

Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet®

MATTHIEU SIBÉ¹, SANDRINE DOMEQ², MARION KRET³, LORENCE SAILLOUR-GLENISSON⁴

¹ Professeur agrégé d'économie et de gestion
Groupe de Recherche Economie et Gestion en Santé Publique (GREGSAP)
Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED)
Université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France
146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux cedex - FRANCE
tél. (33) 557 571 493 – fax : (33) 556 240 081
e-mail : matthieu.sibe@isped.u-bordeaux2.fr

² Statisticienne
Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA)
Plateau Technique - Hôpital Xavier Arnoz
33604 Pessac - FRANCE
tél. (33) 557 656 139 - fax (33) 557 656 136
e-mail : sandrine.domecq@ccecqa.asso.fr

³ Statisticienne
Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA)
Plateau Technique - Hôpital Xavier Arnoz
3604 Pessac - FRANCE
tél. (33) 557 656 139 - fax (33) 557 656 136
e-mail : marion.kret@ccecqa.asso.fr

⁴ Médecin de santé publique
Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA)
Plateau Technique - Hôpital Xavier Arnoz
3604 Pessac - FRANCE
tél. (33) 557 656 137 - fax (33) 557 656 136
e-mail : florence.saillour@ccecqa.asso.fr

RÉSUMÉ

Les dimensions organisationnelles et managériales du contexte des unités de soins constituent une piste explicative d'échec ou de succès des démarches qualité à l'hôpital. Conformément aux travaux quantitatifs actuels sur climat et culture organisationnelle, nous mesurons la multi-dimensionnalité du contexte organisationnel et managérial (COM) à partir des perceptions des acteurs concernant le style de management du service, le soutien du supérieur et leurs propres attitudes de travail en retour.

Objectif : L'étude vise à vérifier l'existence de profils organisationnels et managériaux classant les services en groupes homogènes et à mettre en évidence des contextes perçus par les acteurs comme plus favorables que d'autres.

Méthodologie : L'étude utilise le questionnaire COMEt® et ses données de validation, recueillies auprès d'un échantillon de 861 professionnels – médecin, infirmier(e), aide-soignant(e), répartis dans 36 services de médecine polyvalente, de 33 établissements de santé publics ou privés, sélectionnés selon un plan stratifié en grappes dans 5 régions françaises. L'analyse des données procède par une classification ascendante hiérarchique (CAH), à partir des scores dimensionnels de COMEt©.

Résultats : La CAH identifie deux profils de services quasi-opposés en tout point et significativement différents selon la valeur-test (écart significatif entre score moyen de l'ensemble des services et score moyen de la classe). Ces résultats démontrent la présence d'une spirale organisationnelle et managériale vertueuse pour 9 services et vicieuse pour 13 services. Conclusion : Les résultats ouvrent une perspective intéressante de modélisation des mécanismes d'interactions entre les dimensions organisationnelles, managériales et attitudeles des contextes des unités de soins, autant qu'ils permettent de tester le lien entre profils optimistes (ou pessimistes) et qualité des soins.

Mots-clés : Culture organisationnelle, Climat organisationnel, Questionnaire, Hôpital, Unités de soins, Classification hiérarchique.

SUMMARY

ORGANIZATIONAL AND MANAGERIAL CONTEXTS OF HOSPITAL UNITS: RESULTS OF CROSS-SECTIONAL DESCRIPTIVE SURVEY WITH 36 MEDICINE UNITS BY COMET® QUESTIONNAIRE

At the care units level, organizational and managerial dimensions of local context are one way to explain success or failure of the quality improvement in hospitals. Like current quantitative research about organizational climate and culture, we measure the multi-dimensionality of organizational and managerial context, from perceptions of professionals on the management style, hierarchical support and their own work attitudes in return.

Objective: *To verify the existence of organizational and managerial profiles, consolidating services into homogeneous classes and to highlight contexts perceived by professionals as more favourable and optimist than others.*

Methodology: *We use our questionnaire COMEt® and its validation data, collected from a sample of 861 professionals – doctors, nurses, auxiliary nurses – of 36 medicine units in 33 pub-*

lic or private hospitals, selected according to a stratified cluster sample from five french administrative regions. For data analysis, we operate a hierarchical ascending classification from dimensional COMET[®] scores.

Results: *We determine two profiles of care units, with organizational and managerial dimensions quasi-opposed in all points and significantly different according to the test-value (the difference between average score of all services and average score of the class). These results demonstrate the presence of an organizational and managerial spiral, virtuous for 9 units, and vicious for 13 units. Conclusion : Results open interesting perspectives to modelize interactions between organizational, managerial and attitudinal dimensions of these local contexts of care units, and to make the link between the optimists (or pessimists) profiles and the quality of care.*

Key word: *Organizational Culture, organizational Climate, Questionnaire, Hospital, Care Units, Hierarchical Classification.*

1. INTRODUCTION

En 2001, l'institut de médecine américain considérait qu'il existait un gouffre entre le niveau de soins atteint et celui atteignable (IOM, 2001). En conséquence et par une prise de conscience internationale, les établissements de santé ont déployé sur le terrain des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces initiatives consistent à « fournir des soins sûrs et conformes aux connaissances médicales actuelles et aux meilleures pratiques, et aptes à satisfaire les besoins implicites et explicites des patients » (Vuori, 1982). Une décennie plus tard, la littérature présente des résultats en demi-teinte et relativement hétérogènes des ces initiatives : tantôt elles fonctionnent, tantôt elles n'améliorent pas du tout ou très modestement la qualité des soins (Kaplan et al., 2011). Ces résultats mitigés suscitent débat afin de comprendre les raisons de leur échec et les conditions de leur réussite. De nombreux travaux se sont longuement attardés sur les stratégies d'implantation, et mettent en avant un déficit de méthode dans l'implémentation de démarches, issues initialement d'un secteur industriel. D'autres,

plus récemment, considèrent que l'efficacité des méthodes qualité n'est pas en cause, mais plutôt que les motifs de succès ou d'échecs tiennent à leur contexte d'implantation.

