



LAREQUOI
Research Center of ISM-IAE
Graduate School of Management



LES CAHIERS DE RECHERCHE DU LAREQUOI

Laboratoire de Recherche en Management
Equipe d'accueil n°2452

Recueil de textes et d'articles
Volume 2023/2



*LES CAHIERS DE RECHERCHE
DU LAREQUOI*

Vol. 2023/2

*Recueil de textes et articles
des membres du LAREQUOI*

*Laboratoire de recherche
en management
Equipe d'Accueil n° 2452*

*Institut Supérieur de Management
IAE de Versailles Saint-Quentin
Université de Versailles Saint-Quentin*

www.ism-iae.uvsq.fr

AIT SAID Khalil, EL FARDI Warda et SOUAK Youssef

Gestion des talents et gestion des ressources humaines : différenciation et/ou complémentarité ?

COSTIN Maria

De la gestion administrative vers la démarche managériale. Le cas d'une organisation hospitalière postsoviétique

COURIE-LEMEUR Aline et FRANÇOIS-PHILIP DE SAINT JULIEN

Leadership style and motivation of care workers : the case of health networks in France

GUEORGUIEVA Petia

Les instrumentalisations politiques de la pandémie et le prix de résister au covid-19 en Bulgarie

*LES CAHIERS DE RECHERCHE
DU LAREQUOI*

Vol. 2023/2

Les Cahiers de Recherche du LAREQUOI
Volume 2023/2

Publié sur le site du laboratoire LAREQUOI en Décembre 2023 www.larequoi.uvsq.fr

© LAREQUOI, Laboratoire de recherche en management, 2023

Le Code de la propriété intellectuelle et artistique n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article L.122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1er de l'article L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

Directrice du laboratoire Larequoi : Bérangère SZOSTAK
Professeur des universités

Rédactrice en chef : Delphine FRANCOIS-PHILIP DE ST JULIEN
Maître de conférences-HDR
delphine.desaintjulien@uvsq.fr

Coordination : Sylvie YUNG
Assistante du LAREQUOI
sylvie.yung@uvsq.fr

Quentin BEDARD
Chargé de communication
quentin.bedard@uvsq.fr

Auteurs des articles

Khalil AIT SAID	MCF	ISM-IAE/LAREQUOI
Maria COSTIN	MCF	IUT de Mantes/LAREQUOI
Aline COURIE LEMEUR	MCF HDR	ISM-IAE/LAREQUOI
Warda EL FARDI	MCF	IUT de Bordeaux
Delphine FRANÇOIS-PHILIP DE SAINT JULIEN	MCF HDR	ISM-IAE/LAREQUOI
Petia GUEORGUEVA	MCF - Associé au LAREQUOI	Université de Sofia
Youssef SOUAK	Professeur Assistant	INSEEC

SOMMAIRE DU N° 2023/2

ARTICLE

Petia GUEORGUEVA	7
Les instrumentalisations politiques de la pandémie et le prix de résister au covid-19 en Bulgarie	

COMMUNICATIONS

Khalil AIT SAID, Warda EL FARDI et Youssef SOUAK	32
Leadership style and motivation of care workers : the case of health networks in France	

Aline COURIE LEMEUR et Delphine FRANÇOIS-PHILIP DE SAINT JULIEN	49
Leadership style and motivation of care workers : the case of health networks in France	

WORKING PAPER

Maria COSTIN	64
De la gestion administrative vers la démarche managériale. Le cas d'une organisation hospitalière postsoviétique	

ARTICLE

Les instrumentalisations politiques de la pandémie et le prix de résister au covid-19 en Bulgarie

Publié dans le numéro 1 de la revue « Les cahiers de l'OPPEE », 2022, Université de Bordeaux

Petia GUEORGUIEVA

petiagueorguieva@gmail.com

En Bulgarie la pandémie du coronavirus SARS-CoV-2 a bouleversé la vie dans tous ses aspects comme partout à travers le globe. La crise sanitaire a mis en lumière les défaillances du système de santé publique, les clivages sociaux et a approfondi la crise sociale et la crise politique. Les protestations anti-gouvernementales de masse de l'été 2020 et les trois élections législatives organisées au cours de la seule année 2021 ont démontré une fois de plus la légitimité faible des institutions de la démocratie libérale et représentative et les taux élevés de méfiance des citoyens vis-à-vis des partis et des élites établis. En même temps, l'absence de stratégie et de visions cohérentes de la gestion de la crise sanitaire couplée avec l'importante circulation des théories complotistes, ont fait de la Bulgarie le pays européen ayant payé à l'heure actuelle le tribut le plus lourd du Covid-19 en termes de décès et avec les taux de vaccination les plus faibles parmi les pays membres de l'Union européenne.

L'analyse présente propose un cas d'étude des effets de la crise de COVID-19 et de sa gestion en Bulgarie. Elle se donne trois objectifs principaux : 1) retracer les grandes lignes de l'évolution de la pandémie et de la gestion de la crise sanitaire; 2) analyser le poids des théories complotistes dans la société bulgare et 3) présenter des cas de figure de résistances au COVID-19 et d'instrumentalisation politique de la crise sanitaire de la part des partis d'opposition et des entrepreneurs politiques.¹

La question principale est pourquoi en Bulgarie, pays membre de l'UE, bénéficiant des différentes actions et de l'assistance communautaire, le bilan en termes de vie humaines est aussi lourd, alors, les taux de vaccinations aussi faibles qu'elle constitue un cas européen à part?

La Bulgarie se range depuis des mois à la première place en Europe et à la deuxième place dans le monde après le Pérou en termes de taux de mortalité sur 1 million de personnes due au coronavirus – 5,324 décès sur 1 000 000 personnes au 31 mars 2022.²

Des éléments d'explication d'ordre différent peuvent être mobilisés pour comprendre cette situation, mais il semble que la méfiance vis-à-vis des institutions et des partis politiques qui marque les attitudes de la majorité des citoyens depuis des années est parmi les explications clé. Aussi, la crise politique, la tenue des plusieurs élections nationales en 2021 et l'insécurité des partis quant à leurs performances électorales les pousse à adopter

¹ Une partie de cette analyse a été présentée à la Sections thématique 9 « Crise du COVID et résistances», organisée par Jean-Michel De Waele et Yves Déloye au congrès de l'ABSP et COSPOF, Université libre de Bruxelles, avril 2021

²<https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

des comportements populistes et à ne pas courir le risque d'appliquer ou soutenir des mesures impopulaires. La crise a révélé les carences des politiques de prévention, le manque de soignants et d'infirmières et la mauvaise gestion et coordination des différentes activités dans le domaine de la santé. La gestion des différentes vagues de propagations du COVID-19 manque de cohérence, de volonté d'anticiper et préparer la nouvelle vague en amont. En général, la gestion bulgare se caractérise par l'application de mesures nettement moins sévères, moins restrictives et moins contraignantes en comparaison avec la majorité des pays membres de l'Union européenne.

L'étude sera structurée en quatre parties principales. En premier lieu, et sans prétendre d'exhaustivité, un cadre théorique sera présenté. En deuxième lieu, nous allons nous focaliser sur les périodes principales de la gestion de la pandémie de COVID-19 en Bulgarie depuis le mois de mars 2020 au septembre 2021. Dans un troisième temps, nous allons nous intéresser aux effets des théories de complot sur les attitudes des citoyens. En quatrième lieu, des cas de figure des résistances au COVID – 19 et à la gestion de la crise seront proposés.

Le premier cas de contamination de COVID-19 a été confirmé le 8 mars 2020. Au cours de la première vague de la propagation du coronavirus au printemps 2020 le pays a été faiblement touché : début juin 2020 il affichait cent quarante-sept personnes décédées des suites du COVID-19 et deux mille cinq cent quatre-vingt-cinq cas d'infection ont officiellement confirmés. Au contraire, dès l'automne 2020, la deuxième, la troisième vague au printemps de 2021 et la quatrième - de l'automne 2021, ont été virulentes. La gestion de la part des autorités s'est démarquée par le chaos, la prégnance du populisme, des mesures hésitantes et tardives et de l'impréparation du système de santé. La quatrième vague de l'été 2021 montre la continuité des hésitations des autorités à imposer des mesures restrictives strictes et les difficultés à convaincre les gens à se faire vacciner. A la date de 31 mars 2020 la Bulgarie a reçu 9 343 970 doses de vaccins mais seulement 1 217 377 personnes complètement vaccinées³. La couverture vaccinale à la fin du mois de mars 2022 est 29.50% de personnes complètement vaccinées, 30% ont reçu une dose de vaccin et 10% - une troisième dose⁴. La Bulgarie est nettement au-dessous de la moyenne européenne de personnes complètement vaccinés⁵. Le retard est flagrant même en comparaison avec les pays frontaliers comme la Serbie, la Turquie, la Grèce et la Roumanie

À cela s'ajoute la crise politique – parlementaire et gouvernementale, dont la gravité s'amorçait avec les protestations citoyennes de masse de l'été 2020 contre la corruption endémique, contre la coalition du troisième gouvernement du parti Citoyens pour le développement européen de la Bulgarie (GERB), contre le premier ministre B. Borissov et contre le procureur général I. Gechev. Elle a conduit en 2021 à une situation inédite pour toute la période démocratique après 1989 – la tenue à trois reprises des élections consécutives nationales législatives au cours de huit mois seulement – le 4 avril. Le 11 juillet et le 14 novembre 2021 faute de formation de nouvelle majorité parlementaire et gouvernementale. Les causes de cette situation sont la polarisation la fragmentation des forces politiques mais les racines sont la légitimité très faible et la déception et le retrait d'une grande partie des électeurs.

³ European Centre for Disease Prevention and Control ECDC, <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#national-ref-tab>

⁴ ECDC, <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>, consulté le 31 /03/2022

⁵ <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#summary-tab>, 24/01/2022

Dans ce contexte complexe, gérer la crise sanitaire avec succès c'est avéré impossible. De point de vue institutionnel, entre l'explosion de la pandémie au début de 2020 et le mois de mars 2022, trois configurations gouvernementales différentes ont eu la responsabilité de gérer la crise et quatre personnalités responsables différentes ont occupé le poste du ministre de la santé : deux au sein du gouvernement du GERB : Kiril Ananiev (de novembre 2017 à juillet 2020) et Kostadin Angelov (de juillet 2020 à mai 2021); un au sein du gouvernement intérimaire nommé par le président de la République Roumen Radev - en l'absence d'un parlement fonctionnant le poste du ministre de la Santé a été occupé par Stoytcho Katsarov (mai 2021 – décembre 2021) jusqu'à l'entrée en fonction de la nouvelle coalition gouvernementale composée de quatre formations politiques (Le changement continue! (PP), le Parti socialiste bulgare(BSP), Il y a un tel peuple! (ITN) et la coalition Bulgare démocratique (DB). Le nouveau gouvernement a nommé Prof. Assena Serbezova au poste ministre de la Santé en décembre 2021. Chaque gouvernement et son administration a eu sa stratégie de gestion de la crise, ses organes, comités et experts et chaque nouveau ministre a apporté des changements dans cette gestion. Néanmoins, malgré les différences politiques et de style de gestion, le dénominateur commun de tous les gouvernements est la réticence d'introduire des mesures antiépidémiques sévères et strictes, le refus d'imposer la vaccination obligatoire et la tendance de compromis face aux opposants aux mesures antiépidémiques.

En même temps la Bulgarie détient de tristes records en nombre de décès liés au COVID-19 tout en étant à la traîne en termes de personnes vaccinées au sein des pays de l'Union Européenne, loin en dessous de la moyenne européenne.

Tableau I : Hospitalisations et décès dus au Covid-19 en Bulgarie⁶

Date	juin 2020 - mars 2022		
	Hospitalisations dues au Covid-19 cumulées	Nombre de malades de Covid-19 en soins intensifs cumulé	Décès dus au Covid-19 cumulés
30.06.2020	434	31	223
31.07.2020	751	34	374
31.08.2020	726	65	613
30.09.2020	814	44	813
31.10.2020	2447	165	1254
30.11.2020	6869	430	3814
31.12.2020	4831	467	7515
31.01.2021	2866	263	9028
28.02.2021	4674	380	10167
31.03.2021	9811	748	13068
30.04.2021	6824	682	16368
31.05.2021	3176	359	17662
30.06.2021	1495	179	18049

⁶ Source : <https://data.egov.bg/data/resourceView/e59f95dd-afde-43af-83c8-ea2916badd19>, consulté le 25/01.2022

31.07.2021	797	75	18211
31.08.2021	3594	301	18840
30.09.2021	5172	458	20812
31.10.2021	7880	685	23918
30.11.2021	6526	723	28325
31.12.2021	4100	467	30890
31.01.2022	5730	506	33160
28.02.2022	4 268	503	35482
31.03.2022	1 953	214	36 512

Repères théoriques

Avant de nous pencher sur la gestion de la crise de COVID-19 en Bulgarie, centrons-nous sur quelques-unes des multiples recherches déjà réalisées sur les effets de cette crise sur les sphères sanitaires, publiques et politiques.

Comparée aux autres désastres sanitaires à travers l'histoire, la crise de COVID-19 « aura réussi, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, à provoquer le confinement de plus de la moitié de la population mondiale, ce qui entraîne la plus grande récession économique observée en temps de paix. »⁷ La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'état d'impréparation des Etats. En même temps, elle a généré des changements profonds des rapports entre les sphères politique, de la science, des médias et des citoyens, comme le démontrent Annie Bartoli et Philippe Hermel.⁸ Cette crise « d'essence sanitaire au départ, a conduit à interpeller directement ou indirectement de nombreuses autres dimensions qui concernent assez sérieusement les fondements de nos sociétés démocratiques... En particulier, des questions de confiance, de défiance ou de doutes ont été plus que jamais soulevées ».⁹ La pandémie a accentué la nécessité pour les acteurs politiques de recourir beaucoup plus aux experts scientifiques pour l'élaboration des politiques, mais cela va avec « un risque d'effet en sens inverse concernant l'impact du politique sur la nature même de la science et sur ses valeurs fondatrices »¹⁰. Aussi, si la pandémie a créé des conditions pour une approche plus directe de la science par les citoyens, en même temps certains citoyens ont été déstabilisés par le constat que la connaissance se construit par des errements et des erreurs¹¹. La crise de COVID- 19 a approfondi les inégalités d'ordre différents.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19 des experts et les hommes et femmes politiques au niveau international s'interrogent lequel des régimes politique contemporain fait mieux face à ce fléau ayant en vue le lourd bilan aux États-Unis d'Amérique d'un côté et la façon rapide mais non démocratique des autorités chinoises d'endiguer la propagation du coronavirus. David Stasavage souligne que les « démocraties et les autocraties rencontrent des défis très différents quand ils font face à des désastres » comme la pandémie de COVID-19.¹² Les États autocrates n'ont pas beaucoup d'obstacles pour mener des actions

⁷Jean-Paul Sardon, «De la longue histoire des épidémies au COVID-19 », in *Les Analyses de Population & Avenir*, 2020/8 No 26, pp. 1-18, p. 16, <https://www.cairn.info/revue-analyses-de-population-et-avenir-2020-8-page-1.htm>

⁸ Annie Bartoli, Philippe Hermel, « La science, le politique, et le citoyen : des relations revisitées a la faveur de la crise », *Marché et organisations*, Paris, L'Harmattan, No 41, 2021/2, pp. 87-102.

⁹ *Op. cit.*, p. 89.

¹⁰ *Ibidem.*, p. 91.

¹¹ Annie Bartoli, Philippe Hermel, *op. cit.*, 94.

