

FACTEURS ASSOCIÉS À LA FORCE DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE DANS UN HÔPITAL DU BÉNIN

Ghislain Emmanuel Sopoh, Michael Florian Kouckodila Nzingoula, Charles Sossa Jérôme, Yolaine Hessou Ahahanzo-Glèlè, Victoire Damienne Agueh, Laurent Tinoaga Ouédraogo, Michel Makoutodé

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2018/1 Vol. 30 | pages 105 à 113

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-1-page-105.htm>

Pour citer cet article :

Ghislain Emmanuel Sopoh *et al.*, « Facteurs associés à la force de la culture organisationnelle dans un hôpital du Bénin », *Santé Publique* 2018/1 (Vol. 30), p. 105-113.
DOI 10.3917/spub.181.0105

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Facteurs associés à la force de la culture organisationnelle dans un hôpital du Bénin

Factors associated with the strength of organizational culture in a Beninese hospital

Ghislain Emmanuel Sopoh^{1,2}, Michael Florian Kouckodila Nzingoula¹, Charles Sossa Jérôme¹, Yolaine Hessou Ahahanzo-Glèlè¹, Victoire Damienne Agueh¹, Laurent Tinoaga Ouédraogo¹, Michel Makoutodé¹

➔ Résumé

Introduction : La culture organisationnelle, concept souvent ignoré, influe sur la satisfaction au travail et la productivité des organisations.

Objectif : Déterminer les facteurs associés à la force de la culture organisationnelle (CO) au Centre Hospitalier Départemental (CHD) Mono/Couffo à Lokossa au Bénin.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique qui a porté sur 121 travailleurs du CHD Mono/Couffo de Lokossa en mars 2015. La collecte des données sur la force de la CO a été réalisée à l'aide d'un questionnaire élaboré selon l'outil de Cameron et Quinn (2006). La nature des relations entre les variables indépendantes et la culture organisationnelle a été explorée par l'estimation des Odds ratios avec la régression logistique.

Résultats : Parmi les sujets enquêtés, 62 % avaient une perception positive de la CO. Chez les sujets qui estimaient ne pas avoir le soutien moral de la hiérarchie, le risque de percevoir une force de la CO faible était six fois plus important [OR = 3,78, 95 % IC (1,08 – 13,22)] que chez ceux qui percevaient ce soutien moral. Chez les sujets qui estimaient que les relations avec l'équipe dirigeante n'étaient pas cordiales, le risque de percevoir une force de CO faible était plus élevé [OR = 14,32, 95 % IC (4,35 – 47,11)] par rapport à ceux qui qualifiaient ces relations de cordiales.

Conclusion : Les facteurs managériaux et le type de relation avec l'équipe dirigeante étaient associés à la force de la CO. Les dirigeants des hôpitaux devraient accorder plus d'attention à ces facteurs afin d'améliorer la performance institutionnelle.

Mots-clés : Culture organisationnelle ; Gestion du personnel ; Hôpital ; Bénin.

➔ Abstract

Introduction: Organizational culture, a frequently ignored concept, affects job satisfaction and productivity in organizations.

Objective: To determine the factors associated with the strength of organizational culture (OC) in Mono / Couffo regional hospital in Lokossa in Benin.

Methods: This cross-sectional and analytical study involved 121 workers of Mono/Couffo hospital in March 2015. Data on the strength of OC was collected using a questionnaire based on the validated tool proposed by Cameron and Quinn (2006). Logistic regression was performed to explore the nature of the relationship between the independent variables and OC using Odds ratios.

Results: 62% of the surveyed subjects had a positive perception of organizational culture. This perception was statistically associated with managerial factors (moral support of workers and type of relationship with the executive staff). The risk of perceiving a low strength of OC was sixfold higher OR = 3.78, 95% CI (1.08 – 13.22) among subjects who felt they did not have moral support from executive staff than in those who perceived this moral support. The risk of perceiving a weak OC was higher among subjects who considered relations with the staff to be uncordial [OR = 14.32, 95% CI (4.35 – 47.11)] compared to those who considered these relations to be cordial.

Conclusion: Human resource management factors were more closely associated with the strength of organizational culture. Hospital managers should pay more attention to these factors in their hospitals to promote better institutional performance.

Keywords: Organizational Culture; Personnel management; Hospital; Benin.

¹ Institut Régional de Santé Publique (IRSP) de Ouidah – Route des Esclaves, Ouidah – 01BP875RP – Cotonou – Bénin.

² Centre de dépistage et de traitement de l'ulcère de Buruli d'Allada – RNIE – BP 03 – Allada – Bénin.

