle. Les recherches ont soulevé deux grandes catégories de facteurs favorisant le développement de cette forme d'engagement ; les caractéristiques organisationnelles qui renvoient à des pratiques d'équité, de justice procédurale et des pratiques de gestion participative (Meyer, Allen & Allen, 1997; Eisenberger et al., 1986; Meyer & Smith, 2000) et les expériences positives au travail liées aux aspects intrinsèques (Mathieu & Zajac, 1990; Meyer & Allen, 1991; Jonnaert et al., 2006).

Par ailleurs, des études sur les caractéristiques sociodémographiques ont exposé une faible influence du sexe, l'âge et l'ancienneté sur l'engagement organisationnel (Meyer & Allen, 1991; 1997). Toutefois, les dispositions

personnelles tels le besoin d'accomplissement et le climat d'éthique ont un impact plus grand, particulièrement, sur l'engagement affectif (Meyer & Allen, 1997).

Les variables explicatives de l'engagement calculé sont liées aux aspects monétaires et politiques ainsi de la présence ou l'absence d'autres alternatives sur le marché de travail (Meyer & Allen, 1991). Les caractéristiques liées aux coûts perçus sont considérées comme des facteurs impactant ce type d'engagement, ajoutant les pertes monétaires lors d'un éventuel départ de l'organisation (Becker, 1960).

En troisième lieu, la littérature appuyant l'évolution de l'engagement normatif se justifie au niveau des études théoriques qu'au niveau des travaux empiriques. Le sentiment d'obligation à rester dans l'organisation est lié à l'intériorisation de pressions normatives exercées sur un individu, aussi bien avant son entrée dans l'organisation (la socialisation familiale ou culturelle), qu'après son entrée dans une organisation (la socialisation organisationnelle) (Wiener, 1982).

Les pratiques impactant l'engagement normatif identifiées dans la littérature diffèrent rarement de ceux liées à l'engagement affectif. Pour des chercheurs tels que Meyer et Allen (1990) ainsi que Ward et Davis (1995) aucun antécédent (expériences de travail et caractéristiques de l'emploi) n'a démontré des corrélations significatives avec l'engagement normatif de façon constante. Pourtant, les variables les plus cités se réfèrent aux caractéristiques personnelles comme l'âge et le sens de loyauté développé lors des expériences de socialisation familiales ou sociétales.

Ce constat nous indique qu'il est presque infaisable pour les organisations d'encourager des choix pouvant influencer l'engagement normatif du moment qu'il est engendré par des facteurs extérieurs au milieu de travail.

Méthodologie de recherche

Les méthodes qualitatives occupent une place grandissante en sciences de gestion, constituant depuis leurs origines dans les années 1920 un courant aussi riche que diversifié. L'enquête qualitative permet de dévoiler au grand jour des faits, des signaux faibles, des mécanismes sociaux, qu'une approche quantitative ignorerait (Sophie Alami, Dominique Desjeux, Isabelle Garabua-Moussaoui, 2009). Elles cherchent à « comprendre un phénomène en interaction avec le sujet, de comprendre l'objet étudié dans son contexte, dans son idiosyncrasie, et de chercher à généraliser le phénomène observé selon des lois scientifiques fondamentales, universelles. » (Hlady-Rispal, 2002).

Nous avons cherché, en adhérant à cette logique, à mettre en exergue les différentes pistes de compréhension de la problématique annoncée. Il est

de même important d'appréhender les contributions du contexte de la santé sur la question de l'engagement et principalement les pratiques susceptibles d'influencer les attitudes des professionnels de la santé.

Afin de satisfaire cet objectif, nous avons essayé de réaliser un ensemble d'entretiens semi-directifs avec différents corps des professionnels de la santé publique exerçant dans l'administration centrale, les directions régionales de la santé, le réseau de soins de santé primaire, et le réseau hospitalier. Ces entretiens constituent la principale source de données recueillies.

S'agissant de la construction de l'échantillon, Evrard et al. (2003) notent que la taille des échantillons peut être plus réduite dans le cadre d'une recherche exclusivement qualitative. Ces auteurs précisent que l'objectif poursuivi à travers le recours à ces entretiens doit correspondre à la recherche de la diversité du contenu, de sa profondeur, de sa diversité et de sa qualité.

De la diversité des techniques des études qualitatives, le choix de l'entretien semi-directif s'avère particulièrement adéquat pour recueillir les données et l'analyse thématique de contenu. Cette approche vise à essayer de comprendre la perception de l'individu d'un environnement, d'une croyance ou d'une intention Jolibert et Jordan (2011). A cet effet, il est approprié plus que d'autres techniques lorsque le chercheur souhaite analyser des attitudes ou de rendre compte de comportements particuliers.