¹² David Stasavage, «Democracy, Autocracy and Emergency Threats: Lessons for COVID-19 From the Last Thousand Years», in *International Organizations* 74, The IO Foundation, Supplement December 2020, pp. E-1 –

décisives limitant les libertés individuelles ou imposant des obligations, mais cela va avec un grand risque parce que l'information sur le désastre peut être supprimée et peut provoquer des reproches et des accusations posées ailleurs. Alors que dans les démocraties „il est difficile de supprimer des informations et encore plus difficile de mener des actions décisives. Les deux façons dont les démocraties ont essayé de confronter ce problème n'ont pas marché particulièrement bien. Octroyer des pouvoirs d'urgence au centre a souvent eu comme résultat leurs abus.»¹³ Stasavage recommande une troisième voie qui est celle du développement des capacités de prévention tout en évitant des pouvoirs d'urgence. Il rappelle comment les pouvoirs extraordinaires octroyés aux gouvernants au cours des crises graves ont offert un terrain propice aux abus de la part des gouvernants.¹⁴ Le premier-ministre Victor Orban en Hongrie a été facilité par la crise de COVID-19 pour ses réformes non-démocratiques et pour gouverner par des décrets.¹⁵

Dans les pays d'Europe centrale, comme le note Petra Guasti « la pandémie de COVID-19 représente un double défi pour la santé publique et pour la démocratie. C'est une opportunité pour une décadence démocratique parce que les états d'urgence étendent de manière forte les pouvoirs exécutifs et permettent des limitations temporaires des libertés civiles au nom de la santé publique. »¹⁶ Elle souligne que la pandémie de COVID-19 est un stress test sans parallèle pour les démocraties libérales et représentatives déjà en crise et avance trois modèles distincts mais qui peuvent se manifester de façon mixte de défiguration démocratique face aux défis de la pandémie: (1) le premier, est la *technocratie* :le rôle des experts virologues et épidémiologistes est renforcé par la pandémie et peut saper la responsabilité; (2) le deuxième est le *populisme* : les leaders populistes peuvent instrumentaliser la pandémie pour élargir la rhétorique d'exclusion et affaiblir la protection institutionnelle des minorités, et (3) le troisième modèle est le *plébiscitarisme* : les leaders élus peuvent utiliser les pouvoirs exceptionnels pour réduire le rôle des parlements et affaiblir l'opposition et la société civile.¹⁷ Cependant face à ces modèles de déclin démocratique, provoqués par la pandémie de COVID-19, s'opposent trois configurations de résilience démocratique aux tendances autoritaires : (4) la *presse libre* qui peut questionner les choix des experts du gouvernement ; (5) les *cours de justice* peuvent annuler des mesures restrictives et appliquer les droits constitutionnels et les garanties de protection institutionnelles ; (6) *l'opposition* qui peut demander avec succès plus de transparence et exercer un contrôle sur le gouvernement, alors que la société civile active peut se mobiliser pour tenir le gouvernement responsable.¹⁸

Les théories du complot ne sont pas un phénomène nouveau, mais au cours de la pandémie de Covid-10 leur diffusion à grande échelle est impressionnante, facilitée aussi par les réseaux sociaux. Cela a un impact sur les comportements individuels face aux mesures restrictives et antiépidémiques de celles et ceux qui y croient. Karen M. Douglas et al. définissent les théories complotistes comme « des essais d'expliquer les causes ultimes des événements sociaux ou politiques importants et leurs circonstances avec des affirmations de complots secrets de deux ou de plusieurs acteurs puissants. Souvent elles s'adressent à des gouvernements, mais elles peuvent accuser tout groupe perçu comme

E 17, p. E-14, doi.101017/S0020818320000338; pour une discussion approfondie des impacts et des réponses à la pandémie de la part des régimes autoritaires et démocratiques voir : Scott L. Greer, Elizabeth J. King, and Elize Massard da Fonseca, « Introduction. Explaining Pandemic Response », in Scott L. Greer, Elizabeth J. King, Elize Massard da Fonseca, and André Peralta-Santos (Eds.) *Coronavirus Politics. The Comparative Politics and Policy of Covid-19*, E-book, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 2021, pp. 3-33.

¹³ David Stasavage, *Ibidem*.

¹⁴ David Stasavage, *op . cit.* p. E- 10.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Petra Guasti, "The Rise of Autocracy and Democratic Resilience", in *Democratic Theory*, Volume 7, Issue 2, Winter 2020: 47-60, p. 57, doi:10.3167/dt.2020.070207

¹⁷ Petra Guasti, *op cit.*, p. 48.

¹⁸ *Ibidem*.

puissant et malveillant. »¹⁹ Le rôle des médias sociaux et de l'internet dans la propagation des théories du complot est très important. L'internet a banalisé, amplifié et accéléré le phénomène des théories complotistes et les réseaux sociaux contribuent à effacer les frontières entre le champ des connaissances et le champ des croyances, écrit Pierre-André Taguieff.²⁰ Il souligne qu'il ne faut pas surestimer l'Internet parce que « *les réseaux sociaux contribuent...à la propagation des théories du complot, mais dans des contextes où ces derniers satisfont des demandes sociales* ». ²¹ Les personnes sont attirées par les théories du complot quand « elles promettent de satisfaire des motivations psychologiques importantes qui peuvent être caractérisées comme *épistémiques* (e.g le désir d'intelligibilité, de précision et de certitude subjective), *existentielles* (le désir de contrôle et de sécurité), et *sociales* (maintenir une image positive de soi ou du groupe) »²². Une étude du cas slovaque, démontre la confiance dans les institutions et les autorités comme le gouvernement national, l'OMS ou les scientifiques est négativement associée aux croyances dans des conspirations et pseudoscientifiques.²³ L'érosion de la confiance dans les institutions est associée au soutien des croyances suspectes et finalement cela conduit aux attitudes négatives vis-à-vis des mesures des autorités - de protection, les intentions de se vacciner contre le COVID-19.²⁴

Lilian Negura rappelle que pendant des périodes d'incertitude les personnes sont plus réceptives aux « informations qui atténuent le sentiment de confusion et qui canalisent leurs frustrations et leur colère vers d'autres groupes » et qu'elles se répandent plus facilement dans des sociétés divisées et inégalitaires qui ont une confiance faible dans les institutions politiques.²⁵ Les narratifs complotistes au sujet du COVID-19 affirment que: « le virus est créé en laboratoire »; « les gens se contaminent à travers des tests infectés », « les vaccins serviront à implanter des puces » ou encore « les antennes 5G infectent la population avec le COVID-19 »²⁶.

La gestion de la pandémie de COVID-19 en Bulgarie

Comme noté plus haut, la gestion de la pandémie de COVID-19 en Bulgarie se caractérise par absence de cohérences. Elle comprend trois périodes qui peuvent être distinguées en fonction des forces politiques au pouvoir et des gouvernements en charge. Depuis mars 2020, trois gouvernements différents se sont succédé au pouvoir et leurs approches de gestion ont été marquées tant par la continuité que par certaines ruptures et surtout par la très forte politisation et la crise politique.

La première période comprend le troisième gouvernement du GERB en coalition avec la coalition de la droite radicale populiste *Patriotes unis* (2017-2021) avec en tête le premier ministre B. Borissov. Cette période couvre les trois premières vagues de propagation du COVID-19, dès le début de la pandémie en mars 2020 au lendemain des élections législatives du 6 avril 2021. Au cours de cette phase ont été élaborées et mises en place la plupart des mesures législatives, sanitaires, logistiques, économiques, sociales, vaccinales

¹⁹ Karen M. Douglas, Joseph E. Uscinski, Robbie M. Sutton, Aleksandra Cichocka, Turkey Nefes, Chee Siang Ang, Farzin Deravi "Undersatnding Conspiracy Theories", *Advances in Political Psychology*, Vol. 40. Suppl. 1. 2019, pp. 1-33, p. 2, doi: 10.1111/pops.12568

²⁰ Pierre-André Taguieff, « La Conglobation, cette technique rhétorique dont raffolent les complotistes », Conspiracy Watch, L'observatoire du consirationnisme, le 24 mars 2021, <https://www.conspiracywatch.info/la-conglobation-cette-technique-rhetorique-dont-raffolent-les-complotistes.html>

²¹ *Op. cit.*

²² Karen M. Douglas, Joseph E. Uscinski, Robbie M. Sutton, Aleksandra Cichocka, Turkey Nefes, Chee Siang Ang, Farzin Deravi "Undersatnding Conspiracy Theories", *Advances in Political Psychology*, Vol. 40. Suppl. 1. 2019, pp. 1-33, p. 7, doi: 10.1111/pops.12568

²³ *Ibidem*, p. 8.

²⁴ Jakub Srol, Eva Ballova Mikuskova, Vladimira Cavojova, op.cit., pp. 8-9.

²⁵ Lilian Negura, Opinion : COVID-19 « Comprendre le monde grâce aux théories du complot », *La Presse +*, 3 juillet 2020, <https://plus.lapresse.ca>

²⁶ *Ibidem*.

et d'infrastructures liées à la gestion de la pandémie de COVID-19. Elle comprend aussi l'organisation et les débuts de la vaccination de la population contre le coronavirus.

La deuxième période commence après la démission du gouvernement du GERB, le 16 avril 2021, la dissolution du nouveau parlement élu le 5 mai 2021 et la nomination d'un gouvernement intérimaire par le Président de la République Roumen Radev. Au cours de cette phase qui couvre la fin de la troisième vague de COVID-19, suivie par des mois des taux faibles de nouvelles contaminations et la quatrième vague de propagation du Coronavirus-19. La tâche constitutionnelle de ce gouvernement intérimaire est de préparer les nouvelles élections législatives anticipées du 11 juillet 2021, mais il reste en place tant qu'un nouveau gouvernement ne soit pas élu par le parlement.

Enfin, la troisième phase commence avec l'entrée en fonction de la nouvelle coalition gouvernementale en décembre 2021 qui hérite des politiques et des problèmes des gouvernements précédents.

La première période de gestion de la crise sous le gouvernement Borissov se démarque par la centralisation poussée du système de gouvernement et par sa personnalisation forte en la personne de M. B. Borissov (dont la communication se caractérise par une utilisation étendue des réseaux sociaux particulièrement avec son image derrière le volant de sa *Jeep* accompagné soit par des médecins, soit par des ministres responsables de la gestion). L'ancien premier-ministre Borissov contrôle personnellement les différents centres décisionnels et en réalité semble avoir le dernier mot à dire sur des mesures antiépidémiques ou d'autres liées à la pandémie. Par conséquent, on observe une très forte politisation des enjeux liés au COVID-19 et à des moments – de la négligence des avis des experts médicaux. En effet, toutes les questions liées à la pandémie ont été largement politisées et même si les experts sont passés au-devant de la scène publique et les caméras, leurs décisions ont été encadrées et limitées par les leaders politiques surtout sous le gouvernement du GERB et le premier ministre B. Borissov qui se présentait comme le leader qui gère tout, y compris, les experts.

Le premier cas confirmé de COVID-19 en Bulgarie est du 8 mars 2020. Le 11 mars l'OMS annonce la situation de pandémie due au nouveau coronavirus. Peu avant, un Centre opérationnel national (Natzionalen operativen chtab) est créé le 26 février 2020 par une ordonnance du Premier ministre B. Borissov. À sa tête a été désigné le professeur de l'Académie militaire de médecine, le général Professeur Ventzislav Moufatchijski. De nouveau, avec l'ordre du Premier ministre B. Borisov, le 24 mars 2020, un second organe d'experts est créé auprès du Conseil des ministres – un Conseil médical d'experts, qui n'a existé que deux semaines et qui a eu des désaccords avec le premier centre sur plusieurs questions liées à la pandémie. Les conflits entre différents groupes de médecins spécialistes ont commencé dès les débuts de la pandémie. Le rôle du premier ministre est de modérateur et de politicien qui joue sur des avis des experts différents et est une sorte de dernière instance dans un domaine strictement scientifique et médical.

Le 13 mars 2020 le gouvernement annonce un état d'urgence pour un mois, conformément à l'article 84 (12) de la Constitution bulgare²⁷. Une Loi des mesures et des actions au cours de l'état d'urgence est votée par le parlement le 20 mars 2020 et amendée et votée à nouveau le 23 mars 2020.²⁸ Le 3 avril 2020, l'Assemblée nationale a prolongé l'état d'urgence jusqu'au 13 mai et a autorisé le gouvernement de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire face à la pandémie du COVID-19. Le 12 mai, le parlement a adopté la Loi d'amendement de la loi de santé²⁹. La loi élargit les compétences du ministre de la Santé. Il peut imposer des mesures antiépidémiques sur le territoire national ou

²⁷ Art. 84 (12), Constitution de la République de Bulgarie : <https://mjp.univ-perp.fr/constit/bg1991.htm>.

²⁸ Zakon za merkite I dejstvijata po vreme na izvunrednoto polozenie, objaveno ot Narodnoto sabranie na 13 mart 2020, priet ot 44-to Narodno sabranie na 20 mart 2020, povtorno priet na 23 mart 202, Darzaven vestnik, br. 28, 24.3. 2020, (Loi des mesures et des actions au cours de l'état d'urgence

²⁹ Zakon za izmenenie i dopulnenie na Zakiona za zdraveto (Loi d'amendement et de complément de la Loi de santé), http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/05/13/zakon-izmdop-zakon-za-zdraveto-13-05-2020.pdf et Zakon za zdraveto Loi de santé, <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135489147>.

sur une partie de celui-ci; décider des cas d'isolement, de quarantaine, d'hospitalisation et de traitements obligatoires. La loi définit aussi la situation « d'état d'urgence épidémique » qui peut être déclarée pour une période fixe par le Conseil des ministres sur proposition du ministre de la Santé (art. 63.2 de la loi de santé). La situation épidémique extraordinaire a été annoncée le 14 mai 2020 et a été prolongée à plusieurs reprises et actuellement va jusqu'au 31 mars 2022.

Les mesures pour faire face aux conséquences de la pandémie sont nombreuses : sanitaires, mesures restrictives, économique et social. La réponse politique à la pandémie en 2020 s'élève à un montant d'environ 1.43 milliards d'Euros, soit 2.3% du PIB, comprenant le schéma 60/40 - des subsides des salaires où l'Etat assume 60% des coûts salariaux et aussi des contributions sociales pour les employés affectés ; des aides en soutien au secteur des services ; schéma de garantie des crédits pour les petites et moyennes entreprises à la hauteur de 1.28 milliards d'Euros.³⁰ La plupart des mesures liées à la gestion du COVID-19 continuent aussi en 2021. Le déficit fiscal est projeté à 5.2% du PIB en 2021.³¹ Des fonds européens ont été largement utilisés pour faire face à la pandémie et selon les prévisions, le Plan national pour la reprise et la résilience va accroître le PIB par 3.8% vers la fin de 2026³². Cependant, à cause de la crise politique et les désaccords entre les partis politiques, ce plan national a été soumis à la Commission européenne avec un retard important. Le gouvernement du GERB a déclaré à trois reprises des mesures plus strictes sans pour autant atteindre les niveaux de confinements connus en France ou en Belgique. Le premier « lock-down » au printemps 2020. Le deuxième « lock -down » est annoncé en novembre 2020 avec la montée de la deuxième vague de propagation du COVID-19. Un troisième bref « lock-down » a été imposé du 22 au 31 mars 2021.

Dès l'été 2020 le gouvernement du GERB, le premier ministre B. Borissov et le ministre de la Santé Kostadin Angelov mettent en avant le « modèle bulgare libéral » de gestion de la crise avec ses mesures souples et flexibles. En juin 2020 le Premier- ministre déclare que même si les cas de contamination au COVID-19 augmentent, il n'y aura pas de confinement, ni de mesures plus restrictives, parce qu'il faut penser à l'économie.³³ Il préconise que les citoyens respectent la distanciation physique, la désinfection et la discipline, ou comme c'est devenu populaire – les trois « D ». On détecte un penchant du gouvernement pour le modèle dit « suédois » - laisser le virus circuler pour atteindre une immunité collective. « *Une dizaine de médecins affirment que le virus est affaibli et qu'il n'est pas aussi puissant comme en février-mars, il vaut mieux ...avoir plus de malades et des personnes qui l'ont eu et qui sont guéries qu'en octobre-novembre* », déclare le Premier ministre en juin 2020³⁴.

Pendant la propagation de la seconde vague meurtrière en automne 2020 qui a placé la Bulgarie parmi les pays les plus lourdement touchés du COVID-19, le premier ministre B. Borissov se dit satisfait de la décision de laisser délibérément circuler le virus pour contaminer le plus de personnes pendant l'été³⁵. Il regrette que son souhait d'élaborer une approche commune de tous les États- membres de l'Union européenne n'ait pas abouti. Au

³⁰ European Bank for Reconstruction and Development, "Coronavirus response in 2021: building back better", Update on Bulgaria, 16/06/21.

³¹ *Ibidem*.

³² *Ibidem*.

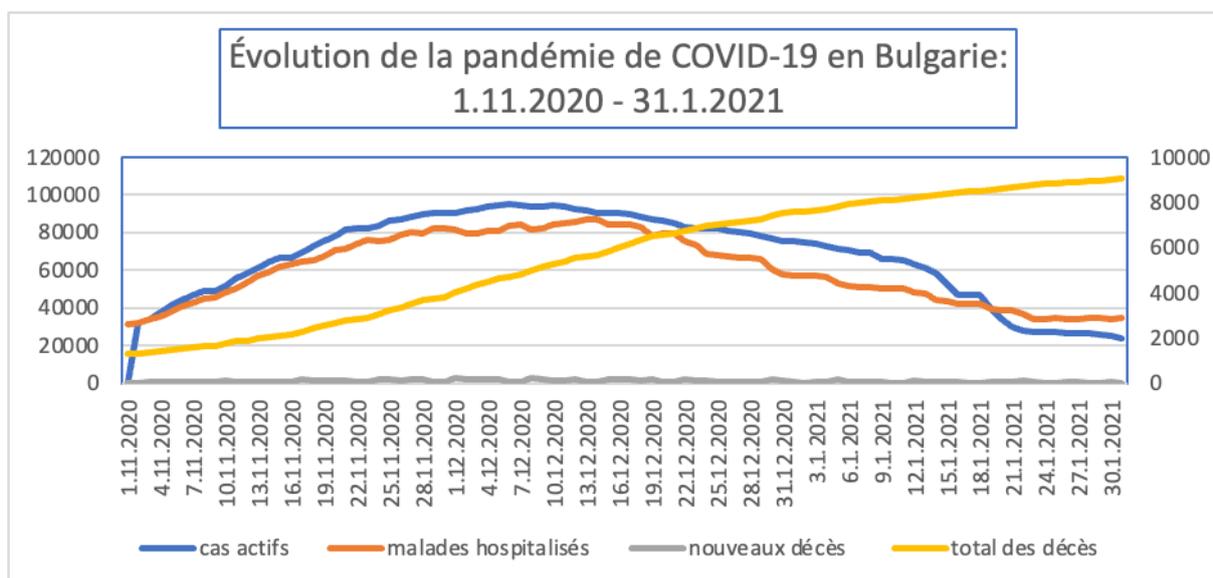
³³ Borissov : Bez panika, niama da vrutame karantinata, SEGA, le 19.06.2020, (Borissov : Pas de panique, nous n'allons pas réintroduire la quarantaine) <https://www.segabg.com/hot/category-bulgaria/ochakvayte-na-zhivoborisov-shte-dade-preskonferenciya-za-koronavirusa>

³⁴ Borissov, virusat e po-slab, podgotveni sme, Radio Nationale Bulgare, BNR, (Borissov: Le virus est plus faible. Nous sommes préparés.) le 19=06=2020, <https://bnr.bg/post/101296331/borisov-virusat-e-po-slab-podgotveni-sme>.