En réponse, la littérature actuelle accorde un intérêt majeur aux facteurs contextuels sur la base de travaux majoritairement empiriques. Certains auteurs tentent de mieux définir l'ensemble des variables du contexte, comme le modèle MUSIQ – Model for Understanding Success In Quality, en les catégorisant selon différents niveaux d'observation : macro/méso/micro-contexte ; ou contexte interne/externe, ou contexte lié au système de management de la qualité/contexte plus général (Kaplan et al., 2010; Katz-Navon, Naveh, & Stern, 2007). Ils établissent une liste de facteurs contextuels liés à la qualité des soins, sans les hiérarchiser et apprécier leurs interactions. D'autres travaux abordent le contexte de manière plus restreinte, en se concentrant sur certains de ces aspects. Il en est ainsi pour les travaux conduits sur les hôpitaux magnétiques, centrés sur les conditions de travail, et présentant des attributs organisationnels et managériaux favorables tant à l'attractivité et

la fidélisation des infirmier(e)s qu'à l'amélioration de la qualité des soins (Brunelle, 2009; McClure, 2005). Ces études restent en grande partie confinées au système de soins américain, appréhendent la variable contexte uniquement sous l'angle d'appréciation des seules infirmier(e)s et en outre, leur focale d'observation reste méso-organisationnelle et institutionnelle à l'échelle de l'établissement, laissant de côté l'étude des contextes locaux des unités de soins (Sibé, 2012). D'autres catégories de travaux pointent l'importance des facteurs locaux organisationnels et managériaux sur une des dimensions techniques de la qualité des soins, l'appropriation des normes de bonnes pratiques cliniques par les médecins (Grol et Grimshaw, 2003; Saillour-Glénisson et al, 2008). Enfin, en France, une seule étude publiée présente principalement les résultats de validation métrologique d'un outil de mesure de la culture, de l'organisation et du management dans des services de soins intensifs (Minvielle et al., 2003). Cependant l'environnement de travail de ces services hautement spécialisés requiert un besoin de cohésion et de coordination des équipes, fondamental pour la sécurité et la qualité des soins, mais qui rend par conséquent l'étude du contexte relativement spécifique. Eu égard à ces différents travaux, l'étude, à l'échelon microscopique des attributs organisationnels et managériaux locaux, par la perception pluri-professionnelle des acteurs des services hospitaliers français, dans un cadre d'unités polyvalentes non spécialisées, reste largement à effectuer. Malgré sa disparition réglementaire depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire de juillet 2009, l'unité d'analyse « service » à l'hôpital demeure suffisamment pertinente. Primo, la présence de sous-cultures au sein des grands ensembles hospitaliers laisse présager qu'il existe une hétérogénéité des contextes au sein d'un même hôpital. Secundo, étudier les dimensions locales du contexte répond dans une certaine mesure aux exigences d'adaptation des démarches qualité aux contraintes de terrain. Si la qualité peut se penser de manière globale, elle nécessite

une action locale de proximité. Par ces motifs, il est justifié de postuler le principe d'une présence d'un effet-contexte du service jouant sur la qualité des soins.

Sur un plan conceptuel, il n'existe pas à notre connaissance de définition unanime et établie du contexte organisationnel et managérial (COM) des services d'hospitalisation. Deux perspectives semblent possibles. L'une, de nature réaliste et structurelle, consiste à décrire de manière objective le contexte local par un relevé de faits organisationnels sur les structures et dispositifs de pilotage, d'animation et de contrôle des décisions. L'autre, retenue par notre approche, est de nature constructiviste et perceptivo-cognitive. Le contexte est alors un construit qui se dégage des représentations collectives et partagées des acteurs, selon deux champs d'investigation bien repérés dans la littérature managériale : la culture et le climat. Nous n'ignorons pas le débat épistémologique récurrent sur les points de divergences disciplinaires et métrologiques entre la culture, « ensemble de cognitions partagées par les acteurs s'appuyant sur des postulats inconscients, des valeurs et des croyances, des artefacts organisationnels » (Schein, 1992) et le climat, « ressenti collectif et partagé sur la façon dont les pratiques organisationnelles et managériales de l'entreprise sont perçues par ceux qui y travaillent » (Cooke & Rousseau, 1988). Mais par-delà les clivages, dès lors qu'il s'agit d'opérationnaliser les deux concepts dans des instruments de mesure, qui plus est quantitatifs, il faut souligner leur grande proximité et leur fréquente assimilation (Brunet & Savoie, 2000). Partant du constat des multi-dimensions culturelles et climatiques du contexte et de l'absence d'une définition unanime et stable, nous avons privilégié une perspective perceptivo-cognitive pour désigner le contexte par « la perception collective et partagée, entre les professionnels médicaux et soignants d'un service hospitalier, au sujet des valeurs et croyances, des attitudes individuelles ainsi que des attributs organisationnels et managériaux ».

Cette position est proche des travaux passés ou présents qui fusionnent climat et culture, tel le questionnaire FOCUS – First Organizational Culture/Cimate Unified Search (Van Muijen et al., 1999) ou les outils de mesure du contexte hospitalier du projet européen DUQUE – Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (Groene et al., 2010).

2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE COMET®

L'étude COMET®¹, dont la méthodologie et les résultats sont présentés ci-après, poursuit une finalité descriptive du contexte des unités de soins, au sens d'Ashkanasy (Ashkanasy, Wilderom et Peterson, 2010). Son objectif est de déterminer les caractéristiques organisationnelles et managériales de travail des unités de soins polyvalentes dans le système hospitalier français et de vérifier l'hétérogénéité des contextes locaux des unités de soin. Chaque contexte de service de soins est *a priori* unique et spécifique, obéissant à des logiques d'ajustements locaux. Toutefois, dans quelle mesure existe-t-il des similitudes et des divergences dans les dimensions organisationnelles et managériales composant les contextes de travail de ces services ? Traiter cette question revient à proposer, le cas échéant, des profils organisationnels et managériaux des services d'hospitalisation et à analyser le contraste de leur composition. Nous avons fait le choix d'une mesure quantitative du contexte. Cette option est justifiée par l'ambition opérationnelle de diffusion nationale d'un instrument d'appréciation

du contexte pour les unités de soins. L'originalité de cette étude se situe à plusieurs niveaux. Premièrement, notre unité d'analyse est le service et non l'établissement. Deuxièmement, il s'agit de services de médecine polyvalente moins techniquement spécialisés. Troisièmement, notre enquête nous a permis d'interroger non seulement les infirmières (IDE) mais aussi les autres professionnels de santé présents dans ces services, à savoir les médecins (MED) et les aides-soignants (AS). Quatrièmement, le questionnaire COMET® construit ad hoc et validé (Saillour-Glénisson et al., 2012), appartient à la catégorie des instruments de caractérisation des dimensions. L'originalité méthodologique a été d'utiliser ce questionnaire sans typologie *a priori*, pour construire *a posteriori*, des profils de services, au moyen d'un procédé statistique de classification automatique des données.