Le protocole nécessaire à la démarche qualitative a été respecté dans ces détails, et l'entretien a porté sur les points suivants : « Que représente, selon vous, le concept de l'engagement organisationnel ? », « Décrivez les pratiques du management du capital humain et les aspects qu'ils couvrent », « selon vous quelles sont les pratiques qui vous incite à s'engager d'une manière affective, calculée, et par obligation (Engagement normatif) ? »

Les entretiens se sont déroulés dans des endroits différents ou par appel téléphonique selon la disponibilité du répondant. Ils ont fait l'objet d'une prise de notes, nous avons donc essayé de les retranscrire tous par la suite. En général, ils ont duré en moyenne une vingtaine de minutes.

Après la récolte des données, l'étape suivante consistait à choisir la technique d'analyse appropriée. Nous avons opté pour le logiciel NVIVO International QSR 10, en vue d'analyser le contenu des données textuelles et de dégager des univers sémantiques. Nous avons alors obtenu une classification mettant en évidence quatre univers sémantiques stables (voir Tableau 3).

Dans cette étude, les données ont été traitées par l'analyse de contenu thématique (Bardin, 2013). Comme le soulignent Jolibert et Jourdan (2011) cette technique est bien adaptée aux problématiques qui s'inscrivent dans un cadre conceptuel solidement étayé, mais aussi pour des recherches qui

cherchent de proposer un modèle global d'explication dont les justifications reposent sur un examen rigoureux des données.

Notre échantillon est constitué de vingt-trois (23) professionnels de la santé Publique. La composition de l'échantillon en termes de catégories socioprofessionnelles étudiées s'est avérée cohérente avec la composition réelle de l'effectif du ministère de la Santé. En effet, la prédominance du corps paramédical est un signe d'un bon niveau de représentativité de notre échantillon, car on retrouve le caractère prédominant de cette catégorie même dans l'ensemble de la population totale du Ministère (25% corps médical, 63% corps paramédical et 12% corps administratif et technique)³.

Pour cerner la perception de l'engagement organisationnel par les professionnels de la santé, nous avons interrogé les différents corps à savoir : les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les techniciens de santé, les cadres administratifs et techniques. Nous avons sciemment insisté pour interroger les professionnels exerçant dans différentes structures et différentes régions du royaume marocain.

Le Tableau 1, présente les caractéristiques générales de nos 23 cas étudiés ;

³ Données carte sanitaire - situation de l'offre de soins janvier 2018.

Tableau 1. Composition de l'échantillon

Identifiant	Sexe	Tranche d'âge	Profil	Catégorie socioprofessionnelle	Structure	Ville
H1	Homme	[20-30 ans [	Médecin Généraliste	Corps médical	Centre de santé	Dakhla
H2	Homme	[50ans et plus [	Infirmier	Corps paramédical	laboratoire de santé publique	khénifra
H3	Homme	[30-40 ans [	Infirmier	Corps paramédical	Centre d'hémodialyse	Laayoune
H4	Homme	[20-30 ans [	Médecin spécialiste	Corps médical	CHP	Meknès
H5	Homme	[30- 40 ans [	Assistant social	Corps paramédical	Direction de l'administration centrale	Rabat
H6	Homme	[20-30 ans [	Infirmier anesthésiste réanimateur	Corps paramédical	CHU	Rabat
H7	Homme	[30- 40 ans [	Administrateur	Corps Administratif et technique	Direction de l'administration centrale	Rabat
H8	Homme	[30- 40 ans [	Technicien spécialisé	Corps Administratif et technique	Direction de l'administration centrale	Rabat
H9	Homme	[30- 40 ans [	Rééducateur	Corps paramédical	CHP	Taza
F10	Femme	[20-30 ans [	Technicien de santé	Corps paramédical	laboratoire de santé publique	Agadir
F11	Femme	[30- 40 ans [	Médecin spécialiste	Corps médical	CHR	Dakhla
F12	Femme	[20-30 ans [	Infirmier	Corps paramédical	Centre de santé	Erfoud
F13	Femme	[30- 40 ans [	Médecin Généraliste	Corps médical	Centre de santé	Essaouira
F14	Femme	[20-30 ans [	Infirmier	Corps paramédical	CHR	Oujda
F15	Femme	[50 ans et plus [	Secrétaire	Corps Administratif et technique	Direction de l'administration centrale	Rabat

F16	Femme	[30- 40 ans [	Technicien spécialisé	Corps Administratif et technique	Direction de l'administration centrale	Rabat
F17	Femme	[50 ans et plus [	Technicien de santé	Corps paramédical	ISPITS	Rabat
F18	Femme	[30- 40 ans [	Chirurgien-dentiste	Corps médical	DGAPR	Souk El Arbaa
F19	Femme	[30- 40 ans [	Infirmier	Corps paramédical	CHR	Tanger
F20	Femme	[20-30 ans [	Infirmier	Corps paramédical	CHR	Tanger
F21	Femme	[20-30 ans [	Infirmier	Corps paramédical	CHR	Tanger
F22	Femme	[20-30 ans [	Infirmier	Corps paramédical	CHR	Tanger
F23	Femme	[30- 40 ans [	Infirmier	Corps paramédical	SRES/Délégation	Taza

Le Tableau 2, ci-dessous, permet de visualiser la composition de notre échantillon par sexe, expérience, et zone d'affectation.