Introduction

En Afrique subsaharienne, la gestion et l'organisation des services hospitaliers sont focalisées sur les ressources matérielles, financières et les systèmes d'information sanitaire comme source de motivation des agents au travail. Elles ignorent ainsi la place ultime des ressources humaines et de la relation de ces ressources entre elles dans la satisfaction au travail et la performance hospitalière [1]. Ceci crée une inadéquation entre la configuration organisationnelle, souvent incongrue et la relation acteurs-structure pour une gouvernance optimale [2, 3].

Au Bénin, à l'instar de plusieurs pays africains, malgré des efforts fournis par le gouvernement pour améliorer la gestion des établissements hospitaliers, le système de santé demeure encore en proie à des dysfonctionnements caractérisés par des grèves répétitives et intempestives, la démotivation des prestataires de soins et de soutien, la désaffection pour le travail et une dégradation croissante des rapports entre usagers et personnels de santé [4]. Cette situation témoigne *a fortiori* que la gestion des services hospitaliers constitue encore un problème au Bénin.

La plupart des études menées sur la gestion et l'organisation hospitalières n'ont mis l'accent que sur l'insuffisance des ressources financières et matérielles comme facteurs de démotivation du personnel, impactant sur la performance hospitalière [1]. Ces études ont ignoré, à bien des égards, que la culture organisationnelle (CO) liée au comportement de l'équipe dirigeante et l'appréciation globale de la vision de l'organisation par le personnel peuvent être fondamentales dans le fonctionnement ou le dysfonctionnement hospitalier. Il s'avère donc nécessaire, après avoir caractérisé la CO du centre hospitalier départemental (CHD) du Mono/Couffo [5], de déterminer les facteurs qui lui sont associés aux fins de leur prise en compte par l'équipe dirigeante pour l'amélioration de la performance de l'hôpital.

Matériel et méthodes

Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée au CHD du Mono/Couffo situé dans la ville de Lokossa au Sud-ouest du Bénin. Il s'agit d'un centre hospitalier de niveau intermédiaire dans la

pyramide sanitaire du pays. Il dessert les départements du Mono et du Couffo dont la population était estimée à 1,2 million en 2013 [6]. L'hôpital dispose aussi bien des services techniques que des services administratifs. On y dénombrait 231 agents (techniques et administratifs) au 31 décembre 2014.

Type et population d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique menée du 13 au 29 mars 2015. La population d'étude était constituée du personnel de soins et de soutien, de l'équipe dirigeante en poste dans le CHD au moment de l'étude.

Échantillonnage

Le personnel de l'hôpital

La base de sondage était constituée du personnel permanent titulaire de l'hôpital (231). Nous avons retenu de sélectionner 50 % de l'effectif personnel (soit $231/2 = 116$). Une marge d'indisponibilité ou de refus de 10 % a été considérée. La taille de notre échantillon a été donc de 128. Une allocation proportionnelle dans tous les services a été utilisée pour garantir la proportion équitable des participants selon les services. Les participants ont été sélectionnés par la technique du choix aléatoire simple parmi le personnel en activité durant la période de collecte des données à l'exception de l'équipe dirigeante dont les trois membres ont participé à l'étude.

Variables de l'étude

La variable dépendante était la culture organisationnelle, qui est une variable composite déterminée à partir de six dimensions décrites par Cameron et Quinn : la caractéristique dominante, le leadership organisationnel, la gestion du personnel, les facteurs de cohésion, les accents stratégiques et les critères de succès [7]. La CO est caractérisée par sa force qui est déterminée par la résultante des appréciations positives et négatives des quatre alternatives relatives aux dimensions : A (Culture clanique), B (Culture adhocratique), C (Culture hiérarchique) et D (Culture de résultats) [7, 8]. Chaque dimension était notée sur 100 points répartis entre ces quatre alternatives en fonction de la perception que le sujet enquêté avait de chacune d'elle. Par exemple, concernant la dimension 1, si

l'enquêté(e) pensait que la variante A était très similaire à son organisation par rapport aux alternatives B, C ou D, il lui revenait de donner le maximum de point à A et le reste de points répartis entre B, C et D tenant compte toujours de la réalité reflétée par l'organisation pour chaque alternative en veillant à ce que le total soit toujours égal à 100 pour chaque dimension.

De façon opératoire, une dimension a été considérée comme positivement perçue quand la somme des alternatives positivement appréciées a été > 2 sur un total attendu de 4. Elle a été dite négative quand ce nombre a été ≤ 2 .