³⁵ Borissov : prez liatoto umno pusnahme virusat da vilnee v Bulgara", SEGA le 2 novembre 2021, <https://segabg.com/node/158469>

début de décembre 2020 un Plan national de préparation en situation de pandémie est adopté³⁶.

Graphe I. Évolution de la pandémie de COVID-19 en Bulgarie : 1.11.2020 - 31.1.2021



Source : Open Data Portal BG, Ministry of Health, Statistics on Covid-19 Distribution in Bulgaria, <https://data.egov.bg/data/resourceView/e59f95dd-afde-43af-83c8-aa2916badd19>

Parmi les arguments du gouvernement et du Centre national opérationnel anti-COVID-19 de ne pas appliquer des mesures restrictives sévères on peut épingler les suivants : « les gens ne respectent pas les mesures »; « les mesures font peur aux gens »; « les mesures vont avoir un coût économique dur ». Il faut aussi souligner la forte médiatisation des médecins « coronasceptiques » ou des spécialistes qui critiquent constamment les mesures restrictives antiépidémiques, l'OMS ou les modèles appliqués en Europe occidentale. Cela apporte à la confusion de plusieurs citoyens bulgares suspicieux vis-à-vis des recommandations de l'OMS, des experts européens ou des médecins. Cela a aussi été très favorable à la floraison des théories du complot mais aussi à la résistance face aux mesures antiépidémiques. A la fin du mois de février 2021 le gouvernement décide de permettre le réouverture à partir du premier mars 2021 les restaurants (à 50% de leur capacité; avec un maximum de six personnes à table et fermeture à 23 h00); d'autoriser les voyages organisés à l'intérieur du pays et le tourisme dit de congrès et prévoyait aussi la réouverture des bars et des boîtes de nuit ainsi que les voyages à l'étranger à partir du premier avril 2021.³⁷ Le ministre de la santé K. Angelov qui est aussi candidat-député et en campagne électorale affirme même qu'en Europe on parlerait du « modèle bulgare réussi de gestion de la crise ». ³⁸ Cependant, le 18 mars 2021 face à l'augmentation des hospitalisations et des décès, le gouvernement se voit contraint d'annoncer des mesures plus strictes du 22 mars

³⁶ Natziionalen plan na Republika Bulgaria za gotovnost pri pandemia, (Plan national de la République de Bulgarie de préparation en situation de pandémie), 2/12/2020

³⁷ Ministerurut na zdraveopazvaneto : Zavedeniata chte otvoriat na 1 mart pri jasni i concretni pravla za rabota, Ministerstvo na zdraveopazvaneto, 24 février 2021, (Le Ministre de la santé : les restaurant rouvrent le premier mars avec des règles de travail claires et concrètes, Ministère de la santé) <https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/ministr-na-zdraveopazvaneto-zavedeniyata-she-otvo/>, consulté le 19 mars 2021.

³⁸ Prof. Angelov gord : v Evropea veche se govori za bulgarski model za rechavane na crisata », Novini.bg, le 7 mars 2021, <https://novini.bg/zdrave/bolesti/649853>, consulté le 19 mars 2021.

au 31 mars 2021 considérées comme un « troisième lock down » sur le territoire.³⁹ Des oppositions multisectorielles se sont organisées surtout dans le secteur de la restauration considérant que les mesures sont inadéquates et discriminatoires. Le 31 mars 2021, un nouveau record de contaminations est atteint mais le gouvernement « rouvre » tout à partir du premier avril 2021, démontrant que les calculs politiques priment – les élections législatives ont lieu le 4 avril 2021.

Plusieurs personnalités d'autorité se sont élevées pour critiquer la décision du gouvernement de B. Borissov. L'Association nationale des urgentistes a lancé un « appel au peuple et au gouvernement » contre la décision de lever les mesures anti-Covid-19.⁴⁰ La présidente de l'association rappelle :

« Plus le nombre de personnes contaminées augmente, plus le nombre des patients avec des complications pendant et après l'infection de COVID-19 augmente. Cela dépasse les forces de notre armée de 300 équipes mobiles, de 160 filières de soins d'urgence et des 40 urgences dans le pays...Nous appelons le ministre de la Santé à révoquer immédiatement l'ordre du relâchement des mesures antiépidémiques le premier avril 2021 parce que nous considérons que c'est un affront au travail de tous les soignants à la première ligne et une menace pour le sauvetage des vies de nos patients. »⁴¹

Aussi, en octobre 2020 les médecins et les infirmières organisaient des *flash mob* à 20 h00 devant les urgences des grands hôpitaux en appelant la société de respecter strictement les mesures antiépidémiques. *« La lutte contre la propagation du coronavirus continue depuis huit mois déjà...les équipes sont au bout de leurs forces...Soyons solidaires et préservons nous nous-mêmes et nos proches. C'est le seul comportement responsable qui va nous préserver en bonne santé »⁴²*

Les élections législatives régulières du 4 avril 2021, tenues pendant le pic des décès et des contaminations journalières, ont mis fin à ce gouvernement, même si le parti Citoyens pour le développement européen de la Bulgarie, GERB, s'est maintenu comme première force parlementaire. Faute de formation d'un gouvernement nouveau, le parlement a eu une vie très courte et le président de la République M Roumen Radev a nommé le 12 mai 2021 un gouvernement intérimaire qui selon la Constitution qui a pour tâche principale l'organisation des élections législatives anticipées et de s'occuper des affaires courantes qui ne demandent pas un vote du parlement. Les élections anticipées ont eu lieu le 11 juillet 2021 et ont à nouveau résulté à un parlement fragmenté et polarisé qui n'a pas pu émettre un gouvernement et une majorité. Les électeurs bulgares ont été appelés aux urnes pour la troisième fois aux élections parlementaires anticipées le 14 novembre 2021. A la même date a été tenu le premier tour de l'élection présidentielle.

³⁹ Ministarat na zdraveopazvaneto izdade zapoved za vuvedaneto na vremenni protivoepidemeichni merkiq schitano ot 22 mart, (Le Ministre de la sante a donné l'ordre de l'introduction de mesures antiépidémiques provisoires des le 22 mars). COVID-19, Edinen <https://coronavirus.bg/bg/news/1562>, consulté le 18 mars 2021.

⁴⁰ Appel des urgentistes au peuple bulgare et au gouvernement, Dr. Katelieva, présidente de l' Association nationale des urgentistes, https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=3946847618715152&id=849756578424287

⁴¹ *Op. cit.*

⁴² Nov flashmob na, medicite, otnovo prizovaha zaspazvane na merkite, le 28 octobre 2020, Nova TV <https://nova.bg/news/view/2020/10/28/303849/>

Tableau II. Résultats des élections législatives en Bulgarie : 26 mars 2017, 4 avril 2021, 11 juillet

Parti/coalition	2021 ⁴³									
	26 mars 2017			4 avril 2021			11 juillet 2021			
	Votes	%	sièges	Votes	%	sièges	Votes	%	Sièges	
	votes			votes			votes			
GERB-SDS	1 147 292	33,54%	95	837 707 (- 309 585)	26.18%	75 (- 20)	642 165 (-195 542)	23.51%	63 (-12)	
Il y a un tel peuple	NA	NA	NA	565 014 (+565 014)	17.66%	51	657 829 (+ 92 815)	24.08%	65 (+14)	
Parti Socialiste bulgare pour la Bulgarie	955 490	27,93%	80	480 146 (- 475 344)	15.01%	43 (- 37)	365 695 (- 114 451)	13.39%	36 (-7)	
DPS	315 976	9,24%	26	336 306 (+ 20 330)	10.51%	30 (+4)	345 331 (+ 9 025)	12.64%	29 (-1)	
Patriotes unis (VMRO, Ataka, NFSB)	318 513	9,31%	27	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	na	n.a.	
VMRO – BND	n.a.	n.a.	n.a.	116 434	3.64%	-	n.a.	n.a.	n.a.	
Coalition patriotique – Volya et NFSB	n.a.	n.a.	n.a.	75 926	2.37%	-	Na	na	n.a.	
Patriotes bulgares (VMRO, NFSB, Volya)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	85 795	3.14%	n.a.	
Volya	145 637	4,26%	12	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	
Ataka Bulgarie démocratique – union	n.a.	n.a.	n.a.	15 659 302 280 (+302 280)	0.49%	-	12 585 331(+ 43 051)	0.46%	-	34 (+7)
Debout! Dehors les moutris!	n.a.	n.a.	n.a.	150 940 (+150 940)	4.72%	14	136 885 (- 14 055)	5.0%	13 (-1)	

Source : Tzentralna izbiratelna comissia (Commission centrale électorale), cik.bg

⁴³ Centralna Izbiratelna comissia, Parlamentarni izbori: 26/3/ 2017; 4/4/ 2021; 11/7/ 2021 (<https://results.cik.bg/pi2017/rezultati/index.html>; <https://results.cik.bg/pi2021/rezultati/index.html>; https://results.cik.bg/pi2017_07/rezultati/index.html) Commission centrale électorale.

La seconde période de gestion de la pandémie tranche avec le style de communication politique de B. Borissov, elle est beaucoup moins centralisée et personnalisée, de nombreux d'experts interviennent pour informer le public, la figure du Premier- ministre a plutôt un profil bas en faveur du ministre de la Santé et des experts. La communication liée au COVID-19 est moins centralisée et plus diffuse. Le Conseil des ministres, nommé par le Président qui est aussi l'opposant principal au style de gouvernement du GERB et à B. Borissov, révisé et modifie certaines politiques et décisions liées à la pandémie, adoptées par le gouvernement précédent. Certaines décisions du gouvernement intérimaire de licenciements des experts dans le secteur de la santé, qui étaient à la première ligne de la lutte contre la pandémie, sont perçues par les anciens gouvernants comme une revanche politique à l'encontre des hommes politiques et des médecins proches du GERB.

Tableau III. Résultats des élections législatives anticipées du 14 novembre 2021⁴⁴

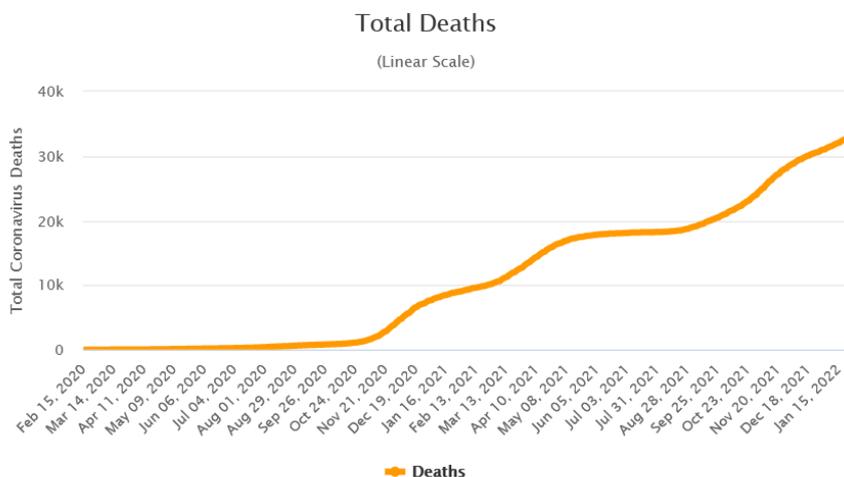
Parti/coalition	Nombre de votes valides	% des votes valides	Sièges / 240
Produljavame promjanata ! Le changement continue! (PP)	673 170	25.67%	67
GERB-SDS	596 456	22.74%	59
Mouvement pour les droits et libertés (DPS)	341 000	13.00%	34
Parti socialiste bulgare BSP Pour la Bulgarie	267 817	10.21%	26
Ima takuv narod ! Il y a un tel peuple ! (ITN)	249 743	9.52%	25
Demokratichna Bulgaria Bulgarie démocratique (DB)	166 968	6.37%	16
Vazrajidane Renaissance	127 568	4.86%	13
Izpravi se BG !Nie Idvame ! Debout BG ! Nous venons !	60 055	2.29%	-
Je ne soutiens personne	35 745		

Les élections anticipées en juillet 2021 ont été organisées au cours de la période estivale au cours de laquelle le coronavirus était ralenti et ses effets sanitaires réduits. Au contraire, les troisièmes élections législatives de 14 novembre 2021, pareillement à celles du 4 avril, correspondaient avec la montée forte de la quatrième vague de COVID-19. Le *Monde* publie une analyse de ces élections intitulée «COVID-19 : en Bulgarie, un scrutin sur fond

⁴⁴ Source : Commission centrale électorale, results.cik.bg/pvrns2021/tur1/rezultati/

d'hécatombe sanitaire »⁴⁵ soulignant les calculs électoralistes et politiques des différents partis pour ne pas introduire des mesures antiépidémiques strictes et pour œuvrer en faveur de la vaccination de masse.

Worldometers.info : décès dus au COVID-19 en Bulgarie⁴⁶



Les troisièmes élections ont accordé la place de première force politique à la nouvelle coalition intitulée *Prodalzhavame promjanata PP* (le *Changement continue*), lancée par deux ministres du cabinet intérimaire nommé par le président R. Radev en mai 2021 – Kiril Petkov et Assen Vassilev, diplômés de l'Université de Harvard et devenus très populaires par leurs actions décisives contre la corruption à partir du mois de mai la même année. Le parti de Boyko Borissob GREB se maintient en deuxième position, alors que le Parti socialiste bulgare s'effondre et passe en quatrième position, devancée pour la première fois par le Mouvement pour les droits et libertés DPS. La formation populiste *Il y a un tel peuple* ITN qui a remporté les élections anticipées du 11 juillet 2021 chute en cinquième position. La coalition de la droite démocratique *Bulgarie démocratique* perd aussi des votes. Pour la première fois le parti de droite extrême *Vazrazhdane* (*Renaissance*) perce dans l'arène parlementaire. De nouveau, le parlement est fragmenté, mais cette fois un compromis est trouvé pour éviter l'approfondissement de la crise politique et une large coalition gouvernementale est formée avec à sa tête le premier ministre Kiril Petkov et composée des quatre formations anti-GERB : Le changement continue ! (PP), le Parti socialiste bulgare (BSP), la formation populiste *Il y a un tel peuple !* (ITN) et la coalition des partis de centre-droit *Bulgarie démocratique* (DB). La coalition est approuvée par un vote d'investiture à l'Assemblée nationale le 13 décembre 2021.

Vaccination anti-COVID- 19 en Bulgarie

La Bulgarie s'est jointe à la stratégie européenne commune de vaccination, adoptée en juin 2020.⁴⁷ Les vaccins autorisés dans le pays sont seulement ceux que l'Agence européenne des médicaments a approuvés à savoir quatre vaccins anti-Covid sont administrés en Bulgarie : de Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca et Janssen. L'opposition des rangs du Parti socialiste bulgare a proposé à quelques reprises de

⁴⁵ Jean-Baptiste Chastand, "COVID-19 : en Bulgarie, un scrutin sur fond d'hécatombe sanitaire", *Le Monde*, le 12/11/2021, https://www.lemonde.fr/international/article/2021/11/12/en-bulgarie-un-scrutin-sur-fond-d-hecatombe-sanitaire_6101841_3210.html

⁴⁶ <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/bulgaria/>

⁴⁷ European Commission, Commission Decision of 18.6. 2020, approving the agreement with Member States https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/decision_approving_the_agreement_with_member_states_on_procuring_covid-19_vaccines_on_behalf_of_the_member_states_and_related_procedures.pdf

permettre l'usage des vaccins russes, mais le parlement a rejeté cette idée pour des motifs qu'il fallait attendre l'autorisation de l'AEM. Aussi, du 12 au 18 mars 2021 le gouvernement a suspendu la vaccination avec le vaccin AstraZeneca à cause des rares effets secondaires graves qui peuvent être provoqués par ce vaccin et en attente de l'avis de l'AEM. Cela conduit au blocage de toute la campagne de vaccination en Bulgarie, puisque le gouvernement avait misé surtout sur ce vaccin qui est moins cher et avait assuré des stocks, alors que les autres vaccins étaient déficitaires. Cela a conduit à une démarche populiste commune – la lettre du 13 mars 2021 de cinq pays : l'Autriche, la Bulgarie, la République tchèque et la Slovaquie, dénonçant l'injustice dans la distribution des vaccins au sein de l'Union européenne.⁴⁸ En avril, un accord européen « *permet une expression significative de la solidarité par la distribution de près de 3 millions de vaccins aux Etats membres qui en ont le plus besoin* » et dix-neuf Etats cèdent 2,9 millions de vaccins Pfizer sur leur quote-part pour les allouer à la Bulgarie, la Croatie, la Lettonie, l'Estonie et la Slovaquie.⁴⁹

Le 7 décembre 2020 gouvernement du GERB met en place un Centre national de vaccination (Natzionalen vaccinatziionen chtab)⁵⁰ et adopte un Plan national de vaccination.⁵¹ Sous la supervision du ministre de la Santé, le Centre national de vaccination « *coordonne, contrôle et est responsable pour la réalisation du Plan national de vaccination contre le COVID-19* »⁵². Ce plan national définit les phases, les groupes et l'ordre de vaccination comme suit :

- La première phase de la vaccination englobe le personnel médical, les soignants dans le système hospitalier et préhospitalier; les spécialistes de soins médicaux, les dentistes, les pharmaciens, etc.
- La deuxième phase de la vaccination concerne les usagers et personnel des institutions sociales, les spécialistes pédagogiques et le personnel des élevages de visons.
- La troisième phase comprend les personnels des professions et des activités de base de la vie sociale (comme les policiers).
- La quatrième phase de vaccination vise les personnes âgées de 65 ans et plus et personnes et des personnes avec des comorbidités.
- Enfin, la cinquième phase de vaccination s'adresse aux groupes vulnérables de la population à cause d'un risque épidémiologique élevé d'infection, lié à leur mode de vie.