Tableau 2. Répartition par zone d'affectation et par ancienneté.

Répartition par genre	Ancienneté				Total général
	[0-2ans [	[2-5ans [	[5-10ans [	[10ans et plus [.	
selon les zones géographiques					
<i>Femme</i>	4	3	3	4	14
Agadir		1			1
Dakhla		1			1
Erfoud	1				1
Essaouira			1		1
Oujda	1				1
Rabat			1	2	3
Souk El Arbaa		1			1
Tanger	2		1	1	4
Taza				1	1
<i>Homme</i>	1	2	3	3	9
Dakhla		1			1
Khénifra				1	1
Laayoune				1	1
Meknès	1				1
Rabat		1	2	1	4
Taza			1		1
Total général	5	5	6	7	23

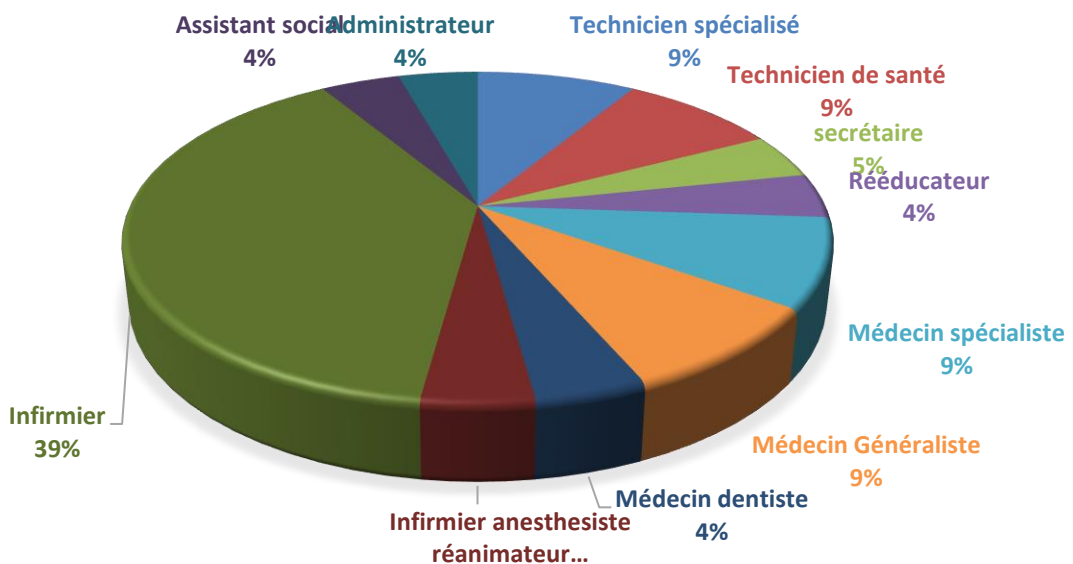


Figure 1. Répartition de l'échantillon par profil

Comme le montre le graphique ci-dessus, la catégorie du personnel paramédical est très bien représentée par 60 % de l'échantillon (4% Infirmier anesthésiste réanimateur, 39% des infirmiers, 9% technicien de la santé, 4% rééducateur, 4% assistant social). De même, nous avons 22 % des interviewés appartenant au corps médical (4% médecin dentiste, 9% médecin généraliste, 9% médecin spécialiste). Finalement, la catégorie administrative et technique constitue 18 % de l'échantillon (4% des administrateurs, 9% technicien spécialisé, 5% du personnel de secrétariat).

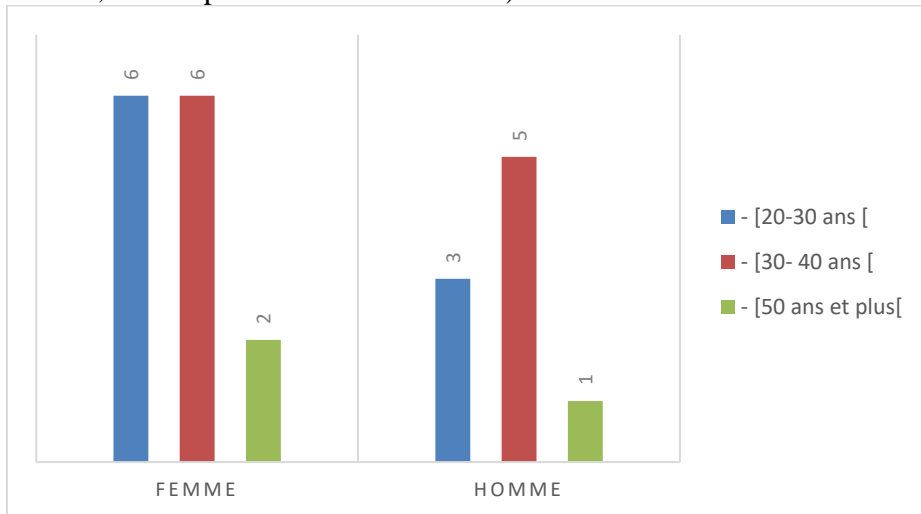


Figure 2. Répartition de l'échantillon par âge

Notre échantillon est constitué de 39% d'hommes et 61% de femmes. Il reflète également le caractère jeune de la population étudiée car 87% ont moins de 40 ans, tandis que les plus de 50 ans représentent 13%. Pour ce qui de la tranche d'âge de 40 à 50 ans, aucun répondant ne s'inscrit dans cette catégorie.