La force de la CO (catégorisée en force élevée ou force faible) a été la résultante des perceptions positives et négatives des six dimensions de la CO :

La force de la CO a été dite élevée (CO+) quand la somme des perceptions positives des six dimensions a été > 3 et faible (CO-) quand la somme des perceptions positives des six dimensions a été ≤ 3 . Ainsi, un participant était considéré comme percevant une CO positive ou une force de CO élevée quand la somme des perceptions positives des dimensions a été supérieure ou égale à 4 sur 6.

Les variables indépendantes regroupaient :

- *variables personnelles* : sexe, âge, sentiment d'appartenir à une équipe solidaire et unie, sentiment d'être valorisé et respecté par la hiérarchie, valeur professionnelle, ancienneté, catégorie professionnelle et statut professionnel ;
- *variables liées aux conditions de travail* : durée estimative moyenne au travail par jour, niveau d'exigence du cadre de travail et disponibilité du matériel de travail. Le niveau d'exigence du cadre physique de travail a été mesuré par la manière dont le participant a apprécié son environnement physique de travail (propreté, éclairage, aération, odeurs, espace). Moins il apprécie le cadre travail, plus il a un niveau d'exigence élevé pour son cadre physique de travail ;
- *variables managériales, relationnelles ou liées à l'organisation des services* : mode de prise de décision, type de service, soutien moral de la hiérarchie, supervision, type de relation avec l'équipe dirigeante.

Techniques et outils de collecte des données

L'enquête par questionnaire et la revue documentaire ont été les techniques utilisées dans l'étude. Les outils de collecte étaient essentiellement le questionnaire et la fiche de dépouillement.

Procédures de collecte des données

Deux enquêteurs de niveau d'étude supérieure, non agent de santé ont été recrutés et formés pour la collecte des données. La formation a porté sur la méthodologie de l'étude, la conduite de l'enquête au sein de l'hôpital et l'administration du questionnaire individuel. Un pré-test a été réalisé le 11 mars 2015 à l'hôpital de district de Lokossa en vue de permettre aux enquêteurs de s'adapter aux outils d'enquête et de s'approprier l'approche méthodologique utilisée. Le pré-test a permis de lever l'équivoque sur certains items et de recadrer les libellés des questionnaires. La phase de collecte de données proprement dite s'est déroulée du 13 au 29 mars 2015 (soit 17 jours). Les interviews ont été réalisées individuellement sur des rendez-vous.

Considérations éthiques

Le directeur de l'hôpital départemental, le directeur départemental de la santé des départements du Mono et du Couffo et les participants ont été informés sur les objectifs de l'étude. Un consentement volontaire oral éclairé a été obtenu des enquêtés avant le début de la collecte des données. L'information préalable au consentement garanti aux enquêtés, l'anonymat de leur participation, l'absence de préjudice lié à leur réponse, à leur refus de participation, ou à un quelconque arrêt de collaboration pendant l'étude.

Analyse des données

Les données collectées ont été codifiées et enregistrées dans Excel®. L'analyse des données a été faite avec le logiciel Stata® 11.0 et a concerné aussi bien l'aspect descriptif et analytique de l'étude. Les proportions ont été calculées.

En analyse univariée, la régression logistique simple était utilisée pour apprécier l'existence d'une relation entre les modalités étudiées et la force de la culture organisationnelle (CO). La p-value a été estimée et l'Odds Ratio (OR) avec son intervalle de confiance à 95 % calculé pour apprécier la nature de la relation entre la modalité et la CO.

En analyse multivariée, seules les variables indépendantes ayant une p value $\leq 0,20$ à l'analyse univariée ont été introduites dans le modèle de régression logistique binaire. L'adéquation du modèle final a été vérifiée avec le test d'Hosmer LemShow. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Sur les 128 sujets prévus à être enquêtés, sept ont donné des informations incomplètes et leurs fiches ont été écartées lors de l'analyse ; 121 (94,53 %) ont été inclus dans l'étude. Le taux de refus avait été de 1,5 % (2/130 sujets approchés).

Caractéristiques sociodémographiques des sujets enquêtés

Sur l'ensemble des enquêtés les femmes étaient représentées à 53,72 %. L'âge moyen était de $41 \pm 8,3$ ans avec des extrêmes allant de 24 à 60 ans. Des 121 sujets enquêtés, 71,07 % avaient un âge compris entre 36 et 55 ans et la majorité était des agents contractuels de l'État (60,33 %).

Force de la CO

La proportion des enquêtés qui avaient la perception d'une force élevée de la CO (ou perception positive de la CO) était de 62 %.