La définition des groupes prioritaires pour la vaccination a subi des critiques à cause du fait que les personnes âgées et celles qui ont un risque plus élevé ont été retardées pour la quatrième phase.

Face au manque d'intérêt de la part des groupes prioritaires pour la vaccination le 19 et le 22 février 2021 le gouvernement du GERB décide d'ouvrir des « corridors verts » et d'étendre la vaccination au cours des jours de samedi et de dimanche⁵³ et durant l'après-

⁴⁸ "Répartition des vaccins dans l'UE : 5 Etats européens veulent des discussions au plus vite", *Ouest France*, 13.3.2021, ouest-France.fr

⁴⁹ Derek Perrotte, « Covid : l'Europe de l'Ouest fait un geste pour l'Est en attendant les livraisons des vaccins », *Les Echos*, 2/4/2021, <https://www.lesechos.fr/monde/europe/covid-europe-de-louest-fait-un-geste-pour-lest-en-attendant-les-livraisons-de-vaccins-1303901>

⁵⁰ Rechenie N 896 na MS ot 2020 g. za ptriemane na Natzionalen plan za vaccindirane srehtu COVID-19 (izm. I dop.) (Decision N 986 du Conseil des ministres de 2020 pour l'adoption du Plan national de vaccination contre le COVID-19 (amende et complete), COVID-19 Edinen informatziionen portal, <https://coronavirus.bg/bg/663>

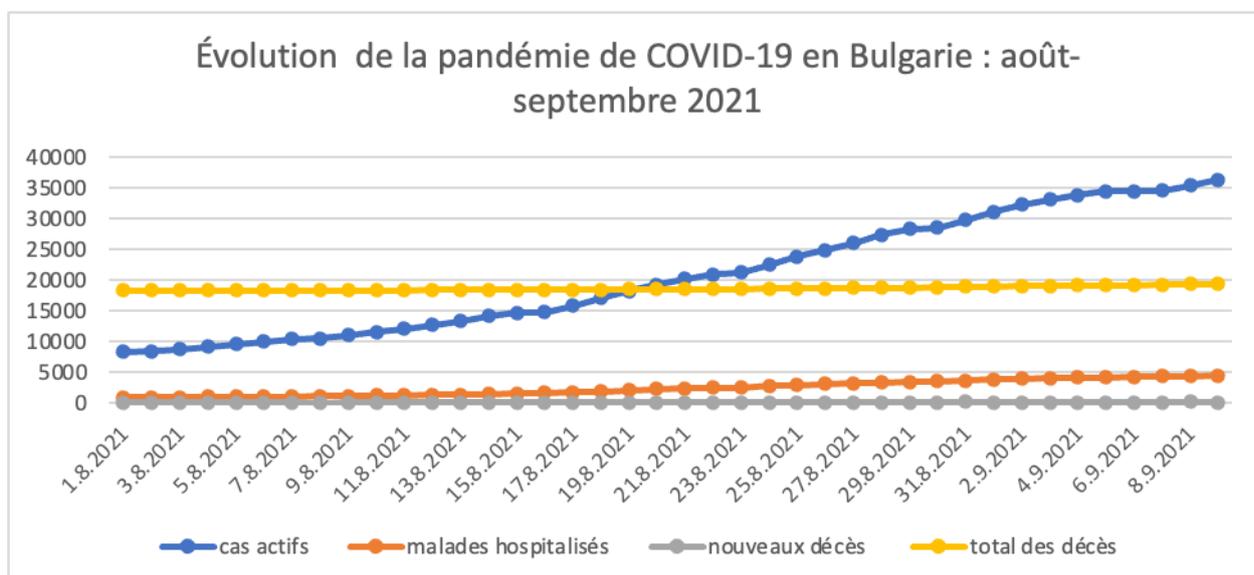
⁵¹ Natzionalen plan za vaccindirane, Plan national de vaccination, le 4 décembre 2020, <https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/nacionalen-plan-za-vaksindirane-sreshu-COVID-19-v-r/>

⁵² Ibidem., p. 3, p. 4.

⁵³ Rechenie N 144 na Ministerskia savet ot 19 fevuari 2021 godina za dopulnenie na Natzionalnia plan za vaccindirane srehtu COVID-19 v Republika Bulgaria, priet s rechenie N 896 na MS ot 2020 g. i dopulnen s Rechenie N 91 na Ministerskia suvet ot 2021 g. , COVID-19 Edinen informatziionen portal, <https://coronavirus.bg/bg/663> (Décision N 144 du 19 février 2021 du Conseil des ministres pour l'amendement et

midi des jours ouvrables⁵⁴ à tous les autres groupes de la population qui souhaitent se faire vacciner et qui ne sont pas dans les groupes de I à V et cela à titre d'exception et si des quantités de vaccins sont suffisantes. Au fur et à mesure devant les centres hospitaliers et de diagnostic ont été installées des unités de vaccination. Cette mesure qui visait à accélérer la vaccination a aussi créé un certain chaos.

Le gouvernement intérimaire nommé par le président de la République met fin à l'existence du Centre national de vaccination.⁵⁵ A sa place, il crée un Centre consultatif des vaccins dans l'intention de consulter des experts disposant d'une expertise et de représentativité plus larges et qui a pour objectif d'aider le ministre de la Santé dans l'organisation des vaccinations et dans la communication de l'utilité des vaccins à la société.⁵⁶ Le gouvernement intérimaire impose à son tour des mesures plus restrictives du 7 septembre au 31 octobre 2021. Le ministère de la Santé annonce que la décision est prise après la considération des opinions d'une série d'acteurs comme les employeurs, des organisations sectorielles. Le ministre de la Santé d-r Stoytcho Katsarov souligne : « *Le pourcentage bas de vaccination nous contraint d'imposer de nouvelles mesures contre la propagation du virus...C'est notre dernière place en termes de vaccination qui nous attribue la première place en termes de mortalité de COVID-19.* »⁵⁷



En juillet 2021, le gouvernement intérimaire adopte un nouveau « Plan opérationnel national pour faire face à la pandémie de SARS-CoV-2 ».⁵⁸ Le document fait un état très

le complément du Plan national de vaccination contre le COVID_19 en République de Bulgarie, adopté par la Décision N 896 du CM de 2020 et complété par la Décision N 91 du CM de 2021).

⁵⁴ Rechenie N 145 na Ministerskia savet ot 22 fevruari 2021 godina za izmenenie na Natzialnia plan za vaccinirane srehtu COVID-19 v Republika Bulgaria, priet s rechenie N 896 na MS ot 2020 g., dopulnen s Rechenie N 91 na MS ot 2021 g. i Rechenie N 144 na MS, COVID-19 Edinen informatzionen portal, <https://coronavirus.bg/bg/663>

⁵⁵ Rechenie N 473 na Ministerskia savet ot 30 juni 2021 godina za izmenenie na Rechenie N 896 na MS ot 2020 g. za priemane na Natzialen Plan za vaccinirane srehtu COVID-19 v Republika Bulgaria, izmeneno i dopulneno s rechenie na MS ot 2021 g., Rechenie N 144 na MS ot 2021 g. i Rechenie N 145 na MS ot 2021 g., COVID-19 Edinen informatzionen portal, <https://coronavirus.bg/bg/663>

⁵⁶ Ministerstvo na zdraveopazvaneto, "Izmenia se pravitelstveno rechenie otnosno Natzialnia plan za vaccinirane srehtu COVID-19", 30/06/2021, <https://www.mh.government.bg/bg/novini/ministerski-savet-izmenya-se-pravitelstvenoto-reshenie-otnosno-nacio/>

⁵⁷ Niskiyat procent na vaccinacia ni prinujdava da nalozim novi merki srehtu razprostranienieto na virusa, [https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/niskiyat-procent-na-bavksinaciya-ni-prinuzhdava-da-/,](https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/niskiyat-procent-na-bavksinaciya-ni-prinuzhdava-da-/) 2.09.2021

⁵⁸ Natzialen operativen plan za spraviane s pandemiata ot SARS-CoV-2, (Plan national pour faire face à la pandémie de SARS-CoV-2 »), 22/07/2021, 161 pages, [Mh.government.bg/media/filer_public/2021/07/22/therat_assessment_brief_final.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/07/22/therat_assessment_brief_final.pdf)

critique de la gestion de la pandémie sous le troisième gouvernement du GERB : « *la seule comparaison avec les pays-membres de l'UE renforce la conviction que la Bulgarie a un problème sérieux avec la crise, provoquée par le COVID-19. En termes de mortalité, elle est en troisième place après la Hongrie et la Tchéquie* »⁵⁹.

Le document pointe les facteurs négatifs pour les taux élevés de mortalité : la structure d'âge de la population et la part des maladies chroniques graves ; le mauvais état du système de santé ; la mauvaise gestion de la crise.⁶⁰

En réponse à la propagation de la quatrième vague du Covid-19 et le variant Delta le ministère de la Santé annonce des mesures restrictives à partir du 21 octobre 2021 dont l'introduction du « certificat vert » pour accéder aux bâtiments publics, tous les espaces commerciaux, culturels et d'autres, les écoles, les universités etc.⁶¹ Le «certificat vert » certifie que : la personne est vaccinée contre le Covid-19 ; qu'elle a été contaminée de Covid-19 et qu'elle a guéri ou qu'elle a effectué un test dont la validité est de 72 heures. La décision du ministre de la Santé du 19 octobre 2021 a provoqué de fortes critiques de tous les côtés – des opposants politiques, des citoyens et des différents secteurs économiques. Sous la pression des citoyens, le « certificat vert » est délivré aussi à des personnes qui ne sont pas vaccinées, qui n'ont pas de preuve d'avoir été contaminées par le Covid-19 mais qui après un test en laboratoire démontrent des niveaux hauts d'anticorps, c'est une originalité bulgare qui n'est pas reconnue à l'étranger. De fait il s'agit pour ces personnes d'échapper à la vaccination contre le Covid-19.

Une troisième étape de la gestion de la crise sanitaire commence en décembre 2021 avec l'entrée en fonction du nouveau gouvernement du premier ministre Kiril Petkov. Cette coalition hétéroclite se divise sur la crise sanitaire parce qu'elle comprend les populistes coronosceptiques de la formation Il y a un tel peuple ! (ITN) qui s'opposent au certificat vert, aux différentes mesures antiépidémiques et aux bénéfices de la vaccination. Le nouveau gouvernement se propose de relancer la vaccination. En décembre 2021 le premier ministre Kiril Petkov affirme ne pas vouloir que la Bulgarie se transforme en « *covid ghetto* »⁶² même s'il s'engage à ne pas rendre la vaccination obligatoire pendant son mandat.

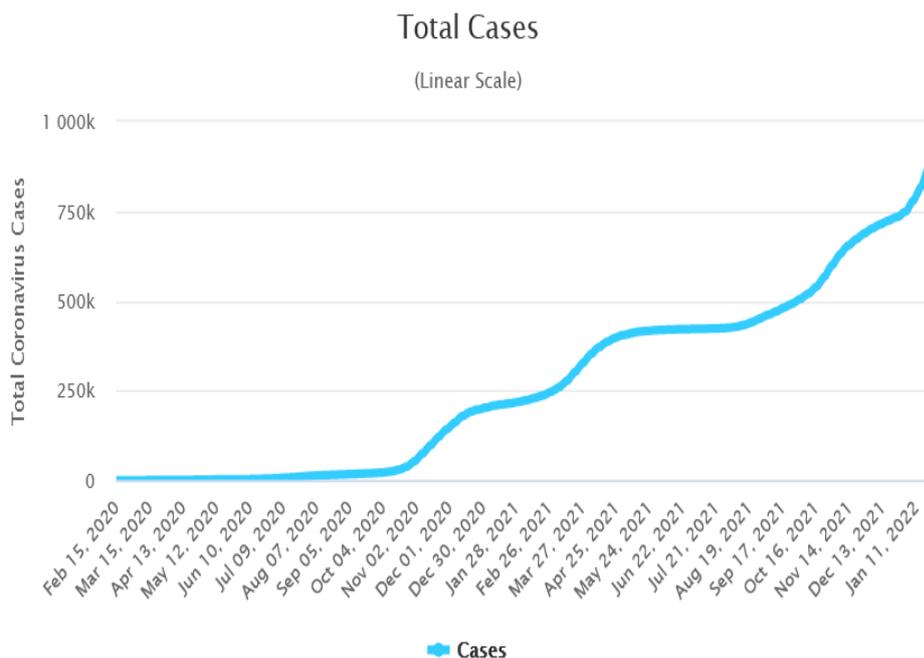
⁵⁹ Natsionalen operativen plan za spraviane s pandemiata ot SARS-CoV-2, (Plan national pour faire face à la pandémie de SARS-CoV-2 »), Op. cit., p. 3.

⁶⁰ Natsionalen operativen plan za spraviane s pandemiata ot SARS-CoV-2, (Plan national pour faire face à la pandémie de SARS-CoV-2 »), 22/07/2021, Ibidem., p. 4.

⁶¹ Ministerstvo na zdraveopazvaneto, Zapoved na ministara na zdraveopazvaneto N PD-01-856/ 19.10.2021

⁶² "Prof. Radka Argirova pred Kiril Petkov: Ima opasnost Bulgaria da stane Covid Geto", (Prof. Radka Argirova à Kiril Petkov: Il y a un risque que la Bulgarie devienne un Covid getho")DarikNews, 23/12/2021, <https://dariknews.bg/novini/bylgariia/prof.-radka-argirova-pred-kiril-petkov-ima-opasnost-bylgariia-da-stane-covid-geto-video-2295001>

Worldometers.info : Évolution des cas de Covid-19 confirmés en Bulgarie⁶³



Ce nouveau gouvernement de coalition de Kiril Petkov à son tour élabore des dispositifs pour gérer la crise sanitaire. En janvier 2022, un Comité pandémique de coordination et de contrôle des mesures antiépidémiques introduites est créé auprès du ministère de la Santé⁶⁴. Il est sous la direction du ministre adjoint et est composé des responsables de la direction du ministère de la santé, l'inspecteur général de santé publique, des représentants des inspections régionale de santé et des urgentistes. En janvier 2022 un nouveau Plan national opérationnel pour faire face à la pandémie de COVID-19 élaborée sur une approche nouvelle de gestion de la crise qui prévoit quatre étapes de gravité de la diffusion du COVID-19 et les mesures correspondant à chaque étape. Les mesures sont applicables de façon déconcentrée et régionalisée en fonction du nombre des lits occupés en soins intensifs des malades de Covid-19.⁶⁵ La première étape, avec 50% des lits occupés en soins intensifs, prévoit le renforcement du contrôle des mesures existantes – le port de masques, distanciation physique, le « certificat vert » et le dépistage dans les écoles. La deuxième étape, avec 60% des lits occupés en soins intensifs des malades de Covid-19, prévoit le monitoring du respect et du délai des documents de vaccination, restriction de certaines activités dans les écoles. Des mesures antiépidémiques nouvelles seront adoptées au cours de la troisième étape avec 70% des lits occupés en soins intensifs. Un confinement général est prévu pour la quatrième étape quand 80% des lits en soins intensifs seront occupés. L'objectif annoncé de ce plan est de créer une organisation adéquate pour limiter la propagation de COVID-19, d'assurer des conditions de soins optimales aux citoyens, de maintenir le fonctionnement des services et des secteurs essentiels. Le plan est élaboré conjointement avec les membres du Comité national pandémique, du Comité pandémique auprès du ministère de la Santé, de l'inspecteur général de la santé publique et des experts.