Résultats

L'influence des différentes pratiques du capital humain sur l'engagement organisationnel

L'analyse des entretiens a permis de repérer que les principales pratiques contribuant à augmenter l'engagement sont regroupées dans des grappes de pratiques ; le partage d'information, le développement des compétences, les pratiques de reconnaissance et les pratiques d'autonomie.

298 citations ont été codées ; ce chiffre sera retenu comme nombre total de citations de référence pour le calcul des fréquences. Le Tableau 3 présente les catégories mises en évidence par le codage des données qualitatives, ainsi que le nombre et les fréquences de citations qui leur sont associés et le nombre d'entretiens concernant la catégorie.

Tableau 3. Catégories de codage, nombres et fréquences de citations, nombres d'entretiens concernés

Catégories	Nombre total de citations	% des citations totales	Nombre d'entretiens concernés
Pratiques de partage de l'information	94	32%	23
Pratiques de développement des compétences	72	24%	23
Pratiques d'autonomie	61	20%	23
Pratiques de reconnaissance non monétaire	71	24%	23
Total	298	100%	23

Selon Tremblay et al. (2000), les pratiques de partage d'information visent à s'assurer que l'employé mobiliserait ses capacités d'apprentissage pour assimiler les attentes de son organisation en termes d'objectifs, de méthodes et procédures. La majorité des répondants indiquent que le partage d'information se manifeste en grande partie par la méthode « la bouche à oreille », par la suite viennent les réunions et les séances d'information, avec une importance faible accordée aux notes de service.

Les interviewés ont montré l'importance d'informer les collaborateurs des futurs changements de l'organisation, de communiquer autour des informations nécessaires pour l'accomplissement du travail, et de se sentir concernés par les décisions prises par la hiérarchie. Ces sous dimensions ont été citées par 20 interviewés comme des facteurs contribuant à l'engagement envers leur organisation.

Extraits de verbatim qui illustrent notre propos :

« [...] on passe des heures et des heures dans notre laboratoire, si on ne recherche pas l'information par nos propres moyens, rarement que les réunions s'organisent... (H2) »

« [...] les informations sont partagés d'une façon informelle, si vous n'avez pas des amies, qui vous disent ce qui se passent dans l'établissement, les dirigeants tardent d'envoyer les notes de service... (F10) ».



Figure 3. Arbre de mot de la notion des pratiques de partage de l'information

Ce qui est du développement des compétences, les efforts déployés à ce niveau signalent aux employés que l'organisation sanitaire n'accorde pas d'attention à la valorisation des compétences à cause de la pénurie des investissements en la matière (reformulation des verbatim du corps paramédical).

Les répondants ont indiqué que le choix de leur formation initiale s'est fait sur la base de la réputation et la noblesse du métier (88% de l'échantillon), des facteurs liés aux conditions personnels (répondants), la note du baccalauréat, et la chance de travailler.

Cependant, 15 professionnels de la santé ont montré l'importance de la formation continue dans la progression de la carrière professionnelle et par conséquent le degré de leur engagement. Par contre les huit restants ont confirmé qu'ils n'ont jamais eu l'opportunité de bénéficier de sessions de formation continue ou de renforcement des capacités.

Cette pratique a montré l'intérêt grandissant de la formation continue dans le renforcement des capacités des professionnels de la santé. Une grande partie des ateliers pratiques de formation et aux séminaires de courtes durées est accordée au personnel soignant. Plusieurs répondants remettent en question l'adéquation besoin-formation, ils jugent que les formations continues dont ils ont bénéficié sont de nature transversale. L'effort en formation reste toujours insuffisant pour développer leur pratique professionnelle ce qui nécessite la création d'un environnement d'apprentissage et de créativité.

Extraits de verbatim qui illustrent notre propos :

« [...] *la formation continue concerne tous les employés, il y a des initiatives du ministère, mais malheureusement dans la plupart des cas ils ne répondent pas aux besoins personnels et du poste occupé (F11) »*

« [...] *des ateliers de courte durée, des formations de recyclages sont organisées à la ville de Rabat, le nombre des participants demandés reste réduit, dans ce cas le chef choisi des personnes précis pour y participer ... (F12) »*

Une des pratiques les plus citées dans l'étude est le degré de responsabilisation et d'autonomie des collaborateurs. Des études ont d'ailleurs permis de prouver l'existence d'une relation positive entre la participation aux décisions (Fiorito & coll., 1997; Rodwell & coll., 1998), l'autonomie au travail (Dillon & Flood, 1992; Cohen & coll., 1996) et l'engagement organisationnel.