Les retombées attendues de l'étude sont de mieux comprendre la vision que portent les professionnels de santé sur leur environnement de travail, de fournir un cadre d'actions pour les managers de proximité autant que pour les responsables RH de l'hôpital et d'ouvrir des voies de recherche ultérieures.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1. Recueil des données

Le recueil des données a eu lieu en 2009 auprès d'un échantillon de professionnels de santé appartenant à 36 services d'hospitalisation, de 33 établissements (publics ou privés) de 5 régions (Aquitaine, Bretagne, Franche-

¹ COMET®, pour Contexte Organisationnel et Managérial en Etablissement de santé est une composante d'un projet national multicentrique, piloté par le CCECQA (Comité de Coordination, d'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine), et financé par la HAS (Haute Autorité de Santé). Ce projet de recherche plus global, baptisé ThéOREM® - Théories Organisationnelles, Recommandations et Management, vise à lier COM et performance clinique. (source : Rapport final ThéOREM® disponible auprès de la HAS - CCECQA. Contexte Managérial et Organisationnel des services de médecine et Appropriation des Recommandations professionnelles en Etablissement de santé. Rapport final de projet de Recherche HAS, Septembre 2011, Pessac.)

Comté, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes). Les services de médecine polyvalente ont été sélectionnés par tirage au sort stratifié sur une liste des services autorisés présents dans la région enquêtée. Une fois la liste constituée, l'inclusion des services était ensuite opérée sur la base d'un appel à participation volontaire en respectant les strates d'échantillonnage. Les strates étaient définies comme les services appartenant : 1) aux centres hospitaliers universitaires – CHU, 2) aux centres hospitaliers non universitaires de plus de 350 lits - CH de grande taille, 3) aux centres hospitaliers non universitaires de moins de 350 lits - CH de petite taille, 4) à des cliniques privées. L'échantillon d'étude était constitué de l'ensemble des professionnels médecins, infirmières (IDE) et aides-soignantes (AS) en activité et administrativement rattachés au service inclus². Chaque professionnel de santé du service a été invité à répondre au questionnaire COMEt®, le recueil étant organisé de manière à garantir la confidentialité totale des données. Des informations complémentaires, sur les individus (caractéristiques sociodémographiques et professionnelles) et sur le service (caractéristiques générales sur la taille, les effectifs, l'équipement, la durée moyenne de séjour) ont été également recueillies via deux autres questionnaires.

3.2. L'outil COMEt® de mesure du contexte

Le questionnaire COMEt® appartient à la classe des « *profiling instrument* », qui regroupe les outils quantitatifs de caractérisation des contextes en regroupement d'items par dimension. La construction de l'outil COMEt® respecte les étapes d'exploration et de validation du paradigme de Churchill (Roussel & Wacheux, 2005). Après spécification du domaine du construit, la génération des items

a suivi une démarche déductive par revue de littérature pour identifier les échelles existantes, puis établir une banque d'items. Sur cette base, les experts (4 chercheurs en gestion, 1 praticien de la santé publique) ont validé le contenu en proposant, par méthode de consensus, l'adaptation et la rédaction, dans le contexte français, des items. La validation métrologique a été réalisée en respectant les étapes de vérification de la validité de contenu, de la fiabilité et de la reproductibilité du construit. L'alpha de Cronbach du questionnaire COMEt® dans sa globalité s'élève à 0.93 et il est supérieur à 0.70 pour 12 dimensions, les rhôs de Dillon et Goldstein sont tous supérieurs à 0.70, démontrant la bonne cohérence interne de notre outil. Au final et après procédure d'épuration, l'outil COMEt® validé comporte 6 thèmes, 21 dimensions et 83 items, avec des modalités de réponse sur une échelle de Likert à 5 échelons (Tableau I).

3.3. Description des dimensions

L'éventail des dimensions de COMEt® couvre à la fois les résultats perçus du fonctionnement du service sur les attitudes individuelles (satisfaction, charge de travail, engagement, loyauté, propension à rester...) et les perceptions quant au style de management du service (prise de décision, attribution des objectifs et des tâches, soutien du supérieur, gestion des conflits, communication, relation avec le supérieur hiérarchique et avec les pairs). La validation métrologique de l'outil rend possible l'application d'une méthode de scoring pour décrire les dimensions et leur donner un sens d'interprétation. Chaque dimension est composée de plusieurs items, dont le sens alimente de façon unidirectionnelle l'intitulé de la dimension. Le score de chaque dimension est calculé comme la moyenne des pourcen-

² Étaient exclus de l'enquête : le/la cadre soignant, les autres personnels paramédicaux, les externes et élèves IDE-AS, les professionnels en congé longue durée, les médecins n'effectuant que des gardes ponctuelles.

Tableau I : Thèmes, dimensions et nombre d'items du questionnaire COMEt®

Thèmes et dimensions	Nombre d'items
1) Implication du professionnel	
1A – Engagement envers le service	5
1B – Acceptation des normes du service	2
1C – Aspirations professionnelles	5
2) Résultats perçus du fonctionnement du service	
2A – Satisfaction au travail	4
2B – Propension à rester	2
2C – Absence de surcharge de travail	2
2D – Absence d'épuisement professionnel	5
2E – Efficacité perçue du service	4
3) Management du service	
3A – Prise en compte de l'individu dans le collectif	4
3B – Faibles pratiques discriminatoires	2
3C – Attribution des tâches et des objectifs	3
3D – Apprentissage organisationnel	4
3E – Faible fréquence de conflits entre professionnels	4
3F – Modalités de gestion des conflits	5
3G – Types de comportements encouragés au sein du service	4
4) Vie relationnelle et communication au sein du service	
4A – Relations entre les professionnels paramédicaux	3
4B – Relations avec et entre les médecins	6
4C – Coordination au sein du service	2
4D – Diffusion de l'information	3
5) Relations avec le patient et sa famille	
	5
6) Soutien hiérarchique	
	9

Modalités de réponse : 1. Pas du tout d'accord, 2. Pas d'accord, 3. Ni d'accord, ni pas d'accord, 4. D'accord ou 5. Tout à fait d'accord. Les modalités 4 et 5 ont été regroupées pour former les réponses positives.

tages de réponses positives aux questions composant la dimension. Ce score, exprimé sur 100, s'interprète comme la moyenne d'accord par les répondants vis-à-vis de l'intitulé de la dimension. Un score élevé signifie qu'en moyenne les perceptions des répondants vis-à-vis de la dimension sont largement partagées. Par exemple, un score de 80 sur 100 à la dimension 6-*Soutien hiérarchique* signifie

qu'en moyenne 80% des individus est d'accord pour dire que leur hiérarchie les soutenait. Inversement, des scores faibles signifient que peu de gens perçoivent ce soutien hiérarchique, conduisant à une interprétation du soutien comme plus faible dans ce cas-là. Au total, 17 scores sur les 21 dimensions du questionnaire sont calculés. Trois dimensions (*1C – Aspirations professionnelles*, *3F – Modalités*

de gestion des conflits, 3G – Types de comportements encouragés au sein du service) sont non scorées car les items les composant sont formulés de façon concurrentes, correspondant davantage à des caractéristiques complémentaires de la dimension qu'à des caractéristiques allant dans le même sens d'interprétation. La dimension 3D – *Apprentissage organisationnel* présentant de faibles performances métrologiques, est exclue des analyses. Au final, l'analyse des données permet de décrire les 17 dimensions identifiées au travers de leurs scores respectifs sur l'ensemble des répondants.