⁶³ <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/bulgaria/>

⁶⁴ Pandemitchen comitet za koordinatsia i control na vuvedenite protivoepidemitchni merki be sazdaden v MZ (Un Comité de coordination et de contrôle des mesures antiépidémiques a été créé auprès du ministère de la Santé), le 4/01/2022, <https://coronavirus.bg/bg/news/3135>

⁶⁵ Pravitelstvoto predstavi Natzionalen operativen plan za spaviane s pandemiata ot COVID-19, (le gouvernement a présenté le Plan national opérationnel pour faire face à la pandémie de COVID-19) le 13/01/2022 <https://coronavirus.bg/bg/news/3177>

Le déni et les théories du complot

Depuis le début de la pandémie, le déni se manifeste comme un refus de l'existence réelle du COVID-19. Pour une partie des citoyens et pour certains acteurs sociaux la réaction à la pandémie a été le déni, la suspicion ou le rejet. Parmi les institutions, c'était l'Église orthodoxe qui a été des premières à « résister » à l'état d'urgence et au confinement, déclarés au mois de mars 2020. Le COVID-19, selon l'Église orthodoxe bulgare : *une punition admise par Dieu pour nos péchés* » (24 mars 2020) . L'Église orthodoxe bulgare a bénéficié la tolérance spéciale des autorités et les églises n'ont jamais fermé. En même temps, les écoles, les universités, les théâtres, les cinémas et d'autres lieux d'activités culturelles ou sportives ont dû fermer et passer en mode distanciel ou interrompre leurs activités. Selon les premières études sociologiques en 2020, ceux qui ne croient pas à l'existence du COVID-19 sont proches au Parti socialiste bulgare (BSP) ou au nouveau parti populiste antisystème et anti-establishment « Ima takav narod » ITN (« Il y a un tel peuple! ») (*Gallup International : Juillet 2020*).

Dès le début de la pandémie une spécificité culturelle s'est profilée – la propension d'une partie non négligeable des Bulgares à croire aux théories de complot liées au coronavirus Sars-Cov-2. L'étude, réalisée par Globsec en juin 2020 montre que plus de la moitié des Bulgares sont prêts à croire aux théories conspirationnistes⁶⁶. Les Bulgares (48%) qui se placent en deuxième place après les Slovaques (56%) parmi les pays d'Europe centrale et orientale, sont les plus réceptifs à ces théories et à la désinformation. *L'étude pointe le manque de confiance aux médias, aux institutions, le soutien d'une partie des Bulgares pour un leader autoritaire; l'insatisfaction de la vie et le mécontentement du système.*⁶⁷ Les facteurs qui semblent avoir une incidence très importante sur la sensibilité aux théories du complot sont la promptitude d'échanger des libertés pour des bénéfices et le soutien pour un leader autoritaire. D'autres études de la propagation des théories du complot, notamment dans le cas roumain en situation de pandémie de COVID-19 attirent l'attention sur des facteurs liés à la dépendance au sentier et le régime communiste.⁶⁸ L'étude de Globsec de 2021 des pays d'Europe centrale et orientale face à la pandémie de COVID-19 confirme la prégnance des théories complotistes en Bulgarie, qui est toujours à la deuxième place avec 35% des répondants bulgares après la Roumanie, avec 40% des répondants qui croient à des narratifs conspirationnistes, alors que la Slovaquie passe en troisième position, avec 29% croyant à des théories de conspiration.⁶⁹ L'étude met en lumière le lien entre la part des personnes prêtes à se faire vacciner et les taux de confiance dans les autorités médicales. En mars 2021, 33% des Bulgares souhaitent se faire vacciner, mais ceux qui souhaitent se faire vacciner et en même temps faisaient confiance aux autorités médicales et scientifiques étaient à peine 17%.⁷⁰ Selon l'étude de *Gallup International* de juillet 2021, la part des personnes déclarant être prêtes à se faire vacciner est de 27% contre 42% de celles qui déclarent qu'elles ne se vaccineront pas. ⁷¹ En août

⁶⁶ Globsec, *Voices of Central and Eastern Europe. Perceptions of democracy and governance, in 10 EU countries*, June 2020, <https://www.globsec.org/wp-content/uploads/2020/06/Voices-of-Central-and-Eastern-Europe-read-version.pdf>

⁶⁷ *Op. cit.*, p. 45.

⁶⁸ Cătălin Augustin Stoica & Radu Umbreș (2021) Suspicious minds in times of crisis: determinants of Romanians' beliefs in COVID-19 conspiracy theories, *European Societies*, 23:sup1, S246-S261, DOI: 10.1080/14616696.2020.1823450

⁶⁹ GLOBSEC Trends 2021, Central and Eastern Europe one year into the pandemic, June 2021, 43 pages, p. 28, www.globsec.org

⁷⁰ *Ibidem.*, p. 30.

⁷¹ Natalia Gantchovska, "Gallup: Otnochenieto na obchetsvoto kam slujebnia kabinet e preobladavachto polojitelno", BNR Novini, (« Gallup : L'attitude de la société envers le cabinet intérimaire est majoritairement positive », 25/07/2021, bnr.bg/post/101503674/galap

2021 l'Agence France Presse reflète le contexte bulgare dans une publication dont le titre est éloquent : « En Bulgarie, cancre de la vaccination, le fléau de la désinformation ». ⁷²

Une étude des attitudes des Bulgares envers le Covid -19 réalisée par l' institut *Trend* en avril, en juin et en novembre 2020 confirme ces tendances ⁷³ : un cinquième des répondants croient que des puces électroniques seront implantées dans le corps avec le vaccin contre le coronavirus; plus d'un cinquième croient que derrière la pandémie se trouve Bill Gates et environ 2 300 000 Bulgares pensent que le COVID-19 est créé en laboratoire artificiellement. ⁷⁴

Tableau III : TREND : Attitudes des Bulgares vis-à-vis du Coronavirus : avril, juin et novembre 2020⁷⁵

Question	D'accord			Pas d' accord			ne sait pas		
	IV.2020	VI. 2020	XI. 2020	IV.2020	VI. 2020	XI. 2020	IV.2020	VI. 2020	XI. 2020
Le coronavirus est une maladie créé artificiellement.	N.D	43%	52%	n.d.	26%	25%	N.D	31%	23%
Le coronavirus est une maladie créée artificiellement pour apporter des profits aux compagnies pharmaceutiques.	46%	43%	45%	24%	26%	29%	30%	31%	26%
Le coronavirus est une arme biologique créée dans l'objectif de réduire la population sur la Terre.	53%	40%	40%	18%	27%	34%	29%	33%	26%
Le coronavirus n'est pas plus dangereux que la grippe saisonnière.	37%	N.D	33%	41%	N.D.	46%	22%	N.D.	21%
Le coronavirus n'existe pas, c'est une tricherie mondiale	N.D.	23%	17%	N.D.	56%	65%	N.D.	21%	18%
Des puces seront implantées à travers le vaccin contre le coronavirus pour contrôler les gens	n.d.	22%	16%	n.d.	44%	53%	n.d.	34%	31%

⁷² AFP, "En Bulgarie, cancre de la vaccination, le fléau de la désinformation", *Science et l'avenir*, 12/08/2021, scienceetavenir.fr/sante/en-bulgarie-cancre-de-la-vaccination-le-fleau-de-la-desinformation_156523

⁷³ Naglasi na bulgarite spriamo coronavirusa i conspiratvni teorii, juin 2020 Trend, (Attitudes des Bulgares envers le coronavirus et les théories du complot); <https://rctrend.bg>, consulté le 18 mars 2021.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ Naglasi na bulgarite spriamo conspiratvni teorii okolo COVID-19, juni i noemvri 2020, Trend, (Attitudes des Bulgares envers des théories du complot autour du COVID-19, juin et novembre 2020), <https://rctrend.bg/>

A ces études, il faut ajouter le fait que des « experts » et des médecins, opposés aux mesures restrictives et à la vaccination, ont régulièrement sapé la confiance de la population qui rejette les conseils scientifiques antiépidémiques. Des rumeurs et des accusations sont diffusés que le gouvernement, les hôpitaux et les médecins auraient manipulé les données des malades et des décès dus au COVID-29 à la hausse pour avoir accès aux aides européennes ou aux financements prévus de la Caisse nationale de la santé (NZOK) pour le traitement des malades du COVID-19. Au sein du milieu des médecins, des spécialistes et des experts se profile un noyau sceptique vis-à-vis du COVID-19 et des mesures nationales et internationales : contre les mesures antiépidémiques, contre le port du masque, réfutant l'efficacité des vaccins.⁷⁶ *La question se pose sur le rôle des médias et des journalistes qui ont participé à la diffusion des avis contre les mesures antiépidémiques. L'Association des journalistes européens appelle les médias de donner de la place à la voix de la science et de ne pas se transformer en tribune des infox et des théories complotistes : « l'épidémie du coronavirus risque de se transformer en pandémie de la panique et de la désinformation ».*⁷⁷

Les résistances aux mesures gouvernementales

Les mesures antiépidémiques, même si elles ont été plus libérales en comparaison avec les autres pays européens, ont provoqué de multiples résistances, oppositions et critiques plurisectorielles dans un timing différent pour les différents groupes de citoyens et de professionnels concernés par les fermetures des commerces, restaurants, écoles, hôtels, centres de formations, centre culturels etc.

Les citoyens, les associations sectorielles et professionnelles et les partis politiques ont progressivement développé et exprimé des positions de résistances au COVID-19, aux mesures antiépidémiques, à la gestion de la crise de la part du gouvernement. Ces résistances évoluent parallèlement aux crises sanitaire, économique, politique et sociale.

Ces résistances peuvent être abordées à travers les approches de la dépendance au sentier (*path dependency*), les concepts de « structures politiques d'opportunité » et les études des mouvements protestataires contemporains. Résister au COVID-19 à travers le rejet des mesures antiépidémiques peut signifier soit le manque d'information et d'éducation soit une position politique de rejet du gouvernement qui impose les mesures. Plusieurs analyses ont déjà souligné le lien entre les niveaux de légitimité du système et des gouvernants et les niveaux d'acceptation des mesures restrictives et le respect des normes antiépidémiques par la société. Les résistances politiques sont exprimées par les formations d'opposition et depuis juillet 2020, par un cycle nouveau de protestations citoyennes de masse qui durent des mois contre le gouvernement du GERB et des Patriotes Unis (alliance des forces de la droite radicale populiste le Front national pour le sauvetage de la Bulgarie NFSB et l'Organisation révolutionnaire interne macédonienne VMRO-BND) son premier ministre B. Borissov et aussi contre le procureur général nommé en 2019 Ivan Gechev.

Les citoyens, les associations sectorielles et professionnelles et les partis politiques ont progressivement développé et exprimé des positions de résistances au COVID-19, aux mesures antiépidémiques, à la gestion de la crise de la part du gouvernement. Ces résistances évoluent parallèlement aux crises sanitaire, économique, politique et sociale. Une division au sein de groupes différents se manifeste : d'un côté sont ceux qui sont contre les mesures antiépidémiques et revendiquent leur levée; d'un autre côté sont ceux qui appellent à l'application des mesures beaucoup plus strictes pour endiguer les contaminations.

⁷⁶ Mila Ivanova, « In Bulgaria, even doctors aren't sure COVID-19 vaccines are a good idea », *Euronews*, 18/05/2021.

⁷⁷ AEJ: Mediite trjabva dobrovestno da predavat informatziata za koronavirusa (AJE: Les medias doivent presenter a bon escient l'information sur le coronavirus), Eurocom, 2021, <https://eurocom.bg/new/aezh-mediite-trjabva-dobrovestno-da-predavat-informatsiyata-za-koronavirusa>, consulté le 1/04/2022

Des associations de parents se mobilisent périodiquement pour défendre le droit à l'éducation et pour protester contre l'enseignement distanciel. En septembre 2020 à la rentrée scolaire l'association des « *Parents unis* » rejette le port obligatoire de masque à l'école.⁷⁸ Le 14 septembre 2020 les *Parents unis* protestent devant le ministère de l'Éducation avec le slogan : « *Ne na maskite i na izolatorite v uchilichte! Iskame da dichame, izrastvame i jiveem svobodno! Iskame vsichki da vijdat nachite usmivki!* » (*Non aux masques et aux isolatoires à l'école! Nous voulons respirer, grandir et vivre librement! Nous voulons que tout le monde voit nos sourires!*).⁷⁹ La même association menaçait de protestations contre l'enseignement distanciel en janvier 2021. Certains parents et des anti-vaxxers protestent ensemble en mars 2021 contre l'enseignement en ligne et contre la vaccination contre le COVID-19 .

En même temps, les directeurs des écoles et les professeurs ont soutenu en novembre 2020 la proposition du ministre de la Santé de fermer les écoles pour réduire les cas positifs et les contaminations. En mars 2021, à la montée de la troisième vague de COVID-19 le groupe « *Professeurs pour un enseignement sans danger* » adresse une lettre au gouvernement pour le passage en distanciel faisant état des inquiétudes de la montée des contaminations.⁸⁰ A partir de l'automne 2021, face aux pressions sociales, les décisions du ministère de l'Éducation sont en faveur du maintien des écoles ouvertes et de l'enseignement en mode présentiel. Le dépistage hebdomadaire est introduit avec des tests antigéniques pour les élèves et le personnel pédagogiques et non pédagogiques.

Les objections contre les mesures antiépidémiques ont été beaucoup plus fortes dans les secteurs de la restauration. Les organisations des restaurateurs se mobilisent de manière beaucoup plus visible pour s'opposer aux fermetures des restaurants avec des protestes ou menaces des protestes. Elles s'opposent à chaque fois qu'un ministre annonce des limitations aux activités de la restauration et sont très actives à mobiliser des actions protestataires, dont les dernières en septembre 2021. La dernière grande mobilisation contre les mesures en vigueur à partir du 7 septembre 2021 a eu lieu le 8 septembre 2021 – une protestation nationale qui a réuni plusieurs secteurs : des restaurants, les clubs de gym et de fitness, les conducteurs des poids lourds, des bus, des taxis, et d'autres.⁸¹ Il s'agit des secteurs les plus touchés par la crise économique. En réponse au mécontentement et à la manifestation protestataire le ministère de la Santé a communiqué sa position que « *Les protestations ne vont pas arrêter la propagation du virus...Les mesures antiépidémiques sont attentivement précisées et sont beaucoup plus légères que celles qui sont appliquées dans les autres pays* » et que tous les business qui sont touchés par les mesures antiépidémiques doivent être compensés par l'Etat.⁸² En contrepoids aux protestataires, les associations des hôpitaux appellent à la solidarité et déclarent leur soutien aux efforts du ministère de la Santé et appellent la société d'accepter les restrictions limitations comme nécessaires, adéquates et provisoires, d'autant plus qu'elles sont les plus libérales en Europe.⁸³

⁷⁸ Iskania na Obedineni roditeli na vnimanieto na ministara na obrazovaniето, naukata i sporta i na ministara na zdraveopazvaneto, La page Facebook des Parents Unis, 14.09.2020 (Revendications, à l'attention du ministre de l'éducation, la science et le sport et le ministre de la santé) <https://www.facebook.com/101230121611742/photos/a.101284564939631/160252802376140/>

⁷⁹ Obedineni roditeli, <https://www.facebook.com/101230121611742/photos/a.101230558278365/160104572390963>

⁸⁰ "S pisma do primera: Uchiteli iskat zatvariane na uchilichtata, roditeli – protiv », Maritza, 09.03.2021, <https://www.marica.bg/obrazovanie/s-pisma-do-premiera-uchiteli-iskat-zatvarqne-na-uchilishtata-roditeli-protiv>

⁸¹ "Bulgaria battles surge in COVID-19 cases amid vaccine opposition", *Euronews*, 8/9/2021

⁸² "Protesti ne mogat da sprat razprostranienieto na virusa" (« Les protestations ne peuvent pas interrompre la propagation du virus »), mh.government.bg; 7/9/2021

⁸³ "Bolnitchni assotziatzii: Podrkrepjame usiliyata na Ministerstvoto na zdraveopazvaneto v borbata s pandemjata", (« Associations des hôpitaux: Nous soutenons les efforts du ministère de la Santé dans la lutte contre la pandémie ») mh.government.bg, 8/9/2021

Les résistances politiques

Le « modèle bulgare » de gestion de la pandémie, vanté par le parti GERB, est dénoncé par la majorité des partis d'opposition comme un échec retentissant. Cependant, la seule force politique qui est pour l'application de mesures antiépidémiques strictes similaires à celles en France, Allemagne et d'autres pays de l'UE et qui n'exclut pas la vaccination obligatoire est la coalition de la droite démocratique Bulgarie démocratique. Plusieurs d'autres formations de l'opposition extra parlementaire avant les élections d'avril 2021 sont des « corona sceptiques », opposées aux mesures anti-Covid-19 et à la vaccination. Pour la Bulgarie démocratique ce « modèle bulgare » ne serait pas d'autre que l'absence de vision, de stratégie, de savoir-faire et de capacité de gérer une telle crise et de l'insouciance. En novembre 2020, les hôpitaux étaient saturés et des malades de COVID-19 décédaient sur les escaliers après avoir été trainés des heures sans trouver de place pour leurs hospitalisations. L'un des co-présidents de la coalition d'opposition extraparlamentaire *La Bulgarie démocratique* Hristo Ivanov a accusé directement le premier ministre B. Borissov « *Quand tu crées le chaos, quand il n'y a pas de planification, quand il n'y a pas de stratégie cohérente, l'humanisme commence à faire faillite. C'est l'énorme échec de Borissov* ». ⁸⁴ En mars 2021 Victor Lilov candidat aux élections législatives du 4 mars 2021 de la nouvelle force politique issue des protestations de masse de l'été 2020 la coalition « *Debout! Dehors les bandits!* » évalue la gestion de la crise par le GERB : « *il n'y a pas eu d'organisation pour maîtriser la crise épidémique et cela a conduit à une crise sérieuse et a créé le chaos dans les hôpitaux; il n'y a pas eu des dédommagements justes pour les business fermés; le gouvernement n'a rien accompli; c'est un échec horrible qui a causé la perte des vies humaines; « le changement chaotique des décisions et des conceptions a conduit pratiquement à ce que nous n'ayons plus le contrôle sur la propagation du virus* ». ⁸⁵

Le parti socialiste bulgare BSP et le président de la République R. Radev se sont opposés aux mesures strictes de la première vague en 2020 mettant en avant le risque de crise sociale. Les socialistes se sont donné une image contre le port obligatoire du masque dans des espaces clos. En octobre 2020 des scandales éclatent dans l'enceinte parlementaire à cause du refus de députés socialistes de porter leurs masques. ⁸⁶

Pour certains la crise de COVID-19 représente une opportunité de se forger une image populaire et médiatique et de se lancer dans des carrières politiques. Du secteur médical ou de la recherche en passant par les protestations de masse certains se sont retrouvés comme tête de listes des partis politiques aux élections du 4 avril 2021. Les protestations de masse de 2020 rassemblaient des personnes aux profils et âges très différents et ont été soutenus par des forces politiques assez diverses. Durant ces protestes des masques sanitaires ont été brûlés.