Analyse des facteurs déterminant les caractéristiques de la culture organisationnelle

Analyse univariée

Facteurs personnels liés à la force de la CO : des huit variables étudiées, seules deux ont été statistiquement associées à la force de la CO à l'analyse univariée. Il s'agit du « sentiment d'appartenir à une équipe solidaire et unie » ($p = 0,01$) et du « sentiment d'être valorisé et respecté par la hiérarchie » ($p = 0,01$) (tableau I). Ainsi, le risque de percevoir une CO faible était 8,47 (95 % IC [2,24 – 32,00]) fois plus important chez ceux qui n'avaient pas le sentiment d'appartenir à une équipe solidaire et unie que chez ceux qui avaient ce sentiment. De même, le risque de percevoir une CO faible était cinq (95 % IC [2,06 – 12,11]) fois plus important chez ceux qui n'avaient pas le sentiment d'être valorisés et respectés par la hiérarchie que chez ceux qui avaient ce sentiment.

Facteurs liés aux conditions de travail : des trois variables étudiées, seul le niveau d'exigence du cadre physique de travail a été statistiquement associé à la force de la CO à l'analyse univariée (p -value = 0,02). Chez les

sujets ayant un niveau d'exigence moindre du cadre physique de travail, le risque de percevoir une force de CO faible était 2,55 (95 % IC [1,11 – 5,88]) fois plus important que chez les sujets ayant un niveau d'exigence élevé du cadre physique de travail (tableau II).

Facteurs managériaux, relationnels ou liés à l'organisation des services : quatre variables sur cinq testées ont été statistiquement associées à une force faible de la CO : le mode de prise de décision unilatéral, ne pas bénéficier du soutien moral de la hiérarchie/équipe dirigeante, ne pas bénéficier de supervision de leur hiérarchie, entretenir des relations non cordiales avec l'équipe dirigeante (tableau III).

Analyse multi variée

Onze variables ont été introduites dans le modèle initial. Dans ce modèle ajusté, deux facteurs étaient statistiquement associés à la force de la CO : soutien moral de la hiérarchie ($p = 0,03$) et type de relation avec l'équipe dirigeante ($p = 0,02$) (tableau IV). Chez les sujets qui estimaient ne pas avoir le soutien moral de la hiérarchie, le risque de percevoir une force de CO faible était 3,78 (95 % IC [1,08 – 13,22]) fois plus important que chez ceux qui percevaient ce soutien moral. Chez les sujets qui estimaient que les relations avec l'équipe dirigeante n'étaient pas cordiales, le risque de percevoir une force de CO faible était 14,32 (95 % IC [4,35 – 47,11]) fois plus important par rapport à ceux qui qualifiaient les relations de cordiales.

Le modèle final vérifié par le test de Hosmer et Lemeshow était adéquat ($p = 0,68$).

Discussion

Cette étude a examiné les facteurs associés à la force de la culture organisationnelle dans un hôpital. Elle a révélé que le soutien moral de la hiérarchie et le type de relation avec l'équipe dirigeante étaient les facteurs associés à la force de la CO dans l'hôpital.

La gestion des ressources humaines dans les entreprises des pays en voie de développement demeure un challenge. Celui-ci est d'autant plus grand dans le domaine de la santé, et principalement en milieu hospitalier. Il est de plus en plus évident qu'une organisation du travail ou encore la standardisation des normes, des qualifications ou des procédures ne suffisent pas pour garantir la qualité des prestations de soins et services. Une gestion innovante

Tableau I : Relation entre les facteurs personnels et la force de la culture organisationnelle au CHD Mono/Couffo de Lokossa en mars 2015 (n = 121) : analyse univariée

Variables	Modalités	Force de la CO		p-value	OR	IC* à 95 %
		CO-	CO+			
Sexe	Masculin	25	31		1	
	Féminin	21	44	0,16	1,68	0,8 – 3,54
Âge	≤ 35 ans	7	21		1	
	36-55 ans	35	51	0,13	0,48	0,18 – 1,26
	≥ 56 ans	4	3	0,11	0,25	0,04 – 1,4
Sentiment d'appartenir à une équipe solidaire et unie	Oui	12	3		1	
	Non	34	72	0,01	8,47	2,24 – 32,00
Sentiment d'être valorisé et respecté par la hiérarchie	Oui	20	10		1	
	Non	26	65	0,01	5	2,06 – 12,11
Valeur professionnelle	Stimulation	3	9		1	
	Réussite	38	58	0,33	0,5	0,12 – 2,00
	Autonomie	3	5	0,55	0,55	0,07 – 3,85
	Autre	2	3	0,54	0,5	0,05 – 4,58
Ancienneté	≤ 5 ans	28	35		1	
	6-10 ans	4	16	0,05	3,2	0,96 – 10,65
	≥ 11 ans	14	24	0,45	1,37	0,6 – 3,13
Catégorie professionnelle	Cadre subalterne	13	22			
	Cadre supérieur	7	6	0,30	0,5	0,13 – 1,83
	Cadre moyen	26	47	0,87	1,06	0,46 – 2,46
Statut professionnel	Prestataire	3	8		1	
	Agent permanent de l'État	15	22	0,42	0,55	0,12 – 2,41
	Agent contractuel de l'État	28	45	0,48	0,6	0,14 – 2,46