L'empowement ou l'autonomisation s'identifie à la capacité de prise de décision dans l'environnement de travail. Ces pratiques accordent aux individus la possibilité de participer au processus de décision par la mise en œuvre d'unités de travail favorisant l'autonomie d'action, et l'esprit d'initiative.

Un des répondants a confirmé l'importance d'adopter une approche participative pour contribuer au développement de service. De même, qu'il est essentiel d'effacer la politique de la seule voix et de la seule opinion. (Reformulation du Verbatim du F18).

Il ressort aussi de notre étude que huit sur vingt-trois (23) des répondants estiment que la hiérarchie ne prête pas grande attention aux pratiques de reconnaissances, dans ce cas, les appréciations sont de nature non monétaire comme des félicitations du supérieur immédiat.

« [...] *Le travail en équipe permet de développer la participation et l'initiative chez les infirmiers, les chefs doivent donner plus d'importance aux propositions et avis de l'équipe dans la prise de décision ... (F18) »*

« [...] *même si on reste en travail toute la journée, il n y a pas une vraie motivation pécuniaire, puisque les salaires sont déjà définis par notre statut, parfois les chefs nous appellent pour nous féliciter en cas de travaux exceptionnels ... (F14) »*

Ainsi, nous pouvons schématiser la perception des pratiques de MCH par les professionnels de la santé comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 4. Univers sémantique des PMCH

Les composantes	Les éléments abordés lors des entretiens
Partage de l'information	Les outils de partage d'information (bouche à oreille, réunion, courrier...) Les pratiques de partage d'information (ascendante, descendante)
Formation et Développement des compétences	Formation initiale Formation continue Adéquation besoin-formation Opportunité d'apprentissage et de créativité
Pratiques de reconnaissance	Leadership Feedback de la hiérarchie La qualité de relations avec les collègues au travail. Encourager les nouvelles idées Soutien organisationnel Aménagement du temps de travail (conciliation de vie privée – vie professionnelle, horaires flexibles)
Responsabilisation et autonomie	Sens au travail Approche participative Travail en équipe Prise de décision Partage du pouvoir

Perception de l'engagement organisationnel par les professionnels de la santé

A la lumière des entretiens que nous avons menés, nous avons tenté de jeter un coup de lumière sur la conceptualisation de l'engagement à travers les différentes définitions associées à ce concept.

Le premier constat soulevé lors de ces entretiens, c'est que l'appellation de l'engagement organisationnel utilisée par les professionnels de la santé n'est pas différente de celles abordées en littérature. L'analyse du champ de la recherche sur l'engagement organisationnel a permis de dégager progressivement trois grandes tendances qui reflètent trois formes d'engagement (Paillé, 2003) : l'engagement affectif, l'engagement calculé, et l'engagement normatif.

L'analyse des cas a soulevé les trois types d'engagement organisationnel dans l'administration sanitaire, avec une grande importance dédiée à l'engagement affectif puis à l'engagement normatif. L'engagement calculé, de sa part, qui est lié aux avantages et caractéristiques pécuniaires n'a pas été pris en compte par la majorité des interviewés, puisque les rémunérations et les avancements découlent de leur statut et de leur ancienneté.

Ces résultats rejoignent la littérature avancée dans ce sens. L'engagement affectif a été souvent associé à des effets positifs sur les attitudes individuelles et le bénéfice organisationnel. Il montre une relation positive et significative avec les comportements discrétionnaires favorables à l'organisation, tels la prise d'initiatives et l'aide spontanée aux collègues (Paillé, 2004 ; Meyer et al., 2002).

Les entretiens ont mis l'accent sur l'importance de la confiance et de l'éthique dans la relation avec les collaborateurs et la hiérarchie, ainsi que dans les pratiques professionnelles. Les actions de soutien des employés, le respect, l'équité sont considérés comme des facteurs augmentant l'engagement des salariés.

Cependant, dans la fonction publique les agents sont obligés à être dirigés par l'utilité publique. Le personnel doit se conformer aux normes juridiques et professionnelles au-delà de toutes autres considérations. De même, il est important d'éviter de penser aux avantages personnels en détriment des intérêts organisationnels (reformulation des synthèses des verbatim H3, H4, H5, F13).

Extraits de verbatim qui illustrent notre propos :

« [...] Le travail en hôpital public ce n'est pas comme le travail dans une clinique, on doit respecter les normes éthiques définies par le système de santé dans l'exercice quotidien de la profession... (H3) »

« [...] l'intérêt des patients compte énormément dans la profession, chaque jour, je suis prête à faire d'énormes sacrifices pour leur bien-être (F13) ».

Les antécédents de l'engagement organisationnel sont illustrés dans la Figure 4.