3.4. Typologie des services par classification hiérarchique ascendante

Afin de tester l'existence de profils organisationnels et managériaux homogènes, nous procédons statistiquement au regroupement *a posteriori* des services. Dans ces conditions, une des méthodes retenues est celle de la classification hiérarchique (Lebart, Morineau et Piron, 2000). Une Analyse en Composantes Principales (ACP) a donc été réalisée sur les 17 scores COMEt® des 36 services participants. À partir des coordonnées des axes de l'ACP retenus selon le critère de Kaiser (valeurs propres supérieures à 1), une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH), avec comme indice d'agrégation des classes le critère de Ward associée à la distance euclidienne entre les services, permet d'obtenir un regroupement des services en classes homogènes. Le nombre de classes n'est pas fixé *a priori*. La description des services de chaque classe est faite à partir des scores de COMEt® dont la valeur-test est significative (la moyenne sur l'ensemble des services diffère significativement de celle de la classe). Les analyses multidimensionnelles sont réalisées sur le logiciel SPAD. Enfin, les caractéristiques des services sont comparées entre les deux profils avec le test du Chi2, ou bien le test de Fisher exact quand un des effectifs théoriques est inférieur à 5, ou le test de Student pour les comparaisons de moyennes.

4. RÉSULTATS

4.1. Descriptif des répondants

Sur 1 081 professionnels de santé ciblés, 861 ont rempli le questionnaire COMEt®. Le taux de retour global est très satisfaisant et se situe à hauteur de 80%. Il a été obtenu grâce à l'effort conjugué des coordonateurs régionaux et des correspondants locaux de l'enquête. Il témoigne également de l'intérêt suscité par les thématiques de l'enquête auprès des professionnels, puisque 136 médecins, 361 IDE et 362 AS (2 n'ayant pas communiqué leur profession) ont participé, soit respectivement des taux de retour de 77%, 82%, 78%. Les répondants étaient issus de 36 services de médecine polyvalente au sein de 33 établissements répartis comme suit (Tableau II).

4.2. Un contexte-type d'un service de médecine polyvalente

Avant de chercher à établir des catégories de profils, il convient de dresser le contexte-type d'un service de médecine polyvalente en dressant le portrait moyen des dimensions scorées toutes professions et lieux d'exercices confondus. Apparaît ainsi la hiérarchie décroissante des dimensions les plus partagées aux moins partagées qui composent le contexte des services de soins (Tableau III).

Les deux dimensions qui présentent les perceptions les plus largement partagées par les professionnels concernent le respect des personnes. Premièrement, un très large consensus se dégage sur l'attention accordée au relationnel avec le patient et sa famille, aux attentes qu'il peut formuler et à l'éducation thérapeutique qu'il peut recevoir autant qu'au respect de ses spécificités culturelles (*dimension 5 – relation avec le patient et sa famille*). Deuxièmement, les professionnels considèrent que les pratiques discriminatoires, qu'elles soient de genre ou ethniques, sont majoritairement étrangères au management du service, dès lors qu'il s'agit d'attribuer des rôles ou des res-

Tableau II : Description des services par strates de services

		Clinique	CH Petit (<350 lits)	CH Grand (>350 lits)	CHU
Nombre de services		7	14	9	6
MED	Médiane	5.00	2.00	3.00	3.00
	(Min-Max)	(1 - 10)	(0 - 5)	(2 - 11)	(1 - 11)
IDE	Médiane	7.00	8.00	13.00	10.00
	(Min-Max)	(2 - 9)	(2 - 13)	(7 - 28)	(9 - 23)
AS	Médiane	6.00	9.50	11.00	11.00
	(Min-Max)	(2 - 10)	(3 - 15)	(5 - 17)	(8 - 20)
Nombre de lits	Moins de 20 lits	0	0	2	3
	Entre 20 et 40 lits	5	11	7	3
	Entre 40 et 60 lits	2	2	0	0
Durée de séjour moyenne	Moins de 7 jours	1	4	2	3
	Entre 7 et 10 jours	0	5	5	2
	Plus de 10 jours	4	5	2	0

responsabilités (*dimension 3B – Pratiques discriminatoires*). 7 autres dimensions obtiennent un score moyen supérieur à 50, indiquant que plus de 50% de professionnels partagent une vision plutôt positive :

- d’une part, du management du service quant à l’attribution des tâches et des objectifs (*dimensions 3C*), aux relations entre les professionnels paramédicaux (*dimension 4A*), aux relations avec et entre les médecins (*dimension 4B*), à la diffusion de l’information (*dimension 4D*) ;
- et d’autre part, de l’engagement des professionnels (*dimension 1A*), de leur propension à rester (*dimension 2B*) et de leur sentiment d’épuisement professionnel (*dimension 2D*).

Les dimensions dont le score est inférieur à 50, sont au nombre de 8. Cela signifie que pour ces 8 dimensions, moins de la moitié des professionnels sont en accord avec l’intitulé des dimensions, dégageant une vision plus négative du contexte des services. Quatre d’entre elles sont relatives au style de management du service et traduisent :

- un sentiment de désaccords nombreux entre médecins, entre paramédicaux et entre paramédicaux et médecins (*dimension 3D – fréquence des conflits entre professionnels*) ;
- une faible reconnaissance des professionnels par leur responsable et une faible prise en compte des avis des professionnels dans les choix stratégiques et organisationnels du service ou de prise en charge du patient (*dimension 3A – prise en compte de l’individu dans le collectif*) ;
- des réunions de service qui ne sont pas des temps réels d’échange et de discussion et une absence d’explication lors de changements de fonctionnement (*dimension 4C – coordination au sein du service*) ;
- un vision collective relativement dégradée du soutien apporté par le supérieur hiérarchique, quant à sa capacité à développer une vision, à stimuler au quotidien les professionnels, à prendre des décisions fermes et convaincantes, à établir des relations amicales dans le service et à se préoccuper du bien-être des professionnels (*dimension 6 – soutien hiérarchique*).

Les quatre dimensions aux scores les plus faibles concernent les ressentis individuels vis-à-vis du travail : un niveau faible de satisfaction au travail (*dimension 2A*), une surcharge de travail ressentie en termes de contraintes temporelles ou contraintes physiques (*dimension 2C*), un sentiment faible d'efficacité collective du travail réalisé dans le service (*dimension 2E*) et une faible acceptation des normes du service (*dimension 1B*).