CO- : Culture organisationnelle perçue faible. CO+ : Culture organisationnelle perçue forte.

Tableau II : Relation entre les facteurs liés aux conditions de travail et la force de la culture organisationnelle au CHD Mono/Couffo de Lokossa en mars 2015 (n = 121) : analyse univariée

Variables	Modalités	Force de la CO		p-value	OR	IC* à 95 %
		CO- (n = 46)	CO+ (n = 75)			
Durée estimative moyenne au travail par jour	8 h	6	16		1	
	> 8 h	37	55	0,44	0,5	0,08 – 2,92
	< 8 h	3	4	0,26	0,55	0,19 – 1,55
Niveau d'exigence du cadre de travail	Élevé	17	14		1	
	Moindre	29	61	0,02	2,55	1,11 – 5,88
Disponibilité du matériel de travail	Non	28	37		1	
	Oui	18	38	0,21	1,59	0,75 – 3,36

CO- : Culture organisationnelle perçue faible. CO+ : Culture organisationnelle perçue forte.

Tableau III : Relation entre les facteurs managériaux et/ou liés à l'organisation des services/unités et la force de la culture organisationnelle au CHD Mono/Couffo de Lokossa en mars 2015 (n = 121) : analyse univariée

Variables	Modalités	Force de la CO		p-value	OR	IC à 95 %
		CO- (n = 46)	CO+ (n = 75)			
Mode de prise de décision	Unilatéral	23	21		1	
	Consensus	23	54	0,02	2,57	1,19 – 5,54
Type de service	Administratif	14	19		1	
	Soins et prise en charge des malades	28	46	0,65	1,21	0,52 – 2,79
	Aide au diagnostic	3	9	0,29	2,21	0,5 – 9,68
	Social	1	1	0,83	0,73	0,04 – 12,82
Soutien moral de la hiérarchie	Oui	22	10		1	
	Non	24	65	0,01	5,95	2,47 – 14,39
Supervision	Oui	16	11		1	
	Non	30	64	0,01	3,1	1,28 – 7,49
Type de relation avec l'équipe dirigeante	Non cordiale	26	6		1	
	Cordiale	14	67	0,01	20,73	7,19 – 59,74
	N'y prête pas attention	6	2	0,69	1,44	0,55 – 17,45

CO- : Culture organisationnelle perçue faible. CO+ : Culture organisationnelle perçue forte.

Tableau IV : Relation entre les facteurs personnels, les facteurs liés aux conditions de travail, les facteurs managériaux et/ou liés à l'organisation des services/unités et la force de la culture organisationnelle au CHD Mono/Couffo de Lokossa en mars 2015 (n = 121) : analyse multivariée

Variables	Modalités	Force de la CO		p-value	OR	IC à 95 %
		CO- (n = 46)	CO+ (n = 75)			
Sentiment d'appartenir à une équipe solidaire et unie	Oui	12	3		1	
	Non	34	72	0,05	4,61	0,94 – 22,44
Sentiment d'être valorisé et respecté par la hiérarchie	Oui	20	10		1	
	Non	26	65	0,07	3,04	0,88 – 10,40
Mode de prise de décision	Unilatéral	23	21		1	
	Consensus	23	54	0,52	0,67	0,20 – 2,25
Soutien moral de la hiérarchie	Oui	22	10		1	
	Non	24	65	0,03	3,78	1,08 – 13,22
Supervision	Oui	16	11		1	
	Non	30	64	0,15	0,33	0,07 – 1,50
Niveau d'exigence du cadre de travail	Élevé	17	14		1	
	Moindre	29	61	4,75	1,51	0,48 – 5,88
	Non cordiale	26	6		1	
Type de relation avec l'équipe dirigeante	Cordiale	14	67	0,00	14,32	4,35 – 47,11
	N'y prête pas attention	6	2	0,63	1,66	0,19 – 13,87