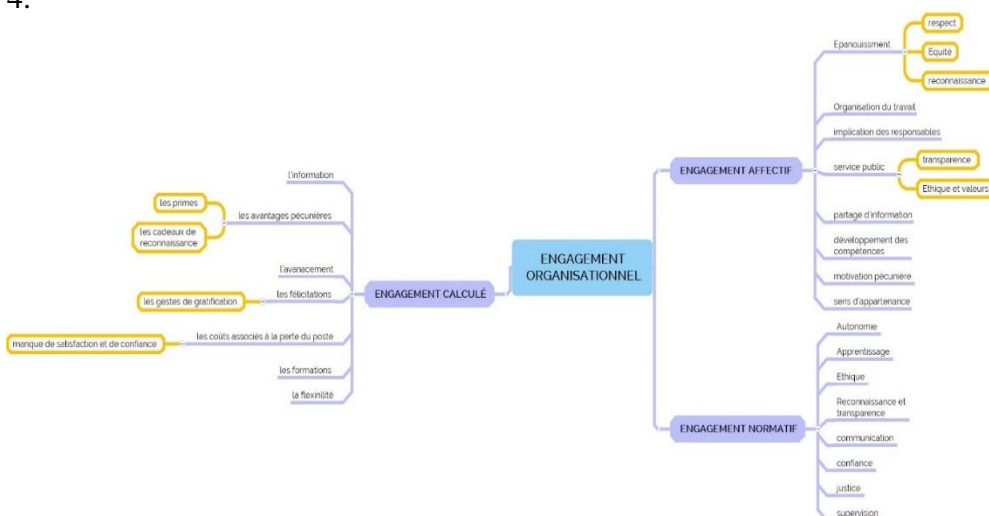


Figure 4. Arborescence des antécédents de l'engagement organisationnel

Discussion

Dans notre étude les résultats ont mis en avant les différentes pratiques de management du capital humain étudiées. Nos analyses ont montré que les pratiques de MCH renvoient des signaux d'une absence de soutien organisationnel et que ces perceptions limitent la confiance à l'égard de l'organisation. En effet, les professionnels de santé évoquent une multitude de variable considérée comme des antécédents de l'engagement ou de désengagement organisationnel. Comme a montré notre revue de littérature, nous avons maintenu les quatre grappes de pratiques (partage de l'information, développement des compétences, autonomie et reconnaissance non monétaire).

Grâce aux entretiens menés avec les professionnels de la santé publique, nous avons constaté que 16 répondants suggèrent que le partage d'information et la valorisation des compétences des employés sont les leviers de l'engagement affectif et normatif. Le personnel est de plus en plus engagé envers son organisation s'il a l'impression que celle-ci écoute ses préoccupations, ses opinions, et contribue au renforcement de ces capacités.

Les sessions de formation continues et les ateliers pratiques sont évoquées comme des signes d'un effort de développement des compétences déployé par l'organisation. Il nous est apparu que le concept de capital humain était assimilé dans l'esprit des professionnels de la santé au développement des compétences, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques de renforcement des capacités et de formation.

De même, 15 répondants ont accordé une grande importance aux pratiques de responsabilisation et à l'autonomie d'action. Comme l'indiquent Meyer et Allen (1990, 1991) une gestion participative où priment l'autonomie et la responsabilisation, devrait favoriser le développement de l'engagement affectif.

Dans certains cas de notre étude (11 répondants), il s'est avéré que les pratiques de reconnaissance à caractère non monétaire constituent une importante source d'engagement. Ce résultat rejoint les études de (Paré & Tremblay, 2007; Gagné & Deci, 2005; Luthans & Stajkovic, 1999; Lawler & Mohrman, 2003) qui précisent que les marques de reconnaissance non monétaire liées à des comportements méritants, d'encouragement, et des félicitations, interprètent le soutien et la confiance de l'organisation à l'égard de son équipe.

Cette étude a permis aussi de reconnaître le lien entre l'engagement organisationnel et le climat d'éthique, manifesté par l'utilité du service public, l'équité et le respect, d'une part, et l'attachement de l'employé envers son organisation d'autre part. Lorsque les professionnels de la santé ont la conscience d'une présence des principes et règles éthiques, cela accroît la

confiance ressentie par les professionnels. Un effet inverse est également mis en évidence.

En effet, l'éthique au travail s'est révélée être une variable particulièrement importante pour cette catégorie de professionnels. Une éthique d'organisation forte envoie un signal solide aux employés, traduisant la justice et l'équité de leur organisation. Dès lors, le sentiment d'engagement s'accroît et incite les employés à être plus efficaces, et performants (Chua & Rahman, 2011) et vice versa.

In fine, les résultats de cette analyse de contenu ont été scindés en deux parties. Tout d'abord, les résultats permettent d'appuyer la littérature et notamment les conclusions de recherches sur les pratiques de MCH et leur relation avec les attitudes au travail notamment l'engagement organisationnel. Ensuite, les résultats de cette recherche mettent en évidence de nouvelles conclusions de recherches, notamment sur le concept du climat d'éthique et son rôle dans l'instauration de la confiance et l'engagement à l'égard de l'organisation. Dans cette étude qualitative, certains verbatims vont dans le même sens que les conclusions sur la relation entre les pratiques de MCH et l'EO évoqué précédemment dans la première partie.