4.3. Deux profils organisationnels et managériaux contrastés des services

Afin de contraster avec le contexte-type des unités de médecine polyvalente, établi précé-

demment par le descriptif des scores moyens, notre classification considère comme unité d'observation principale l'entité service et applique une technique hiérarchique de regroupement des services en classes homogènes. La classification ascendante hiérarchique (CAH) s'effectue sur les coordonnées des scores de COMEt[®] service par service des quatre premiers axes de l'ACP (analyse en Composantes Principales) représentant 71% de la variance expliquée. Les résultats permettent de repérer initialement trois classes homogènes parmi les 36 services, composées respectivement de :

- Classe 1 : 9 services et 193 professionnels (2 issus de CH grand, 5 de CH petit, 2 de Cliniques),

Tableau III : Classement par ordre décroissant des 17 dimensions scorées

Libellé des dimensions	Score moyen sur 100
5. Relations avec le patient et sa famille	76
3B. Faibles pratiques discriminatoires	76
3C. Attribution des tâches et des objectifs	73
4A. Relations entre les professionnels paramédicaux	71
4D. Diffusion de l'information	62
1A. Engagement au service	59
2B. Propension à rester	57
2D. Absence d'épuisement professionnel	55
4B. Relations avec et entre les médecins	51
3D. Faible fréquence des conflits entre professionnels	49
4C. Coordination au sein du service	48
6. Soutien hiérarchique	48
3A. Prise en compte de l'individu dans le collectif	48
2E. Efficacité perçue du service	46
2A. Satisfaction au travail	44
2C. Absence de surcharge de travail	39
1B. Acceptation des normes du service	36

Lecture : le score élevé de 76 pour la dimension 5 va dans le sens d'une perception partagée par un grand nombre de répondants de l'existence de relations avec le patient et sa famille; le score faible de 39 pour la dimension 2C va dans le sens d'une perception partagée par un petit nombre de répondants de l'absence de surcharge de travail.

- Classe 2 : 13 services et 322 professionnels (2 issus de CHU, 4 de CH grand, 6 de CH petit, 1 de Clinique),
- Classe 3 : 14 services et 346 professionnels (5 issus de CHU, 3 de CH grand, 3 de CH petit, 3 de Cliniques).

Dans le tableau IV, pour chaque score significatif comme descripteur (selon la valeur-test), est représentée la différence entre la moyenne du score sur les services composant la classe et le score global sur l'ensemble des 36 services. Sur 17 scores, deux n'étaient significatifs pour la description d'aucune classe (*dimen-*

sions 1B - Acceptation des normes du service, dimension 3C - Attribution des tâches et des objectifs).

Deux profils opposés de services sont ainsi caractérisés (figure 1) : un profil n°1 associé à la première classe développant une vision partagée qualifiée d'optimiste et un profil n°2 associé à la deuxième classe développant une vision partagée dite pessimiste du COM du service. Concernant la troisième classe, elle rassemble 14 services, aux caractéristiques culturelles et climatiques variées, sans qu'il ne soit possible de dégager un profil bien tranché (aucun score descripteur significatif).

Tableau IV : Sens d'interprétation des scores descripteurs des classes par rapport au score global calculé sur l'ensemble des 36 services

Libellé des dimensions	Score moyen sur 100	1 ^{ère} classe n=9 services	2 ^{ème} classe n=13 services
5. Relations avec le patient et sa famille	76	7,2	-6,8
3B. Faibles pratiques discriminatoires	76	7,4	-5,8
3C. Attribution des tâches et des objectifs	73	non discriminante	
4A. Relations entre les professionnels paramédicaux	71	8,3	-4,5
4D. Diffusion de l'information	62	8,5	-7,4
1A. Engagement au service	59	4,8	-3,8
2B. Propension à rester	57	13,1	-10,2
2D. Absence d'épuisement professionnel	55	6,4	-1,6
4B. Relations avec et entre les médecins	51	13,4	-17,5
3D. Faible fréquence des conflits entre professionnels	49	10,9	-11,5
4C. Coordination au sein du service	48	13,4	-9,8
6. Soutien hiérarchique	48	11,9	-14,8
3A. Prise en compte de l'individu dans le collectif	48	13,0	-13,6
2E. Efficacité perçue du service	46	13,5	-12,7
2A. Satisfaction au travail	44	11,6	-9,2
2C. Absence de surcharge de travail	39	8,9	-4,5
1B. Acceptation des normes du service	36	non discriminante	

Lecture : pour la dimension 5, le score moyen sur les 9 services composant la 1^{re} classe est supérieur de 7,2 au score global 76 ; pour la dimension 2A, le score moyen sur les 13 services composant la 2^e classe est inférieur de 9,2 au score global 44.

Profil n°1 : les services avec une vision partagée « optimiste »

Pour chaque score descripteur, la moyenne sur les 9 services de la première classe est supérieure au score moyen sur les 36 services. De façon synthétique, ces services se caractérisent par une spirale positive des perceptions du COM :

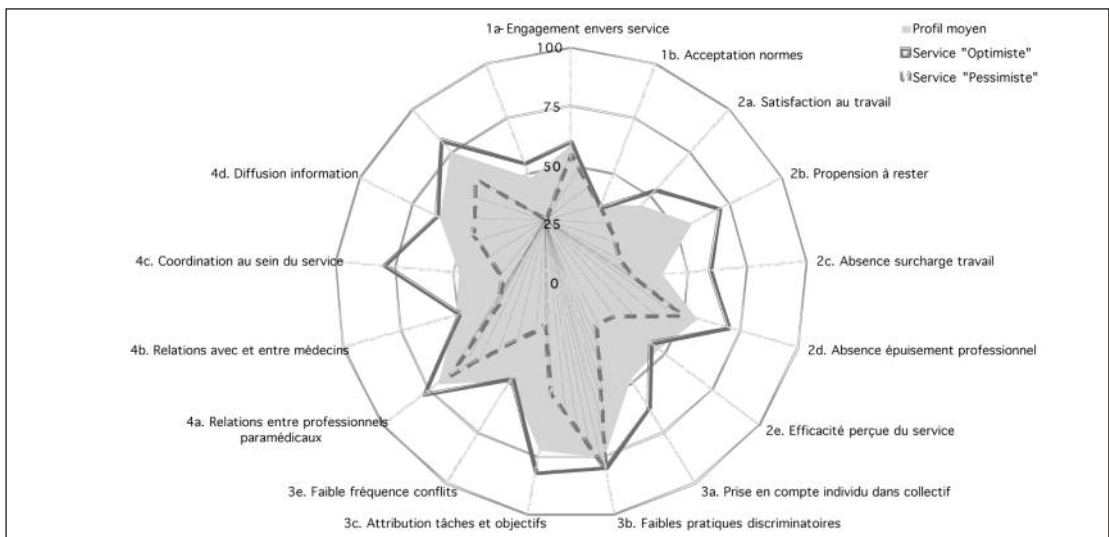
- un management du service favorable aux relations entre tous les professionnels, à leur coordination, au respect de l'individu dans la prise de décision collective, à la faible fréquence des conflits ;
- des attitudes au travail tournées vers l'engagement, la satisfaction au travail et la propension à rester dans le service ;
- une image davantage positive du soutien du supérieur, perçu comme visionnaire et stimulant, apte à la décision mais aussi à l'écoute de chacun ;
- une performance perçue plus développée quant à l'efficacité du service et à la qualité de la relation avec le patient et sa famille.