CO- : Culture organisationnelle perçue faible. CO+ : Culture organisationnelle perçue forte.

des ressources humaines doit donc désormais être appliquée, afin d'améliorer la performance des hôpitaux [2, 9, 10]. Dans cet ordre d'idée, Marchal *et al.* ont développé un cadre théorique d'évaluation complète des systèmes complexes et dynamiques tels que les hôpitaux, prenant en compte des éléments de gestion des ressources humaines. L'application de ce cadre dans un hôpital du Ghana a permis de montrer que l'approche optimale de gestion des ressources humaines, qui permettait d'obtenir les meilleures performances comprenait la socialisation du nouveau personnel, la formation, l'accent mis sur le développement personnel des agents, la communication et la prise de décision concertée. À ces facteurs, s'ajoutent les conditions de travail, l'engagement des gestionnaires auprès des agents sur le terrain élevant ainsi la perception par ces derniers d'un niveau élevé de soutien organisationnel [11]. Lamy *et al.* également, à travers le programme ORSOSA (Organisation des Soins et Santé des Soignants), ayant senti également la nécessité de diagnostiquer les contraintes psychosociales et les contraintes mécaniques pouvant affecter les conditions de vie et de travail des soignants, ont développé le NWI-EO (Nurse Work Index-Extended Organization), comprenant huit dimensions d'évaluation de contraintes psychosociales et trois dimensions d'évaluation des contraintes mécaniques. L'utilisation de cet outil a permis de mettre en relief plusieurs troubles psychologiques liés aux contraintes relationnelles avec la hiérarchie [2]. Dans leur revue documentaire, Dieleman *et al.* ont aussi souligné l'effet positif de la communication et du développement du sentiment d'appartenance sur la performance des agents de santé, démontré par plusieurs études [9]. Le développement d'un sentiment d'appartenance fort passe par l'institution d'une culture organisationnelle forte, cohérente, perçue et acceptée par le personnel. Selon Schein [12], la culture organisationnelle, assimilable, mais de façon moins superficielle, à des concepts anciens tels que « norme de groupe » ou « climat organisationnel » [13], représente ce qu'un groupe apprend sur une période donnée, pour résoudre ses problèmes de survie dans un environnement externe et ses problèmes d'intégration interne. Un tel apprentissage fait appel à un processus, à la fois cognitif, émotionnel et comportemental. En effet, les perceptions, les langages et les processus de pensée qu'un groupe vient à partager sont les meilleurs déterminants des sentiments, des attitudes, des valeurs défendues et des comportements ouverts de ce groupe. La force et le degré de cohérence interne d'une culture sont donc fonction de la stabilité du groupe, sa durée ainsi que les mécanismes et l'intensité des

expériences d'apprentissage auxquels il est confronté. De ce fait, la CO peut être induite par les dirigeants ou peut faire suite à une modélisation induite par des leaders du groupe. La culture se perpétue ensuite par un processus de socialisation des nouvelles recrues, ou à travers la sélection, lors des recrutements, des profils partageant déjà les mêmes valeurs et principes [12]. En somme, le niveau d'ancrage, ainsi que la force d'une culture organisationnelle dépendent de l'ancienneté de l'organisation et son équipe dirigeante, mais aussi, et surtout du leadership que cette équipe dirigeante exerce sur son équipe. Mais des spécificités peuvent survenir, dans une structure hospitalière publique comme le CHD Mono/Couffo.

La force de la culture organisationnelle

La force de la CO est déterminée par divers facteurs dont certains ont été mis en évidence dans la présente étude. Certains auteurs la mesurent par inférence en se basant sur la satisfaction au travail [14], d'autres directement par la perception des dimensions de la culture de l'organisation comme dans la présente étude [7, 15]. Le présent résultat corrobore celui d'une étude menée par Duffour sur le comportement organisationnel et la conception du travail auprès de 42 jeunes à faible capital scolaire en milieu de travail [16]. Plus de 50 % de ces jeunes avaient une perception élevée de la CO. La force de la CO au CHD Mono/Couffo était majoritairement perçue comme élevée par les personnes enquêtées. La force de la culture reflète à la fois l'intégration des agents au sein de l'organisation, l'adhésion aux idéaux de l'organisation et l'implication dans le travail [17]. Ukawa *et al.*, en 2015 au Japon, ont démontré que l'adhésion des praticiens aux normes internationales de prescription et d'utilisation des antibiotiques était significativement associée à un score élevé de la culture organisationnelle des hôpitaux [18]. Il en est de même pour Davies *et al.*, qui ont mis en évidence l'association entre la culture organisationnelle et la qualité des soins [19]. De même, Azizollah *et al.* ont démontré l'association entre l'engagement au travail et au plan affectif du personnel dans une université de sciences médicales et la force de la culture de cette institution [20].