Conclusion

Dans cet article nous avons essayé d'étudier l'engagement organisationnel chez les professionnels de la santé publique grâce à une étude qualitative exploratoire. D'une part, elle se base sur les perceptions de 23 individus (corps médical, paramédical, et cadre administratif et technique) à l'égard d'un certain nombre de pratiques. D'autre part, cette étude vise à comprendre la relation d'influence entre les pratiques de management du capital humain et l'engagement organisationnel.

Les résultats issus de l'analyse thématique du contenu ont conduit de dégager une grappe de pratiques en quatre catégories : le partage de l'information, la formation et développement des compétences, la reconnaissance et la responsabilisation et autonomie. Ces pratiques positives contribuent fortement à augmenter l'engagement, et peut devenir une solution viable pour suivre les signes de désengagement (cumul d'emploi, débauchage du public vers le privé, départ volontaire, démission...) du système sanitaire.

Dans le même sillage, la contribution principale de cette étude est l'intégration de l'éthique au travail comme une variable modératrice. Par conséquent, ce facteur impacte la perception des pratiques du management du capital humain à l'égard de l'engagement organisationnel.

In fine, cette exploration qualitative n'est pas dépourvue de limites, un échantillon réduit n'est pas apte de nous donner la main afin de généraliser les résultats à tout le personnel du ministère de la Santé. Comme perspective d'étude, il est souhaitable d'étudier chaque catégorie de professionnel de santé

à part, puisque chacune à ses spécificités et ses caractéristiques. Cependant, il est tout aussi nécessaire d'étudier une structure de santé bien définie, car à travers cette étude nous avons remarqué que le milieu hospitalier, les directions de l'administration centrale, les directions régionales de la santé, les structures de soins de santé primaire présentent des pratiques différentes l'une à l'autre.

References:

1. Allen David, G., Lynn M. Shore, & Rodger W. Griffeth (2003). « The role of perceived organizational support and supportive human resource practices in the turnover process ». *Journal of management* 29 (1): 99-118.
2. Appelbaum Steven, H. & Rammie Kamal (2000). « An analysis of the utilization and effectiveness of non-financial incentives in small business ». *Journal of Management Development* 19 (9): 733-63.
3. Barney, J. (1991). « Firm resources and sustained competitive advantage ». *Journal of management* 17 (1): 99-120.
4. Becker Gary, S. (1964). *Human capital*. New York: Columbia University Press.
5. Becker Howard, S. (1960). « Notes on the concept of commitment ». *American journal of Sociology* 66 (1): 32-40.
6. Blau, P. (1964). « Power and exchange in social life ». *New York: J Wiley & Sons* 352.
7. Bonnet, M. (2003). « Exemple d'une recherche intervention socio-économique innovante dans un contexte trans-organisationnel ». Actes du congrès annuel de l'AGRH, Grenoble.
8. Boselie Paul, Graham Dietz, & Corine Boon (2005). « Commonalities and contradictions in HRM and performance research ». *Human resource management journal* 15 (3): 67-94.
9. Cardeal, N. & Antonio, N. S. (2012). Valuable, rare, inimitable resources and organization (VRIO) resources or valuable, rare, inimitable resources (VRI) capabilities: What leads to competitive advantage?. *Cardeal, N., António, (2012), 10159-10170*.
10. Chang Po-Chien & Shyh-Jer Chen (2011). « Crossing the level of employee's performance: HPWS, affective commitment, human capital, and employee job performance in professional service organizations ». *The international journal of human resource management* 22 (04): 883-901.
11. Coff Russell, W. (1997). « Human assets and management dilemmas: Coping with hazards on the road to resource-based theory ». *Academy of management review* 22 (2): 374-402.

12. Collins Christopher, J. & Ken Smith, G. (2006). « Knowledge exchange and combination: The role of human resource practices in the performance of high-technology firms ». *Academy of management journal* 49 (3): 544-60.
13. Edvinsson, L. (1997). « Developing intellectual capital at Skandia ». *Long range planning* 30 (3): 366-73.
14. Edvinsson, L. (2000). « Some perspectives on intangibles and intellectual capital 2000 ». *Journal of Intellectual capital* 1 (1): 12-16.
15. Eisenberger Robert, Robin Huntington, Steven Hutchison, & Debora Sowa (1986). « Perceived organizational support. » *Journal of Applied psychology* 71 (3): 500.
16. Ekionea Jean-Pierre Booto & Deborah Swain (2010). « Developing and Aligning a Knowledge Management Strategy: Towards ». *Information Resources Management: Concepts, Methodologies, Tools and Applications: Concepts, Methodologies, Tools and Applications*, 167.
17. Evans Randy, W. & Walter Davis, D. (2005). « High-performance work systems and organizational performance: The mediating role of internal social structure ». *Journal of management* 31 (5): 758-75.
18. Fabi Bruno, Richard Lacoursière, & Louis Raymond (2011). « Impact of high-performance work systems on job satisfaction, organizational commitment, and intention to quit in Canadian organizations ». *International Journal of Manpower* 36 (5): 772-90.
19. Fiorito Jack, Dennis Bozeman, Angela Young, & James Meurs (2007). « Organizational commitment, human resource practices, and organizational characteristics ». *Journal of Managerial Issues*, 186-207.
20. Gagné Marylène & Edward Deci (2005). « Self-determination theory and work motivation ». *Journal of Organizational behavior* 26 (4): 331-62.
21. Galunic Charles & Erin Anderson (2000). « From security to mobility: Generalized investments in human capital and agent commitment ». *Organization Science* 11 (1): 1-20.
22. Guchait Priyanko & Seonghee Cho (2010). « The impact of human resource management practices on intention to leave of employees in the service industry in India: the mediating role of organizational commitment ». *The International Journal of Human Resource Management* 21 (8): 1228-47.
23. Jonnaert Philippe, Johanne Barrette, Domenico Masciotra, & Mane Yaya (2006). *La compétence comme organisateur des programmes de formation revisitée, ou la nécessité de passer de ce concept à celui*