Profil n°2 : les services avec une vision partagée pessimiste

Pour chaque score descripteur, la moyenne sur les 13 services de la deuxième classe est inférieure au score global. Ce groupe de services contraste presque en tous points avec le profil des services optimistes et illustre une spirale négative du COM :

- un management du service perçu comme moins coordonné, moins collaboratif, davantage conflictuel entre les professionnels du service et moins participatif ;
- des attitudes au travail moins engagées, moins satisfaisantes et une propension à rester moins forte ;
- une image négative du soutien supérieur hiérarchique, tant dans sa capacité à mobiliser, à dégager une vision du service, que dans son attention portée à chacun des membres ;
- une performance collective du service perçue considérée comme moins efficace dans la prise en charge, la capacité à retenir les meilleurs membres du service et comme de

Figure 1. Représentation des deux profils organisationnels et managériaux de services



moins bonne qualité dans l'écoute des besoins du patient et de sa famille.

5. DISCUSSION

5.1. Intérêt méthodologique de la CAH

Cette étude explore l'existence de profils différenciés de COM au sein d'une même catégorie de services hospitaliers de médecine polyvalente. A ce jeu des différences et des points communs entre services, les méthodes statistiques de partition et de classification des données, qui reposent sur le critère statistique objectif de la différence significative entre les scores dimensionnels, démontrent leur intérêt. Malgré ses limites connues (classification fondée sur la moyenne générale), la CAH parvient à établir des contrastes contextuels significatifs entre les services investigués. Dans notre étude, deux profils homogènes et contrastés sont caractérisés. Le recours à la CAH s'y révèle d'autant plus précieux que notre posture de recherche empirico-inductive nous avait conduit à élaborer un outil à spectre large de mesure du COM, sans typologie a priori. L'absence d'un cadre conceptuel théorique guidant notre analyse du COM pouvait fragiliser l'interprétation ex-post du descriptif des résultats. La CAH comble ce déficit de repères conceptuels initiaux. Elle nous conduit à comparer nos résultats à ceux des démarches hypothético-déductives et à mettre en perspective théorique et pratique la typologie empirique obtenue automatiquement.

5.2. Pertinence des deux profils optimistes et pessimistes

Deux points méritent attention sur la pertinence de la typologie générée et l'idée d'une spirale vertueuse ou vicieuse du fonctionnement perçu du service en lien avec les attitudes au travail. L'un est relatif aux propriétés intrinsèques de la typologie et l'autre est relatif aux

éléments de validation externe repérables dans la littérature.

Premièrement, tels le yin et le yang, les deux classes repérées s'opposent quasi-systématiquement sur chacune des dimensions. Les dimensions les plus largement partagées et les plus favorables dans le COM des services optimistes sont celles les moins partagées et les plus défavorables au sein des services pessimistes. Les dimensions concernées balayent l'ensemble des traits organisationnels et managériaux du questionnaire élaboré : perception du style de management du service et perception des attitudes des professionnels. La présence d'un effet contextuel en ressort confirmée, mais elle induit la nécessité de rechercher le lien d'interaction entre les dimensions de contextes. Le design statistique de notre travail ne permet cependant pas de démontrer la liaison vertueuse ou vicieuse entre les dimensions organisationnelles et managériales (style de management, soutien du supérieur) et les variables attitudinales (satisfaction, engagement, intention de quitter...), ni même de déterminer la nature de la liaison (causalité, interaction, corrélation). Au mieux notre étude nous permet de spéculer, sur la base des résultats d'autres travaux, l'hypothèse d'une spirale « positive » ou « négative » du contexte.

Deuxièmement, dans le champ littéraire du management hospitalier, les travaux sur les « Magnet Hospitals » et la fidélisation des infirmier(e)s peuvent nous éclairer sur les articulations dimensionnelles au cœur de nos spirales vertueuses du contexte organisationnel et managérial. Le modèle des hôpitaux magnétiques identifie des environnements internes significativement favorables à l'exercice de la pratique soignante, et dont les conséquences sont bénéfiques à la fois pour les infirmier(e)s, pour les patients et pour l'organisation (Aiken et al., 2000; Aiken, et al., 2008; Kramer, Maguire et Brewer, 2011). Les hôpitaux magnétiques présentent des attributs organisationnels et managériaux attractifs : un climat relationnel collégial et collaboratif entre

les équipes soignantes et médicales (Kramer et Schmalenberg, 2003), une reconnaissance professionnelle de l'expertise soignante propice à l'autonomie (Kramer et al., 2007), un supérieur hiérarchique soutenant et un leadership infirmier de type transformationnel, encourageant et stimulant (Upenieks, 2003; Schmalenberg et Kramer, 2009). Ces traits contextuels sont associés de manière significative à des attitudes positives des professionnels soignants : une plus grande satisfaction, une propension à rester plus forte, un burn-out moindre et une qualité perçue des soins supérieure (Lundmark, 2008). L'approche magnétique repose conceptuellement sur le paradigme posé par Donabedian, qui retient un modèle de comportement organisationnel cause-conséquence, type IOO (Input-Output-Outcome). Il propose d'évaluer la qualité des soins selon le schéma « structure → processus → résultat » (Donabedian, 1988). Sur cette base, il devient possible de reconsidérer l'interaction de nos différentes dimensions du questionnaire COMET[®], que la représentation graphique en radar ne permet pas de rendre compte. Nous pouvons alors postuler un mécanisme d'interaction allant de la perception du style de management du service (variable causale) vers les attitudes des professionnels (variable conséquence). Néanmoins, un travail de vérification de ce modèle reste à conduire, d'une part à l'échelle des services (micro-contexte) et non des établissements (macro-contexte), d'autre part à l'appui de l'ensemble des professionnels du service et non uniquement des infirmier(e)s, et enfin dans un contexte français où les contraintes juridico-administratives de la gouvernance hospitalière et la sociologie des professions diffèrent des environnements nord-américains. Par ailleurs, si le modèle magnétique fournit des éléments de preuve pour bâtir un modèle de spirale vertueuse du contexte des services, il ne permet pas de conclure, sauf en creux, sur le phénomène des spirales vicieuses du contexte. Ce champ d'investigation des contextes pessimistes reste donc ouvert.