Bien que la méthodologie de la mesure de la force de la CO utilisée dans les différentes études ne fût pas la même, la similitude dans les résultats peut découler des facteurs contributifs dont une forte partie serait tributaire du style de management et de la gestion des ressources humaines.

Facteurs associés à la force de la CO

Le sentiment d'appartenance à une équipe solidaire et unie, le sentiment d'être valorisé et respecté par la hiérarchie, le niveau d'exigence du cadre physique de travail, le mode de prise de décision, le soutien moral de la hiérarchie et le type de relation avec l'équipe dirigeante ont été statistiquement associés à la force de la CO. Ces résultats cadrent avec certaines théories de l'organisation qui associent les facteurs hiérarchiques et personnels (propres à l'employé) dans la formation de la culture au sein d'une organisation [21, 22], mais aussi aux résultats de plusieurs autres études [9, 11, 12].

Le soutien moral de la hiérarchie et le type de relation avec l'équipe dirigeante (facteurs managériaux, relationnels ou liés à l'organisation des services) était un déterminant de la CO. Ces résultats corroborent ceux des travaux de Pracilio *et al.* qui ont mis en évidence l'apport du style de gestion dans la formation et le maintien de la CO au sein d'une unité de soins primaires en Italie [23]. De même, Eisenberger *et al.* ont trouvé qu'il y avait une relation positive hautement cohérente entre le soutien perçu et la performance au travail employés en termes de diligence, innovation et participation [24]. Dans une étude sur « les transformations de la gestion hospitalière dans leurs modernes expressions juridiques et administratives au Cameroun », Zambo a ressorti la nécessité d'une humanisation des hôpitaux publics par la mise en œuvre des techniques de management hospitalier écartant la gestion traditionnelle et adoptant des méthodes de gestion des grandes entreprises industrielles ou commerciales tout en maintenant son statut d'établissement hospitalier public (non réductible à une unité commerciale) [25]. Une telle conclusion révèle la place indubitable de l'être humain qui a besoin du soutien moral de la hiérarchie et d'une relation de confiance dans la gestion et l'organisation de l'hôpital.

Les limites de la présente étude tiennent au fait que l'équipe dirigeante (trois membres) a participé à l'étude. Ne pouvant être juge et partie, cette situation pourrait engendrer des biais dans les informations qu'ils ont fournies.

Conclusion

L'étude a montré que la CO au CHD Mono/Couffo était positivement perçue, avec une force élevée par la majorité du personnel. Les facteurs associés à la force de la CO

étaient essentiellement relatifs au management des ressources humaines, notamment le soutien moral de la hiérarchie et la cordialité perçue en ce qui concerne les relations avec l'équipe dirigeante.

Cette étude permet de resituer la place des relations sociales dans le management des ressources humaines au sein des entreprises et en particulier des hôpitaux, pour une meilleure qualité des soins. Les dirigeants des établissements hospitaliers devraient tenir compte de ces facteurs pour renforcer la CO aux fins d'une amélioration de la performance de l'hôpital.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Contributions des auteurs

Le protocole de recherche a été élaboré par KFN et SGE. La collecte des données a été réalisée par KFN. L'analyse des données a été assurée par KFN, SJC, SGE. Tous les auteurs ont contribué à la rédaction du manuscrit.

Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe dirigeante du CHD Mono/Couffo et son personnel pour avoir permis et favorisé la réalisation de ce travail.

Références

1. Zongo M, Capochichi J, Gandaho P, Takpara I, Coppieters Y. Une gestion managériale des structures hospitalières du Bénin. *Med trop* 2009;69:1-3.
2. Lamy S, de Gaudemaris R, Sobaszek A, Caroly S, Descatha A, Lang T. Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Santé Publique* 2013; 4(25):389-97. doi: 10.3917/spub.134.0389.
3. Makhloufi I, Saadi J, El Hiki L, El Hassani A. Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid. *Santé Publique* 2012;24(6): 573-85. doi : 10.3917/spub.126.0573.
4. République du Bénin, Ministère de la santé. Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur santé 2009-2018. Cotonou, 2008 : 100 p.
5. Kouckodila MFN. Étude de la culture organisationnelle au centre hospitalier départemental (CHD) Mono/Couffo de Lokossa en 2015. Mémoire N° 037-spp/irsp/2015. Université d'Abomey-Calavi, Bénin : 115 p.
6. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). RGPH4 : Que retenir des effectifs de population en 2013 ? INSAE, Cotonou 2015 : 33 p.
7. Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and Changing Organizational Culture, based on the competing values Framework. The Jossey-Bass Business and management series. Revised edition. New York, A Wiley Imprint by John Wiley and Sons 2006 : 242 p.