Le scientifique Andrey Tchorbanov de l'Institut de microbiologie et directeur de la chaire d'Immunologie de l'Académie bulgare des sciences est une figure médiatisée au cours de la période de la crise sanitaire. Il est devenu député du parti Il y a un tel peuple ITN : Il s'oppose aux mesures antiépidémiques, ouvertement contre le port obligatoire des masques sanitaires. ⁸⁷ Il est pour la levée des mesures antiépidémiques affirmant que les

⁸⁴ Hristo Ivanov za Covid crisata u nas: ogromen proval na Borissov, ", Demokratichna Bulgaria, le 19 novembre 2020, (Hristo Ivanov pour la crise de COVID-19 chez nous : l'énorme échec de Borissov »,) <https://demokrati.bg/media/hristo-ivanov-za-covid-krizata-u-nas-ogromen-proval-na-borisov/>

⁸⁵ Victor Lilov v "Denjat" s Vesselin Dremdjiev, TV+, TV1, le 25 mars 2021, https://www.youtube.com/watch?v=y9_ezzjlvFk

⁸⁶ Scandal v NS za maskite, Karayantcheva pogna deputati ot BSP, le 23 octobre 2020, Bulgaria On -Air, (Scandale a cause des masques à l'Assemblée nationale : Karayantcheva sur les députés du BSP,) <https://www.bgonair.bg/a/2-bulgaria/207082-skandal-v-parlamenta-bsp-otkazvat-da-nosyat-maski>

⁸⁷ <https://www.bgonair.bg/a/2-bulgaria/203035-dots-chorbanov-ima-rezon-v-protestite-v-evropa-sreshtu-maskite>

pays d'Europe occidentale qui avaient imposé des mesures beaucoup plus strictes ont vu croître les contaminations au lieu de les baisser et qu'au contraire la Biélorussie, la Tanzanie et en Égypte qui n'avaient pas imposé des mesures strictes n'ont pas connu de « catastrophe sanitaire montrant qu'il ne faut pas fermer. ⁸⁸

Se prestations médiatiques lui ont assuré l'élection à l'Assemblée nationale en tant que député à trois reprises – aux élections du 4 avril, du 11 juillet et du 14 novembre 2021. Il continue de jouir d'une grande attention médiatique de semer des doutes contre la vaccination anti- COVID-19 et les mesures antiépidémiques. Il est sceptique vis-à-vis des vaccins. Au nom du groupe parlementaire du parti Il y a un tel peuple, Tchorbanov a fait une déclaration critiquant les mesures antiépidémiques prévues par le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation en août 2021, appelant le ministre de la Santé de réviser les mesures⁸⁹. Certains observateurs se demandent si les attitudes contre les vaccins anti-COVID-19 proches aux théories complotistes ne seraient pas en train de devenir une politique d'État en Bulgarie, parce qu'elles sont véhiculées au plus haut niveau par premier parti politique – Il y a un tel peuple.⁹⁰ Des députés de ce parti ont déposé le 8 septembre 2021 une proposition de modification de la Loi de la Santé pour empêcher que les vaccins contre le COVID-19 soient rendus obligatoires en général et pour les travailleurs dans certains secteurs à risque.

Une autre figure des plus médiatisée et influente contre les mesures antiépidémiques est le professeur Atanas Mangarov qui fait le tour des studios des télévisions depuis le début de la pandémie pour expliquer que ce coronavirus n'est pas plus grave que d'autres, contre le port du masque et adepte du « modèle suédois » de gestion de crise. L'union des médecins bulgares a rédigé une position contre A. Mangarov expliquant que ces avis sont une moquerie des efforts surhumains des soignants qui sont à la première ligne et un affront pour les vies humaines perdues.

Mangarov est populaire avec l'expression qu'en Bulgarie il n'y aura pas de tels taux aussi élevés de décès dus au COVID-19 comme en Italie et en Espagne parce que les personnes décédées dans ces deux pays sont très âgées, alors qu'en Bulgarie il y a peu de gens qui arrivent à un tel âge – en Bulgarie il n'y a pas de « *brindilles sèches* ». Il participe aux mobilisations contre les mesures restrictives en mars 2021 ensemble avec le parti Alternative pour une renaissance bulgare ABV et le parti radical populiste de droite Renaissance et le secteur de la restauration.⁹¹ Le parti « Alternative pour une renaissance bulgare » ABV a nommé A. Mangarov comme candidat-député et tête de liste pour les élections législatives du 4 avril 2021 mais le parti est resté en dehors du parlement. Pour celles du 11 juillet le parti ABV a rejoint la coalition du BSP. Aux élections anticipées du 14 novembre 2021 Atanas Mangarov est élu député sur les listes du parti de la droite extrême Renaissance.

Les formations politiques clairement opposées aux mesures antiépidémiques et aux vaccins sont des partis populistes et antisystème comme « Il y a un tel peuple » ITN, Renaissance Vazrazhdane) ou l'Alternative pour une renaissance bulgare ABV, une partie des sympathisants du BSP. L'entrée parlementaire du parti Renaissance lui a assuré une tribune nationale et la légitimation de ces positions extrêmes. Le parti dénie la pandémie de

⁸⁸ « Za I protiv razhlabvaneto na merkite srehtu COVID-19 », - prof. Andrey Tchobanov et dr. Momtchil Baev, Émission de la Télévision nationale bulgare BNT, le 28/01/ 2021, <https://bnt.bg/news/za-i-protiv-razhlabvaneto-na-merkite-srehtu-COVID-19-rof-d-r-andrei-chorbanov-i-d-r-momtchil-baev-v288432-291064news.html>

⁸⁹ « Declatatzia ot imeto ma Parlamentarnata grupa na "Ima takuv narod" vuv vruzka s merkite srehtou Covid19 entreprises par le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation », Imma takuv narod, 27/08/2021, facebook.com/ppimatakuvnarod/videos/3106951462959732

⁹⁰ Ivalyo Ditchev, « Moje li antivacarstvoto da stane darjavna politika? » (« Est-il possible que les attitudes anti-vaccins deviennent une politique d'État? »), *Deutsche Welle*, 30/07/2021, [dw.com/bg](https://www.dw.com/bg)

⁹¹ Politici i restorantjori rotestiraha tahavo srehtu lockdowna", SEGA, 20 mars 2021,

Covid-19 et rejette toutes les mesures antiépidémiques qu'il qualifie de "fascisme médical".⁹² Il organise régulièrement des protestations dans les rues pour dénoncer les mesures contre le Covid-19.

Son groupe parlementaire s'est fermement opposé à l'introduction du « certificat vert » (certifiant que la personne est vaccinée; un test négatif ou que la personne a guéri du Covid-19) pour l'accès à l'Assemblée nationale. Le parti Renaissance et son groupe parlementaire ont organisé le 12 janvier 2022 une mobilisation protestataire en face au bâtiment du parlement national. Elle a viré à la violence alors que certains protestataires encouragés par le parti ont essayé de pénétrer par la force à l'Assemblée nationale.⁹³ La formation Il y a un tel peuple (ITN) s'est elle aussi opposée au « certificat vert » pour entrer au parlement bulgare, indépendamment du fait qu'elle fait partie de la coalition gouvernementale.

A la fin de cette revue rapide de l'évolution de la gestion de la crise de COVID-19 ainsi que des résistances au COVID-19 en Bulgarie, il faut souligner, en premier lieu, que l'instabilité et la crise politique avec la rotation de différents gouvernements et approches entre mars 2020 et janvier 2022 n'ont pas facilité la gestion efficace et réussie de crise sanitaire. En deuxième lieu, il a été souvent souligné que la légitimité basse des institutions et des autorités qui gèrent la crise sanitaire, le manque de confiance dans les institutions démocratiques provoquent des résistances aux mesures antiépidémiques. Paradoxalement, en Bulgarie, les changements des couleurs politiques des gouvernements entre le début de la crise à nos jours ainsi que les taux d'approbation/ de désapprobation n'ont pas eu d'effets sur les attitudes des Bulgares vis-à-vis des vaccins ou des mesures antiépidémiques. Si le troisième gouvernement du GERB de 2017 à 2021 a été très impopulaire, le gouvernement intérimaire nommé par le président de la République et le président lui-même ont eu des taux d'approbations élevés. Aussi, la nouvelle coalition gouvernementale élue en décembre 2021 bénéficie de taux d'approbation plus élevés que les précédents. En même temps, le nombre de décès dus au COVID-19 a presque doublé après le départ du GERB du pouvoir. Les nouveaux gouvernants depuis le mois de mai 2021 n'ont pas recouru à un resserrement des mesures ce qui s'explique par les réserves et la présence des forces opposées à la fois au GERB et l'ancien premier ministre B. Borissov et aux mesures antiépidémiques et à la vaccination. En troisième lieu, il faut souligner les facteurs culturels et l'importance des théories complotistes. Les lignes de divisions vis-à-vis des mesures antiépidémiques sont présentes même au sein du personnel soignant, mais aussi au sein des parents et les professeurs, ou encore entre les soignants et les élites politiques ou les hôpitaux s'opposant aux restaurateurs et aux protestataires contre les mesures antiépidémiques. La gestion de la crise sanitaire en Bulgarie a été instrumentalisée par les partis et les hommes politiques et a été subordonnée à l'agenda politique et aux stratégies des différents partis et entrepreneurs politiques. En quatrième lieu, il faut noter le rôle des médias et des journalistes qui au nom de la « liberté d'expression » des points de vue alternatifs, ont apporté à la cultivation de la méfiance des citoyens vis-à-vis des mesures et des vaccins.

Il est difficile d'apprécier si c'est la pandémie qui est le facteur de poids qui a conduit à une crise politique profonde ou si au contraire si la crise politique qui se développait avant l'explosion de la pandémie a aggravé le bilan du COVID-19. Cependant, il est clair que les deux crises font un très mauvais ménage quant à la mise en œuvre d'une gestion cohérente, décisive et efficace de la crise sanitaire. De ce point de vue, le cas bulgare se rapproche plus aux cas des pays en difficultés démocratiques qu'aux cas des pays membres de l'Union européenne.

⁹² Plateforme de gouvernement de Vazrazhdane – 2021, <https://vazrazhdane.bg/programa>

⁹³ Cf. "Anti vaccine protesters try to storm Bulgarian parliament building", *Euronews*, Bulgaria, 18/01/2022, <https://www.euronews.com/2022/01/12/anti-vaccine-protesters-try-to-storm-bulgarian-parliament-building>

COMMUNICATIONS

Gestion des talents et gestion des ressources humaines : différenciation et/ou complémentarité ?

Colloque EUMMAS 2023, Dubaï, Émirats Arabes Unis

Khalil AIT SAID, Warda EL FARDI & Youssef SOUAK

Khalil.ait-said@uvsq.fr - warda.el-fardi@u-bordeaux.fr - ysouak@inseec.com

Résumé

L'usage du terme « fourre-tout » talent s'est imposé, puis banalisé dans la littérature académique et managériale. Or, sa conception et son utilisation restent imprécises. Nous avons tenté dans cet article d'examiner la signification du talent chez les professionnels le mobilisant, mais aussi la manière dont il est géré. A partir des offres d'emploi et entretiens semi-directifs, nous analysons comment les employeurs et les gestionnaires de talents français conçoivent et mettent en pratique la gestion des talents. Les résultats mettent en évidence une utilisation rhétorique. Il en ressort une forte domination de l'approche objective qui identifie le talent comme un ensemble de caractéristiques personnelles en termes de compétence et de potentiel sur l'approche subjective centrée sur les personnes.

Mot-clés :

Gestion des talents - Gestion des carrières - Capital humain - Pratiques d'entreprise

Introduction

La gestion des talents est devenue une préoccupation managériale centrale et plus particulièrement en matière de gestion des ressources humaines (Thunnissen, 2016). En effet, Schuler et al. (2011) affirment que le succès d'une entreprise dépend, d'une part, de la manière dont elle identifie et gère les challenges posés par la gestion des talents, et d'autre part, de comment elle s'y adapte lorsqu'ils évoluent. Le concept de talent a été développé par des consultants de McKinsey qui évoquent la "guerre des talents" à la fin des années 90 (Michaels, Handfield-Jones, Axelrod, 2001) dans un contexte de croissance économique américaine et d'intensification de la concurrence pour obtenir une main d'œuvre qualifiée rare. Le talent est alors associé à une population « hautement qualifiée », à « haute valeur ajoutée » ou encore « à fort potentiel » (Iles et al., 2010; Michaels et al., 2001).

Pour D'armagnac et al (2016), la gestion des talents est devenue en peu d'années un enjeu important pour les entreprises en vue de développer un avantage concurrentiel par l'optimisation des ressources humaines. Elle porte sur l'identification et la gestion des acteurs représentant une ressource clé en capital humain (Hollenbeck & Jamieson, 2015 ; Kryscynski & Ulrich, 2015; Lewis & Heckman, 2006). La gestion des talents est « *le processus par lequel les employeurs anticipent et répondent à leurs besoins en capital humain* » (Cappelletti, 2008, p. 1). Selon Lawler (2008), l'entreprise centrée sur le capital humain met en cohérence les structures et processus de façon à attirer les talents et à travailler efficacement ensemble.

Dans la littérature en GRH, le concept de talent a également pris une grande place, suscitant des travaux théoriques s'attachant principalement à en préciser la définition ainsi qu'à figurer les changements introduits par cette notion.

En ce sens, l'étude des travaux portant sur la gestion des talents met en évidence principalement deux enjeux. D'une part, la subjectivité quant à sa définition en font un concept aux sens variés. La littérature sur le talent montre une réelle difficulté à valider une définition stable du concept. Selon Ulrich et Smallwood (2012), le talent peut représenter tout ce qu'un dirigeant ou un auteur souhaite ; chacun aurait donc sa propre idée de ce que le concept englobe et n'englobe pas. Deux acceptions : sujet et objet (Iles, 2013 ; Gallardo-Gallardo, Dries & Gonzalez-Cruz, 2013 ; Al Ariss et al., 2014) font tout de même l'unanimité. L'approche sujet est axée sur le talent en tant que personne et repose davantage sur une perspective exclusive de différenciation des salariés. Il s'agit d'identifier les personnes considérées comme particulièrement performantes du point de vue des objectifs de l'entreprise. L'approche objet, quant à elle, s'articule sur une perspective inclusive (Stahl et al., 2009). Le talent est considéré donc comme l'ensemble des caractéristiques personnelles telles que les capacités, les connaissances et/ou les compétences. Pour autant, bien que de nombreux travaux traitent de l'importance de la gestion des talents (Buckingham et Vosburgh 2001 ; Vance et Vaiman 2008), très peu précisent ce qu'ils entendent exactement par talent (Tansley, 2011). Cette étude permettra alors de s'interroger notamment sur la manière dont le talent est appréhendé par les talent managers eux-mêmes.

Par ailleurs, les travaux soulignent la dualité entre un usage rhétorique et la gestion effective des talents dans les entreprises. Alors que les pratiques de gestion des talents sont considérées comme incluant les éléments de développement de carrière, les sujets de carrière et de gestion des talents restent largement déconnectés dans la littérature en GRH. De nombreux travaux soulignent un champ comportant un intérêt théorique certain (De Boeck et al., 2018; McDonnell et al., 2017) malgré les ambiguïtés conceptuelles (Dries, 2013; Festing & Schäfer, 2014; Lewis & Heckman, 2006; Meyers et al., 2019; Vaiman & Collings, 2013) et sa sous-théorisation (Gallardo-Gallardo et al., 2013; Gallardo-Gallardo & Thunnissen, 2015; Thunnissen, 2016).