Par ailleurs, nos résultats méritent également d'être comparés à ceux réalisés au moyen d'approches hypothético-déductives sur la culture et le climat à l'hôpital. En France et à ce jour, seule l'étude de Minvielle et al. de 2003 explore ce thème dans le cadre spécifique des services de soins intensifs. La mesure de la culture/climat est développée à partir de l'Organizational Culture Inventory, fondé sur la typologie des valeurs établie par Cooke et Rousseau (Cooke & Rousseau, 1988). Le cadre conceptuel établit les relations supposées entre trois formes de culture (orientation satisfaction/équipe, orientation sécurité/équipe, orientation sécurité/tâche), pratiques managériales (apprentissage organisationnel, communication, coordination, résolution de problèmes, gestion des conflits, compétences développées dans la relation patient/prestataires de soins), bien-être individuel (burn-out, satisfaction, intention de quitter), et performance du service (turn-over, satisfaction des patients, qualité technique des soins). Minvielle et al. concluent sur une relation positive, entre d'un côté une culture organisationnelle orientée vers la satisfaction/l'équipe, les bonnes pratiques managériales, l'absence de burn-out et la satisfaction au travail élevée (Minvielle et al., 2005). Les dimensions optimistes plébiscitées par les professionnels de notre enquête s'alignent favorablement sur cette variante culturelle, orientée satisfaction/équipe, caractéristique d'un fonctionnement du service focalisé sur l'auto-expression, l'épanouissement personnel, la coopération et le développement des professionnels. D'autres travaux, fondés sur le Competing Value Framework de Quinn et Rohrbaugh (1983), apportent la preuve d'une relation positive entre les cultures qualifiées de groupe et la performance de l'organisation. Les organisations hospitalières qui promeuvent le travail d'équipe, la cohésion, l'engagement des professionnels, et soutiennent leurs employés, fournissent des services meilleurs que les organisations moins soutenantes. Elles reposent sur des valeurs axées sur la participation à la prise de décision et le soutien entre

collègues, et des pratiques managériales d'empowerment, de mentoring et de soutien aux équipes de travail (Gregory, Harris, Armenakis, & Shook, 2009). Dans une certaine mesure, les profils organisationnels optimistes et pessimistes de notre étude mettent également en lumière l'importance accordée par les professionnels aux dimensions contextuelles relatives aux relations entre professionnels, aux pratiques soutenantes et participatives du management du service, laissant à penser que la prise en compte des valeurs de groupe sont source d'attitudes positives et d'efficacité organisationnelle.

5.3. Implications managériales des profils identifiés

Sur un plan pratique, une des premières implications managériales met en jeu l'objectif opérationnel de l'étude : « fournir aux services de soins un outil de diagnostic organisationnel et managérial ». La simplicité d'utilisation de l'outil confirme l'intérêt de COMET® (remplissage des 83 items en moins de 30 minutes), dans un domaine où peu d'outils sont encore diffusés et validés³. La présentation sous forme de radars rend son utilisation accessible et compréhensible ; les services identifiant plus facilement les dimensions qui achoppent. Pour optimiser l'appropriation de l'outil, le CCECQA propose également une assistance à la mise en œuvre du questionnaire, au moyen d'une plateforme en ligne de saisie, de traitement et d'analyse des données. La production des résultats s'effectue instantanément par génération automatique des radars, profilant le service par rapport à la moyenne des services de sa catégorie. Les analyses des scores COMET® par catégorie de

répondants (médecins, infirmiers, aides-soignants), par ancienneté dans le service, par âge et par sexe, bien que non présentées ici, sont aussi riches d'enseignement pour développer un management différencié du contexte du service. Le profilage en classes, issu de notre échantillon de validation, peut également servir de base de référence aux nouveaux services expérimentant l'outil et offrir l'opportunité à leurs managers d'adopter une lecture comparative de leur propre contexte. Enfin, mais sans qu'il ne soit possible de l'étayer statistiquement, les retours qualitatifs obtenus sur la prise en main de COMET® lors des séances de restitution finale de l'étude au sein des services participants sont très favorables. Ils témoignent, à l'image de nos taux de réponse élevés, d'une forte attente des professionnels pour disposer d'outil de diagnostic et d'amélioration du fonctionnement de leur service.

Bien que COMET® n'identifie que perceptuellement, et non factuellement, les pratiques organisationnelles réellement à l'œuvre dans le service, les profils extrêmes établis ouvrent aussi des pistes de réflexions managériales. Les profils optimistes (pessimistes) démontrent une vision homogène des professionnels avec des scores significativement plus élevés (moins élevés) sur certaines dimensions managériales du service comme le climat relationnel avec les médecins, la fréquence des conflits, la coordination du service, la prise en compte de l'individu dans le collectif et le soutien du supérieur. Il s'agit de dimensions sur lesquelles les cadres de service autant que les chefs d'unités peuvent agir localement, indépendamment des politiques globales d'établissement. Ces tendances, vraies quelles que soient la taille et le statut du service, invitent donc les respon-

³ Dans le contexte français, seule la Haute Autorité de Santé propose depuis 2005 sur son site internet (www.has-sante.fr) un guide d'autodiagnostic des pratiques managériales, centrés sur les différentes fonctions du cadre (prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer). Il se présente sous forme de grille à remplir par les responsables (établissement, pôle, service). Nous n'avons pas trouvé trace de bilan d'appréciation sur l'utilisation et la pertinence de cet outil.

sables des services qui veulent progresser dans leur management à focaliser leur attention sur ces aspects précédemment cités.

6. CONCLUSION

Le questionnaire COMEt[®], fruit du projet THéOReM[®], a permis d'établir un diagnostic du contexte local organisationnel et managérial des services de médecine polyvalente, sur un large échantillon représentatif des établissements de santé français. Cette première étude du COM de ces services généralistes des établissements de soins et relativement peu techniques confirme à nos yeux l'existence de facteurs locaux organisationnels et managériaux permettant de discriminer les services entre eux. Elle met en lumière l'intérêt d'une approche centrée sur les micro-systèmes pour analyser les déterminants contextuels de l'amélioration de la qualité de vie au travail (satisfaction, burn-out...) et de la performance organisationnelle (qualité perçue des soins, intention de rester). Cette approche exploratoire, au niveau des services et de l'ensemble des professionnels médicaux et soignants, nous encourage à poursuivre nos travaux afin de confirmer les mécanismes d'interaction vertueux ou vicieux inter-dimensionnels, que la littérature laisse supposer, par un second traitement statistique de nos données (modèle d'équations structurelles ou modèle de relations linéaires hiérarchiques). Cette perspective de recherche est d'autant plus intéressante que sur le plan conceptuel, des bases de validation externe d'un modèle de mesure de l'effet du contexte existent, que ce soit du côté des hôpitaux magnétiques ou du côté des modèles de culture organisationnelle.