- de« *l'agir compétent* ». Bureau international d'éducation de l'UNESCO.
24. Kaplan Robert, S. & David Norton, P. (2005). « Balanced scorecard ». *Harvard Business Review*.
 25. Kroon Brigitte, Karina Van De Voorde, & Jules Timmers (2013). « High performance work practices in small firms: a resource-poverty and strategic decision-making perspective ». *Small Business Economics* 41 (1): 71-91.
 26. Lavoie-Tremblay, M. & Viens, C. (2004). « What will it take to keep our nurses? » *The Canadian nurse* 100 (6): 8.
 27. Lawler, E. & Susan Albers, M. (2003). *Creating an Effective Human Resources Organization: Trends and New Directions*. Stanford University Press.
 28. Lepak David, P. & Scott Snell, A. (1999). « The human resource architecture: Toward a theory of human capital allocation and development ». *Academy of management review* 24 (1): 31-48.
 29. Luthans, F. & Alexander, S. (1999). « Reinforce for performance: The need to go beyond pay and even rewards ». *The academy of management executive* 13 (2): 49-57.
 30. Mathieu John, E. & Dennis Zajac, M. (1990). « A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. » *Psychological bulletin* 108 (2): 171.
 31. Meyer John, P. & Natalie Allen, J. (1991). « A three-component conceptualization of organizational commitment ». *Human resource management review* 1 (1): 61-89.
 32. Meyer John, P., Natalie Allen, J., & Natalie Jean, A. (1997). *Commitment in the workplace*. Sage Publications.
 33. Meyer John, P. & Catherine Smith, A. (2000). « HRM practices and organizational commitment: Test of a mediation model ». *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue canadienne des sciences de l'administration* 17 (4): 319-31.
 34. Meyer John, P., David Stanley, J., Lynne, H., & Laryssa, T. (2002). « Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences ». *Journal of vocational behavior* 61 (1): 20-52.
 35. Nadler, L. (1970). « Developing human resources. »
 36. Paillé, P. (2004). « Examen empirique sur le caractère multidimensionnel de l'engagement normatif et sur les liens avec les engagements affectif et continu ». *Psychologie du travail et des organisations* 10 (4): 327-39.
 37. Paré, G. & Michel, T. (2007). « The influence of high-involvement human resources practices, procedural justice, organizational

- commitment, and citizenship behaviors on information technology professionals' turnover intentions ». *Group & Organization Management* 32 (3): 326-57.
38. Rodwell John, J., Rene, K., & Mark Shadur, A. (1998). « The relationship among work-related perceptions, employee attitudes, and employee performance: The integral role of communications ». *Human Resource Management: Published in Cooperation with the School of Business Administration, The University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources Management* 37 (3-4): 277-93.
39. Schultz, T. W. (1961). « Investment in human capital ». *The American economic review*, n° 51(1): 1-17.
40. Snell Scott, A. & James Dean, W. (1992). « Integrated Manufacturing and Human Resource Management: A Human Capital Perspective ». *Academy of Management Journal* 35 (3): 467-504. <https://doi.org/10.5465/256484>.
41. Stajkovic Alexander, D. & Fred, L. (1997). « A meta-analysis of the effects of organizational behavior modification on task performance, 1975–95 ». *Academy of Management journal* 40 (5): 1122-49.
42. Stinglhamber, Florence, & Christian Vandenberghe (2003). « Organizations and supervisors as sources of support and targets of commitment: A longitudinal study ». *Journal of Organizational Behavior* 24 (3): 251-70.
43. Sun Li-Yun, Samuel Aryee, & Kenneth Law (2007). « High-performance human resource practices, citizenship behavior, and organizational performance: A relational perspective ». *Academy of management Journal* 50 (3): 558-77.
44. Wernerfelt, B. (1984). « A Resource-based View of the Firm ». *Strategic Management Journal*, 5(2): 171-180