De plus, pour certains auteurs la gestion des talents ne doit pas *de facto* être considérée comme un continuum de la GRH. De Vos et Dries (2013) montrent, par exemple, que les meilleures façons de gérer les talents internes peuvent entrer en conflit avec les modèles contemporains de carrières « sans frontières » (Arthur, 1994 ; Bird, 1994). Il est alors important de s'intéresser à la manière dont la gestion des talents pratiquée par les talent developper vont compléter ou s'intégrer à celles portées par les gestionnaires de carrière.

Le talent est de plus en plus utilisé au sein des entreprises, il nous semble alors important à l'instar de Painter-Morland, Kirk, Deslandes et Tansley (2019) de nous intéresser aux pratiques de gestion des talents. En ce sens, Van den Brink et al. (2013) ont appelé à une évaluation réflexive de la gestion des talents basée sur la pratique. Dries (2013) suggère que le discours et le récit sont des domaines futurs importants de la recherche sur la gestion des talents. Holden et Vaiman (2013) appellent également à des études sur les concepts et pratiques de gestion des talents.

Dans cette recherche nous mobilisons la littérature sur le talent et celle sur la gestion des talents en lien avec la GRH. Nous analysons le travail des acteurs centraux dans la gestion des talents. *Quelle est la représentation du talent et quelles sont les pratiques de gestion des talents mises en place au sein des entreprises dotées de talent manager ? En quoi ces pratiques diffèrent-elles ou complètent-elles le rôle des services de gestion des ressources humaines ?*

L'article comprend trois parties. La première partie présente une synthèse de la littérature sur le talent et la gestion de talent en lien avec la GRH, et une explicitation du cadre théorique mobilisé pour appréhender les missions des gestionnaires des talents. La deuxième partie porte sur la description de la méthodologie utilisée et du terrain de recherche. Enfin, nous présentons nos principaux résultats, que nous discutons dans une troisième partie.

Revue de littérature

Malgré une littérature abondante, l'étude de ce concept souffre de l'absence d'une définition intégratrice unique et de l'inexistence d'un cadre conceptuel clair basé sur des études empiriques. Pour autant, la gestion des talents se développe au sein des entreprises et constituerait alors une « nouvelle » mission pour la fonction des ressources humaines.

Des définitions et des approches multiples du talent

Il existe peu de consensus sur la façon dont la gestion des talents, ou même le talent, est défini (Thunnissen, Boselie et Fruytier, 2013).

Selon Dejoux et Thévenet (2010, p. 181), le talent est « *une combinaison rare de compétences rares* ». Pour Miralles (2007), c'est la somme de l'excellence et de la différence. Ulrich et Smallwood (2012), quant à eux, l'assimilent à une combinaison d'engagement et de forte contribution de l'individu aux objectifs de l'entreprise. Le rôle des dirigeants, des ressources humaines et des managers de proximité est alors, une fois le talent détecté, attiré, sélectionné et recruté, de s'intéresser à son développement et à sa fidélisation au sein même de l'entreprise (Martin, 2014).

La littérature met en évidence différentes approches du talent. Tout d'abord, il existe une distinction entre l'approche « substantialiste » et « intersubjective » (Dweck et al., 1995, Dweck, 2012, Yeager et Dweck, 2012).

Dans la première approche, le talent est considéré dans la lignée du sens accordé dans l'Antiquité. Le terme *talanton* faisait référence à un poids avec un équivalent en or ou argent et servait de monnaie (Terramorsi et al., 2018). Des travaux récents en psychologie de l'éducation ont renouvelé cette perspective afin d'expliquer les performances physiques et intellectuelles exceptionnelles. Le talent fait référence à des capacités naturelles rares, et seules quelques personnes en sont dotées. En sciences de gestion, cette approche domine tant dans les pratiques managériales que dans les travaux de recherche (Dries, 2013 ; Thunnissen et Van Arensbergen, 2015, Gallardo et Thunnissen, 2016). A titre d'exemple, Mirallès (2006, p.37) définit le talent « (...) *comme une configuration spécifique des ressources personnelles, relativement stables et permanentes, en grande partie héritée par l'individu qui en est le dépositaire* ». Selon la théorie basée sur les ressources (Wernerfelt, 1984), le développement d'un avantage concurrentiel pourra se faire grâce à la détention de ressources rares, inimitables et non substituables à savoir les talents.

Dans la deuxième approche, dite « intersubjective », le talent est dynamique. Ainsi, « *les talents ne sont pas un agglomérat de dons et de capacités, mais des individus engagés activement dans une dynamique d'échanges avec leur environnement* » (Araújo et Davids, 2011, p.24). Cette approche, ne niant pas l'existence de capacités distinctes entre les individus, accorde néanmoins un caractère essentiel à l'interaction sociale (Dweck et al., 1995) et environnementale (Papierno, et al. 2005). Ainsi, il s'agit avant tout de mettre en place des pratiques permettant aux individus de découvrir, mais aussi de développer leurs

propres talents à partir notamment de l'expérimentation d'échanges (Swales et Downs, 2014). Les talents sont alors des personnes audacieuses, agiles, capables et désireuses d'apprendre de l'expérience, de se renouveler en permanence (De Meuse et al., 2017 ; DeRue et al., 2012).

D'autres analyses sont possibles lorsqu'il s'agit de définir le talent à travers des approches inclusives ou exclusives. La plus ancienne et la plus présente considère le talent comme un « haut potentiel » (Cappelli, 2008 et 2008 ; Ulrich et Smallwood, 2011). Le talent est reconnu au regard de l'évaluation de ses performances et potentiel (Mucha, 2004). Une autre approche considère que les talents font références aux postes stratégiques de l'entreprise, on parle de « talents pivots » (Boudreau & Ramstad, 2005) ou « talents critiques » pour qualifier ces personnes essentielles à l'entreprise dans son développement futur (Rothwell, 1994 ; Collings et Mellahi, 2009 ; Schuler et al., 2012 ; Mankins et al., 2013). Une dernière approche considère que le talent peut aussi se situer à l'extérieur de l'entreprise en fonction des besoins et des difficultés de remplacement des professionnels (Zuboff, 1988 ; Lewis et Heckman, 2006).

Les deux premières approches paraissent exclusives (Cappelli, 2008a et 2008b), alors que la troisième est plus inclusive, c'est-à-dire que tous les collaborateurs (sans exclusion) peuvent être des talents capables d'apporter un avantage concurrentiel à l'entreprise (Boudreau et Ramstad, 2007).

Ces différentes approches peuvent amener à une segmentation des talents (Chadee et Raman, 2012) permettant d'en obtenir une typologie (Lawler, 2008) et de favoriser des pratiques RH variées qui se complètent et qui sont adaptées aux différents talents. Ces discussions sur les dimensions exclusive ou inclusive de la gestion des talents prennent tout leur intérêt de par leurs conséquences sur les ressources humaines. Dans une récente contribution, Peterson et al. (2022) mettent en évidence les problématiques d'injustices perçues dans les organisations mettant en place et communiquant sur la gestion exclusive des talents. Perçues comme injustes et ambiguës les pratiques de gestion des talents peuvent déboucher sur des comportements contre productifs de la part des non talents envers l'organisation, les managers ainsi que les individus identifiés comme talents.

Ainsi, force est de constater que l'une des différence entre les définitions est de savoir si le talent fait référence à des caractéristiques personnelles, telles que des connaissances ou des compétences (une approche objet), ou aux personnes elles-mêmes (une approche sujet) (Gallardo-Gallardo, Dries, & González-Cruz, 2013 ; Thunnissen et al. , 2013). Un grand pan de la littérature définit implicitement le talent par l'approche sujet, comme « *individus qualifiés* » (Al Ariss et al., 2014, p. 176), « *competent incumbents* » (Collings & Mellahi, 2009, p. 304), « *employés clés* » (Festing & Schäfer, 2014, p. 263), ou « *employés considérés comme talentueux* » (Meyers & van Woerkom, 2014, p. 193). En revanche, quelques rares travaux adoptent une approche objet en conceptualisant le talent en termes de caractéristiques personnelles et de ressources sociales. En ce sens, Crane et Hartwell (2019) définissent le talent comme le capital humain et le capital social combinés qu'un individu possède.

Bien que cela diverge d'autres définitions de la gestion des talents, il existe un précédent dans la littérature pour assimiler le talent au capital humain (Tansley, 2011) et certains aujourd'hui utilisent les deux termes comme des synonymes (Dries, 2013 ; Gallardo-Gallardo & Thunnissen, 2015). Carne et Hartwell (2019) considèrent que leur définition du talent s'écarte également des approches objet qui ont tendance à se concentrer uniquement sur le capital humain, telles que les capacités innées, les compétences acquises ou le potentiel élevé, où la gestion des talents est considérée comme la sélection, l'intégration, le développement et la rétention de ce capital humain (Collings & Scullion, 2008 ; Farndale et

al., 2010). En d'autres termes, le talent lui-même est généralement considéré en termes de capital humain, tandis que la gestion des talents inclut implicitement des aspects du capital social (par exemple, la formation, la socialisation, le leadership) (Dries, 2013).

La gestion du talent, une nouvelle mission pour la fonction ressources humaines ?

Dans la littérature managériale, la notion de talent est souvent mobilisée pour remplacer la notion de ressources humaines (Iles et al., 2010; Lewis & Heckman, 2006; Peretti, 2011; Ulrich et al., 2008). La gestion des talents consiste alors à faire ce que les gestionnaires RH ont toujours fait, mais plus rapidement (via Internet ou l'externalisation) ou dans l'ensemble de l'entreprise, par l'intermédiaire d'un système d'information (Lewis et Heckman, 2006). En ce sens, les talents sont considérés comme des salariés ayant des ressources et des compétences qu'ils mobilisent en faveur de leurs entreprises. Par ailleurs, le talent peut également renvoyer à la notion du haut potentiel. Alors que ce dernier fait référence à une sorte de reconnaissance et de valorisation générale d'une élite destinée à occuper des postes de direction, le talent, quant à lui, renvoie à la reconnaissance d'une expertise dans un domaine bien précis sans impliquer forcément une évolution de carrière intra organisationnelle (Peretti, 2011). La gestion des talents peut alors être appréhendée comme « *une pratique RH visant à répondre à la concurrence pour une main-d'œuvre de grande valeur sur des marchés mondiaux en expansion, parallèlement à la demande des employés clés pour un développement de carrière rapide* »⁹⁴(Jauhari & Singh, 2013, p. 161). L'objectif est de pourvoir les postes avec les meilleurs talents.

Relevant directement de la direction des ressources humaines (Bournois et al., 2007), la gestion des talents est comparable au domaine général de la gestion des ressources humaines (GRH) (Keegan & Boselie, 2006). Du point de vue de la GRH, le talent est considéré comme un capital humain, un capital social, un capital politique et un capital culturel (Farndale, Scullion & Sparrow, 2010). Il est étroitement lié à l'approche basée sur les ressources (resource-based view) et la création de valeur découle de la contribution de l'individu talentueux au succès de l'entreprise (Pocztowski et al., 2020). Pour d'autres chercheurs (Boudreau & Ramstad, 2005; Lysenko & Sereda, 2018; Ulrich et al., 2008), le développement des talents n'est pas l'affaire seulement des gestionnaires RH. La gestion des talents n'est pas seulement un outil ou une fonction de la gestion des ressources humaines, mais une GRH transformée en système de gestion des talents. Un tel changement de paradigme entraîne l'apparition de nouveaux titres de fonction dans la gestion du personnel (Lysenko & Sereda, 2018).

Les modèles de GRH de processus centrés sur « l'alignement stratégique » accordent à la fonction RH un rôle premier dans la gestion directe des talents. Par ailleurs, les modèles relationnels de GRH qui associent prioritairement les managers dans l'ajustement des processus, participent davantage à l'administration de la gestion des talents qu'à leur gestion directe (Collings et al., 2015 ; Farndale et al., 2010; Peretti, 2011).

Lewis et Heckman (2006) montrent qu'il est difficile de trouver une configuration univoque de la gestion des talents et proposent trois courants. Un courant labellisant les pratiques de GRH régulières comme de la gestion des talents avec des différences mineures. Ainsi, le talent équivaut au capital humain et la gestion des talents équivaut à la GRH. Un second courant plus axé sur le concept de talent considère la gestion des talents comme un processus assurant un flux adéquat de salariés au sein de l'entreprise. La gestion des talents s'apparenterait à la planification des ressources humaines et à la mise en place d'un

⁹⁴ "an HR practice aimed at addressing competition for high-value labour in widening global markets alongside key employees demand for fast-track career development." Jauhari et al. (2013, p.161)

plan de succession. Enfin, un troisième courant axé sur la notion générale de talent sans égard à des positions spécifiques ou à des frontières organisationnelles à travers deux points de vue différents : le premier traite des talents de haute performance ou à haut potentiel (le recrutement et le développement des « A-performers ») et la seconde approche établit que chacun a ses propres talents et que les gestionnaires RH doivent aider chacun à atteindre une haute performance. La gestion des talents implique donc « *un ensemble intégré de processus, de programmes et de normes culturelles dans une organisation pour attirer, développer, déployer et retenir les talents pour atteindre les objectifs stratégiques et répondre aux besoins futurs de l'entreprise* » (Silzer & Dowell, 2009, p. 18).

Pour certains auteurs, la gestion des talents n'est qu'une nouvelle appellation de la GRH (Iles, 2013), tandis que pour d'autres, il s'agit d'une meilleure approche de la GRH ou dans sa forme la plus exclusive, une manière plus rentable de gérer les personnes en investissant dans celles qui ont le plus de potentiel (Gallardo-Gallardo et al., 2013). L'apparition du management des talents met en exergue une volonté d'individualisation de la GRH. On constate une ressemblance avec le marketing avec une segmentation de la population des salariés. Le débat existe toujours afin de savoir si la gestion des talents est un substitut ou un complément de la GRH (Painter-Morland, Kirk, Deslandes et Tansley, 2019). Ainsi, selon Painter-Morland, Kirk, Deslandes et Tansley (2019), l'approche de la gestion des talents peut varier en fonction de la taille et de la complexité de l'entreprise, avec peut-être des approches différentes au niveau de l'individu et du groupe. Ces définitions peuvent également évoluer au fil du temps en réponse à des changements dans l'environnement. Ainsi, les approches sont déterminées par le contexte et ne peuvent pas nécessairement être universelles (Thunnissen et al., 2013).

Bien que les approches varient, la gestion des talents se concentre habituellement sur un bassin de salariés qui se situent au sommet en termes de performances et des compétences, et sont donc considérés comme des leaders ou des professionnels clés, soit actuellement ou dans le futur (Collings & Mellahi, 2009; Lewis & Heckman, 2006).

La gestion du talent vise alors à se doter des talents, à les développer et à les retenir. Si les talents sont absents en interne, l'entreprise a tout intérêt à les chercher à l'extérieur par une stratégie de marque employeur notamment. Ainsi, différentes actions sont mises en place pour attirer, détecter, développer et fidéliser ses talents (Bournois et al, 2007, Miralles, 2007). Pour autant, de nombreux auteurs mettent en évidence les limites de l'approche restrictive et monolithique (Stahl et al., 2012).

Par conséquent, les lacunes de la littérature nous amènent à nous intéresser à la représentation du talent et aux pratiques de gestion des talents. Il s'agit alors également de s'intéresser à la place de la gestion des talents dans la gestion des ressources humaines.

Etude empirique

Dans cette partie l'étude empirique sera présentée à travers la méthodologie de recherche, la collecte des données, et le traitement des données à l'aide du logiciel NVivo 12.

Méthode de recherche et collecte des données

Cette recherche, de type qualitatif, repose sur l'analyse des contextes d'apparition du phénomène, avec des modes de collecte de données différents (Allard-Poesi & Perreti, 2014.). Le chercheur tente de « *comprendre le sens ordinaire que les acteurs attribuent à la réalité, inconnaissable dans son essence* » (Giordano, 2003, p. 20).

Force est de constater que la gestion des talents peut être un sujet à la fois sensible, confidentiel et politique (Janand, Guettiche et Cloët, 2016). Ainsi, un problème d'accès au terrain est souvent mis en évidence par les chercheurs (Janand, Guettiche et Cloët, 2016). Sur le plan méthodologique, la revue de littérature de (Thunnissen et al., 2013) montre que beaucoup d'études de cas décrivent les pratiques du talent management dans une seule entreprise ou dans une région ou pays précis. D'autres recherches se focalisent sur les sous fonctions du talent management telles que la gestion des carrières des hauts potentiels et l'effet de ces derniers sur la performance, le succès de carrière et l'engagement (Dries, 2013).

Les recherches quantitatives, quant à elles, explorent les enjeux du talent management et les facteurs clés de succès perçus par les dirigeants et les départements RH ou les spécialistes des talents (Stahl et al., 2012).

L'objectif de cette recherche est d'investiguer les représentations et pratiques réelles de la gestion des talents et de comprendre son articulation avec la GRH. Peu de travaux se sont intéressés à cette articulation, ce qui confère à cette recherche un caractère exploratoire.