Cependant, nous avons conscience que la démarche de diagnostic et de modélisation ne suffira pas pour améliorer les contextes des unités de soins et la qualité dispensée. L'assistance à l'action managériale reste aussi un chantier à ouvrir dans les services hospitaliers. Une première recommandation serait d'établir

un inventaire des actions managériales et organisationnelles mises en place dans les services, puis d'apprécier leur impact à l'aune de la qualité des soins. Les projets en lien avec l'amélioration du management hospitalier, tels ceux conduits en France par l'ANAP – Agence Nationale d'Appui à la Performance, devront nécessairement en tenir compte. Sous cette condition, la répétition de mesure du contexte perçu à l'aide d'un outil comme Comet[®] peut être utile pour orienter les changements, au service de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins.

REMERCIEMENTS

L'équipe de coordination de l'étude remercie la Haute Autorité de Santé pour le soutien financier apporté dans le cadre du projet de recherche THéOReM[®], les membres des groupes de travail pour leur implication, et l'ensemble des 861 professionnels pour leur participation sincère et volontaire à l'enquête Comet[®].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Livres et rapports

- [1] Ashkanasy, N. M., Wilderom, C. P. M., & Peterson, M. F. (2010). *The Handbook of Organizational Culture and Climate*. SAGE.
- [2] CCECQA (2011) *ThéOReM[®] : Contexte Managérial et Organisationnel des services de médecine et Appropriation des Recommandations professionnelles en Etablissement de santé*. Rapport final de projet de Recherche Haute Autorité de Santé, Pessac, France.
- [3] Institute of Medicine (2001) *Crossing the quality chasm : A new system for the 21st century*, Washington, DC: National Academy Press.
- [4] Lebart, L., Morineau, A., & Piron, M. (2000). *Analyse exploratoire multidimensionnelle*. Paris: Dunod.

- [5] Roussel, P., & Wacheux, F. (2005). *Management des ressources humaines. Méthodes & Recherches*. Paris: De Boeck.
- [6] Schein, E. H. (1992). *Organizational Culture and Leadership* (2^e éd.). Jossey-Bass.

Articles

- [7] Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229.
- [8] Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, 40(1), 39–48.
- [9] Brunet, L., & Savoie, A. (2000). Climat organisationnel et culture organisationnelle : apports distincts ou redondance ? *Revue québécoise de psychologie*, 21(3), 179–201.
- [10] Cooke, P., & Rousseau, D. M. (1988). Behavioral Norms and Expectations: A Quantitative Approach To the Assessment of Organizational Culture. *Group & Organization Management*, 13(September), 245–273.
- [11] Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- [13] Gregory, B. T., Harris, S. G., Armenakis, A. A., & Shook, C. L. (2009). Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *Journal of Business Research*, 62(7), 673–679.
- [14] Groene, O., Klazinga, N., Wagner, C., Arah, O. A., Thompson, A., Bruneau, C., Project, Duq. R. (2010). Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the « Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE) » project. *BMC Health Services Research*, 10(1), 281.
- [15] Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225–1230.
- [16] Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W., Froehle, C. M., & Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*, 88(4), 500–559.
- [17] Kaplan, H. C., Provost, L. P., Froehle, C. M., & Margolis, P. A. (2011). The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), 13–20.
- [18] Katz-Navon, T., Naveh, E., & Stern, Z. (2007). The moderate success of quality of care improvement efforts: three observations on the situation. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(1), 4–7.
- [19] Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Andrews, B., Burke, R., Chmielewski, L., ... Tachibana, C. (2007). Excellence through evidence. Structures enabling clinical autonomy. *Journal of Nursing Administration*, 37(1), 41–52.
- [20] Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2003). Securing « good » nurse physician relationships. *Nursing Management*, 34(7), 34–38.
- [22] Kramer, Marlene, Maguire, P., & Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 5–17.
- [21] Lundmark, V. (2008). Magnet environments for professional nursing practice. In Hughes RG (ed.). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. AHRQ Publication, Rockville, MD, chap. 46, pp. 1-22
- [23] McClure, M. L. (2005). Magnet hospitals: insights and issues. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 198–201.
- [24] Minvielle, E., Dervaux, B., Retbi, A., Aegerter, P., Boumendil, A., Jars-Guinestre, M., Guidet, B. (2003). Évaluation de la culture et de l'organisation des services de réanimation. *Réanimation*, 12, Supplement 2(0), S25–S30.
- [25] Minvielle, E., Dervaux, B., Retbi, A., Aegerter, P., Boumendil, A., Jars-Guinestre, M., Guidet, B. (2005). Culture, organization, and management in intensive care: construction and validation of a multidimensional questionnaire. *Journal of Critical Care*, 20(2), 126–138.

- [26] Saillour-Glénisson, F., Domecq, S., Pouchadon, M.-L., Jacques, B., & Sibé, M. (2008). Analyse qualitative et quantitative des déterminants à l'application de recommandations professionnelles (RP) par les médecins. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56(4, Supplement), S207–S219.
- [27] Saillour-Glénisson, Florence, Domecq, S., Kret, M., Sibé, M., Michel, H., Dumond, J.-P., ThéO-ReM Group. (2012). Development and validation of an organisational culture questionnaire in French medicine services (submitted). *Int J Qual Health Care*.
- [28] Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20,000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 29(1), 74–83.
- [29] Sibé, M. (2012). « Hôpital magnétique » : d'une mesure de l'attractivité des personnels infirmiers vers un modèle de performance des établissements de santé ? In *Actes du XXIII^e Congrès de l'AGRH* (p. 1948–1961). Présenté à Les interfaces de la GRH, Nancy.
- [30] Upenieks. (2003). What's the attraction to Magnet hospitals? *Nursing Management*, 34(2), 43.
- [31] Van Muijen, J. J., Koopman, P., De Witte, K., De Cock, G., Susanj, Z., Lemoine, C., Turnipseed, D. (1999). Organizational culture: The focus questionnaire. *European journal of work and organizational psychology*, 8(4), 551–568.
- [32] Vuori, H. (1982). *Quality Assurance in Health Services – Concepts and Methodology* (p. 67). Regional Office for Europe, World Health Organization.