8. Cloutier G. Une étude sur la relation entre la culture organisationnelle et la violence au travail, Mémoire de maîtrise en relation industrielle : Université de Montréal – Canada, 2013. 188 p. http://www.irec.net/upload/File/memoires_et_theses/186_Cloutier_Genevieve_2013_memoire.pdf. [Consulté le 23 février 2015]
9. Dieleman M, Gerretsen B, van der Wilt GJ. Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle-income countries: a realist review. *Health Research Policy and Systems*. 2009;7:7. doi : 10.1186/1478-4505-7-7.
10. McGregor DM. *The Human Side of Enterprise*. New York, McGraw-Hill, Annotated Edition-Copyrith by the McGraw-Hill Companies, 2006 : 331 p.
11. Marchal B, Dedzo McD, Kegels G. A realist evaluation of the management of a well performing regional hospital in Ghana. *BMC Health Services Research* 2010;10:24. doi : 10.1186/1472-6963-10-24.
12. Schein EH. Organizational Culture. *American Psychologist*, 1990;45: 109-19.
13. Brunet L, Savoie A. Climat organisationnel et culture organisationnelle : apports distincts ou redondance ? *Revue Québécoise de Psychologie* 2000;21(3):179-99.
14. Pringle J, Weber RJ, Rice K, Kirisci L. Examination of how a survey can spur culture changes using a quality improvement approach: a region-wide approach to determining a patient safety culture. *American College of Medical Quality* 2011;26(2):110-9. doi : 10.1177/1062860609336367.
15. Bergeron JL. Un cadre théorique pour l'étude de la relation entre participation et motivation au travail. *Industrial Relation* 1979;34(3): 471-89. <http://dx.doi.org/10.7202/028987ar>.
16. Dufour L. Comportement organisationnel et conception du travail des jeunes à faible capital scolaire : proposition d'une typologie. IAE d'Aix-en-Provence CEROG, 2012 : 26 p.
17. Abbad J. *Organisation et Management hospitalier*. Paris, Éditions Roger-Levrault 1997 : 417 p.
18. Ukawa N, Tanaka M, Morishima T, Imanaka Y. Organizational culture affecting quality of care : guideline adherence in perioperative antibiotic use. *International Journal for Quality in Health Care*, 2015;27(1):37-45. doi : 10.1093/intqhc/mzu091.
19. Davies HT, Nutlay SM, Mannion R. Organizational culture and quality of health care. *Qual Health Care* 2000;9(2):111-9. doi : 10.1136/qhc.9.2.111.
20. Azizollah A, Abolghasem F, Amin DM. The Relationship Between Organizational Culture and Organizational Commitment in Zahedan University of Medical Sciences. *Global Journal of Health Science*, 2016;7(8):195-202. doi : 10.5539/gjhs.v8n7p195.
21. Gond J-P, Mercier S. La théorie des parties prenantes : une synthèse critique. Conférence de l'Association de Gestion des Ressources Humaines (AGRH), Montréal, 1-4 septembre 2004:379-400.
22. Degoulet P, Fieschi M. *Traitement de l'Information Médicale : Méthodes et applications hospitalières*. Paris, Édition Masson, 1991 : 295 p.
23. Pracilio VP, Keith SW, McAna J, Rossi G, Brianti E, Fabi M, *et al*. Primary Care Units in Emilia-Romagna, Italy: An Assessment of Organizational Culture. *American Journal of Medical Quality*. 2013; 29(5):430-6. doi : 10.1177/1062860613501375.
24. Eisenberger R, Fasolo P, Davis-LaMastro V. Perceived Organizational Support and Employee Diligence, Commitment, and Innovation. *Journal of Applied Psychology*, 1990;75(1):51-9.
25. Manga Zambo EJM. Les transformations de la gestion hospitalière dans leurs modernes expressions juridiques et administratives au Cameroun. *Revue Africaine de Sciences Juridiques*, 2000;1(2):163-1. <http://unpan1.un.org/intrdoc/groups/public/documents/cafrad/unpan017583.pdf>. [Consulté le 23 février 2015]