Au-delà de la distinction entre les différentes approches statiques et difficilement opérationnalisables permettant d'aborder le talent (exclusive/inclusive ; développables/non développables ; innées/acquises), nous souhaitons interroger les acteurs terrains afin de mettre en évidence leur approche du talent. Les données ont été collectées en prenant soin de diversifier leur provenance et leur nature. Nous avons recensé 60 offres d'emploi en lien avec la gestion des talents et réalisé 13 entretiens avec des professionnels. Le recoupement des données permet en effet d'accroître la qualité des résultats (Yin, 2017).

Dans un premier temps, nous avons réalisé 13 entretiens avec des répondants occupant des fonctions de gestionnaires de talents dans différents secteurs. Un tableau descriptif de l'échantillon est donné dans le tableau 1.

Les entretiens ont duré entre 31 et 52 minutes et ont été menés selon un guide d'entretien préétabli. L'intérêt d'avoir recours à des entretiens semi-directifs est que les acteurs peuvent s'exprimer librement sur des thèmes prédéfinis, sous le contrôle du chercheur, le but étant de privilégier la « richesse et la diversité des réponses » (Wacheux & Rojot, 1996). Il a été fait le choix de ne choisir que des répondants exerçant leur activité dans un contexte français afin de réduire les biais potentiels liés aux spécificités nationales.

Tableau 1. Répartition des répondants par fonctions

Fonction	Effectif	Durée moyenne en min
Talent acquisition specialist	3	44
Talent Developer	8	39
Talent Manager	2	37
Total général	13	40

Le guide d'entretien est structuré autour des thématiques suivantes : le parcours de la personne interrogée ; son poste (missions, interlocuteurs, outils...) ; la définition du talent selon la personne interrogée ; les méthodes de détection des talents ; les pratiques organisationnelles permettant de développer le talent ; et la place de la gestion du talent dans la GRH.

Simultanément, nous avons procédé à une étude des offres d'emploi en lien avec la gestion des talents et directement disponibles sur internet. Ce recensement a été réalisé sur différents réseaux sociaux professionnels ainsi que sur le site institutionnel d'entreprises. Pour ce faire, nous avons réalisé des recherches par mots clefs en français et en anglais (exemple : « offre gestion des talents »; « gestionnaire des talents »; « talent manager », « talent developer »). Au total, 60 offres d'emploi présentant des secteurs d'activité et des intitulés de postes différents ont été étudiées (cf tableau 2). Il a été fait le choix de ne choisir que des offres destinées à des emplois situés en France afin de réduire les biais potentiels liés aux spécificités nationales.

Tableau 2. Représentation des secteurs d'activités des postes

Secteurs d'activité	Intitulé du poste
<ul style="list-style-type: none"> - Conseil - Banque - Brasserie - Energie - E-commerce - Stérilisation - Cabinet de recrutement - Formation - Gestion des déchets - Industrie alimentaire et pharmaceutique 	<ul style="list-style-type: none"> - Talent acquisition specialist - Talent acquisition recruter - Talent development - Talent acquisition partner - Projet talent management - Talent acquisition manager - Talent manager - Senior talent manager

Traitement des données

Pour répondre à la problématique, nous avons eu recours à une analyse thématique des unités de sens sur trois niveaux. Ce procédé consiste à « repérer des noyaux de sens qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi » (Bardin, 2013, p. 137). L'analyse de contenu a été réalisée de manière manuelle, puis informatiquement à l'aide du logiciel NVivo 12. Elle s'inspire de la théorie ancrée, telle que présentée par Corbin et Strauss (2015) et développée en sciences de gestion par Gioia Corley et Hamilton (2013). Elle repose sur un raisonnement abductif avec des va-et-vient entre la théorie et le terrain, entre concepts et catégories. Ainsi, les codes sont définis pendant le codage grâce à l'analyse des entretiens. Il s'agit de trouver des modèles, des concepts et des relations dans les discours des répondants indépendamment des concepts issus de la littérature (Gioia et Thomas, 1996).

De ce fait, dans un premier temps, chaque extrait a été associé à un code, cette analyse, dite « analyse de 1er ordre » (Gioia et al., 2013), a vocation à adhérer le plus fidèlement aux termes du répondant sans chercher à réduire le nombre de catégories. Puis, progressivement, l'existence de similitudes et différences « codage axial » de Corbin et Strauss (2015) entre les nombreuses catégories a permis de réduire leur nombre. Une « ignorance » ou « semi-ignorance » de la littérature a limité l'analyse au contenu des entretiens, évitant alors le biais de confirmation (Gioia et al., 2013). Ensuite, dans un second temps, l'analyse dite de « 2ème ordre » a été réalisée en associant aux thèmes émergents des concepts pouvant décrire et expliquer les phénomènes observés (Gioia et al., 2013). Puis, les thèmes de 2ème ordre ont été associés à des dimensions agrégées. Les codes ont été organisés en créant des catégories conceptualisantes qui permettent de donner du sens à la rubrique.

Résultats

Cette partie sera consacrée à la présentation de nos résultats à partir des entretiens réalisés et de l'analyse des offres d'emploi.

Définitions du talent et enjeux de la gestion des talents

Définition du talent

Les résultats permettent de proposer une vision de la représentation du talent par les répondants. De manière générale, ces derniers considèrent que tout individu est détenteur d'un talent ; qu'il s'agisse d'un collaborateur ou d'un candidat potentiel. Le talent n'est pas forcément une spécificité technique bien que les répondants évoquent également des personnes expérimentées. « *Pour moi c'est propre à l'individu, c'est presque ce que l'individu sait faire de mieux. Et ce n'est pas forcément technique, ça peut être le talent de résoudre des problèmes, résoudre des conflits, gérer les conflits... Ce n'est pas forcément une spécificité technique* » (Rep4). « *Tout le monde a un talent différent et chacun aussi a sa sensibilité et a des capacités et un potentiel qui est différent. Et je considère que chaque collaborateur a un potentiel et un talent à exploiter* » (Rep1).

Pour autant, le talent doit avant tout répondre à un besoin. On est donc talent par rapport à un besoin spécifique identifié. « *En informatique, ce sont les compétences très très rares que l'on recherche sur le marché. Donc il y a des gens qui l'ont, donc pour nous ce sont des talents aussi* » (Rep2). « *On va mettre en phase des talents par rapport à des besoins qui vont matcher* » (Rep6).

Le talent est appréhendé comme la somme de différents éléments. Il est constitué du savoir-faire, des compétences techniques rares, mais également du savoir-être, de la volonté d'apprendre, de la capacité à évoluer, de la personnalité, de la cohérence avec les valeurs de l'entreprise ou encore de la capacité d'intégration, etc. « *J'ai un exemple d'une personne qui est très technique, très bonne techniquement mais où sa personnalité est un peu trop négative et du coup qui ne peut pas intégrer l'entreprise* » (Rep3).

Enjeux de la gestion des talents au sein de l'entreprise

La mise en place d'une gestion des talents a permis de développer une relation directe et de proximité avec les collaborateurs tout en optant pour une gestion pluridisciplinaire des talents. Il s'agit d'être plus proche des collaborateurs afin de proposer une relation plus humaine pour attirer et fidéliser les acteurs. « *La gestion des talents permet de rendre les RH davantage acteurs de la structure. Avant on les voyait comme des personnes à distance du quotidien. Là, on est dans le cœur du sujet* » (Rep6).

La gestion des talents permet également d'introduire une gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences. La gestion des talents inscrit cette volonté d'anticipation dans un contexte de mutation constante. « *Il faut être plus dans l'anticipation, les organisations bougent, on a sans cesse besoin de ressources, il faut donc anticiper. C'est un impératif de devoir anticiper* » (Rep4).

Enfin, les répondants mettent l'accent sur le rôle de la gestion des talents pour fidéliser les salariés. « *On va identifier des personnes que l'on souhaite développer et retenir, on met ça sous le cadre de la gestion des talents mais ça pourrait s'appeler autrement finalement parce que l'on va pas cibler des personnes, cette personne est un talent et on se focus sur elle* » (Rep4).

Cette fidélisation doit permettre ensuite de créer un avantage compétitif pour l'entreprise. « *L'objectif final est de créer plus d'engagement des collaborateurs pour qu'ils puissent au final être créateurs de valeur pour l'entreprise* » (Rep7).

Gérer les talents dans l'entreprise

Identifier et informer les talents

Lorsqu'elles existent, les pratiques d'identification des talents reposent sur un potentiel d'évolution en lien justement avec la volonté de développer la mobilité, mais également sur des critères davantage comportementaux. « *On va cibler selon deux critères classiques : performance organisationnelle et potentiel d'évolution. La finalité derrière le potentiel d'évolution c'est à la fois pour l'organisation de sécuriser la personne que l'on projette dans l'organisation et c'est la préparer aussi pour son prochain rôle. Derrière ces deux critères, ça nous permet d'identifier les personnes que l'on veut préparer pour des rôles managériaux principalement car on demande de plus en plus de choses au manager, donc il faut bien les outiller. On a un autre pool de talent qui là par contre n'est pas lié au potentiel mais à la performance, mais on a une dimension beaucoup plus comportementale, c'est-à-dire que ce sont des personnes qui ont un état d'esprit en lien avec la transformation qu'on doit imposer dans l'entreprise* » (Rep4).

Pour autant, lorsque des approches exclusives sont mises en place, la direction ne l'évoque pas en tant que tel. « *Le fait de ne pas dire on identifie des talents, mais on identifie des gens pour les intégrer dans des programmes de développement, cela vient limiter cet effet frustration sur les personnes non identifiées* » (Rep4). La gestion exclusive des talents semble être un sujet sensible. Les gestionnaires des talents refusent de communiquer expressément sur l'existence d'une gestion exclusive des talents, faisant de cette pratique un tabou organisationnel.

Ces éléments de rhétorique apparaissent également en matière de gestion inclusive. En effet, quelques exemples mettent en évidence que les fonctions de "talent acquisition specialist" ou "talent developer" ne sont en fait que des outils rhétoriques. Les entretiens montrent que dans les faits, ces personnes sont chargées du recrutement ou de la carrière des collaborateurs.

Les pratiques de développement des talents

Lorsque les répondants sont interrogés sur les dispositifs de gestion mis en place pour gérer les talents, ils évoquent principalement les actions de développement des compétences et la mobilité interne.

« *Sur des méthodes de travail aussi, j'essaie de pousser pour que dans nos programmes on leur apprenne des choses simples au sens de facilement réutilisable parce que les envoyer quatre jours faire du design thinking mais qu'ils ne peuvent pas l'utiliser derrière, ok ils se sont éclatés sur quatre jours mais en terme de retour sur investissement à la fois pour eux et pour nous ce n'est pas intéressant [...] C'est plutôt une volonté de coller aux tendances et à ce qui se fait sur le marché* » (Rep4).

La mobilité est également évoquée, il s'agit de permettre aux talents d'évoluer au sein des entreprises. « *Je sais qu'à l'interne, on essaie de promouvoir les possibilités de passerelles. Il s'agit de permettre à quelqu'un qui souhaite évoluer vers un autre métier ou le manager identifié comme potentiel, de pouvoir évoluer rapidement* » (Rep2).

« On est dans une démarche de développement des collaborateurs à travers la mobilité, le bilan professionnel mais également la formation » (Rep8).

Aussi, dans les pratiques de gestion des talents, des actions spécifiques peuvent être déployées « la même politique s'applique à tous les talents mais, exceptionnellement, il faut aussi trouver d'autres moyens pour retenir le plus bons » (Rep2).

La gestion des talents et la fonction RH

Les missions du talent developer

Nos résultats soulignent que les talent developer portent des missions autour de trois domaines. Tout d'abord, le recrutement ; il s'agit de gérer l'ensemble du processus du recrutement du sourcing à la phase d'intégration des talents. Les missions sont donc en lien avec le sourcing et la détection des talents (relation écoles, développement de partenariat, gestion de la marque employeur...), la recherche de profils répondant au besoin, la sélection et la phase d'intégration, puis, le suivi des talents. En effet, le talent developer va également intégrer la gestion des talents à travers un accompagnement individuel et des formations, et l'animation des équipes créées. Enfin, le suivi de la performance/reporting ; le talent developer doit également suivre des indicateurs avec une partie pilotage.

L'articulation entre la DRH, la gestion des talents et la gestion des carrières

Les acteurs interrogés sont rattachés à une direction des ressources humaines pouvant porter un autre intitulé en lien avec ces mêmes missions. La DRH peut alors intégrer un service axé sur la gestion des talents.

Les talent developer travaillent en partenariat avec les gestionnaires RH mais également les managers. « Pour l'identification des talents et leur développement, on a les managers et les RH » (Rep4). Aussi, ils travaillent avec des acteurs plus techniques ; « on va retrouver tout ce qui va être technique (chef de projets, opérateurs). C'est toute la partie opérationnelle qui va s'assurer du développement des compétences techniques du consultant. Il y a donc plusieurs acteurs » (Rep2).

Lorsque l'on interroge les talent developer sur leurs missions par rapport à un gestionnaire de carrière, force est de constater une absence de différenciation. « Pour moi ce n'est pas différent, c'est une question de nom. Si on a une approche par personne dans ce cas là c'est plutôt de la gestion des talents. Si on a une approche par poste, c'est plutôt de la gestion de carrière. Pour moi c'est une question de terme » (Rep4).

« Il n'y a pas de différenciation. On a la même politique qui va s'appliquer à tout le monde mais il y a des ressources sur lesquelles il faut accorder beaucoup plus d'attention » (Rep2).

Pour certains, la gestion des talents permet de mieux répondre aux enjeux actuels que la gestion des carrières. « Le métier de talent developer est la nouvelle version de la gestion de carrière » (Rep7). « La gestion des talents c'est la gestion des carrières et de nouvelles fonctions ; ce n'est pas seulement la partie staffing et la partie formation, développement » (Rep9). « Le métier de talent developer est venu se resserrer par rapport à ce que l'on appelait gestion de carrière. On a retiré les tâches administratives pour se concentrer sur le développement de nos talents » (Rep13).

Discussion

Nos résultats montrent que le talent se révèle être un concept rhétorique dans la manière dont il est représenté et développé au sein de différentes entreprises. En effet, gérer les talents, qu'ils soient tous considérés en tant que tels ou spécifiquement identifiés, renvoie à recruter des individus répondant aux besoins de l'entreprise et à les développer afin de créer de la valeur. Aussi, la gestion des talents fait partie intégrante de la DRH, mais a vocation à valoriser la gestion actuelle des carrières.

Le talent : une rhétorique entre approche et pratiques

La définition du talent revêt plusieurs dimensions dans les entretiens. Un collaborateur talentueux est doté de compétences techniques et de *soft skills* et va permettre de répondre à un besoin identifié. Pour autant, une fois repéré comme talent par les professionnels concernés, le terme « talent » n'est pas utilisé auprès des collaborateurs. La littérature souligne qu'une question clé est de savoir s'il faut ou non communiquer sur l'identification des talents. En effet, si le vivier de talent est rendu public, la motivation des absents de la liste peut diminuer (Björkman et al., 2013). Les résultats mettent en évidence que ce choix n'est pas réalisé au sein des entreprises étudiées. Pour autant, des travaux montrent que si cette information n'est pas communiquée, cela peut également aboutir à la frustration parmi les plus performants qui ne se sentent pas suffisamment reconnus (Björkman et al., 2013). Cette problématique semble être limitée au regard des possibilités d'évolution de carrière offertes pour cette population identifiée comme étant un talent.

La présente étude rejoint les travaux déjà menés (Paauwe, 2004). Bien que certaines entreprises utilisent une rhétorique d'inclusivité et d'égalité, elles mettent pour autant en place des pratiques exclusives d'identification des talents excluant de fait une partie des effectifs (Daubner-Siva et al., 2017). Ces procédés de communication ont été mis en évidence dans les travaux de Peterson et al. (2022) qui montrent que les dispositifs de gestion des talents peuvent aboutir à des stratégies de la part des non-talents. Ces derniers développent une attitude basée sur la jalousie et la volonté de revanche concernant leurs collègues identifiés dans le dispositif. Ils estiment que la réussite des uns ne peut pas s'expliquer sans l'investissement de tout le collectif. Les auteurs concluent alors à une perception d'injustice qui peut résulter en des comportements contre-productifs et agressifs à l'égard des talents et de l'entreprise. Pour limiter ce phénomène, les employeurs misent sur une pratique dissimulée de la gestion des talents par le développement de réseaux de soutien cachés ou la mise en place informelle du dispositif. Nos résultats montrent que ces pratiques s'intègrent dans une perspective inclusive de gestion des talents. Les entreprises proposent d'intégrer l'ensemble des collaborateurs comme des talents tout en veillant à instaurer une relation forte et des plans de développement de carrière personnalisés avec les collaborateurs identifiés comme centraux.

Les résultats montrent enfin que globalement, pour les talent developer interrogés, ou à travers les missions décrites dans les offres d'emploi, gérer le talent c'est principalement proposer des outils permettant de mettre en place le processus complet du recrutement, du sourcing à l'intégration et le développement ensuite du talent en interne. Mais, gérer le talent c'est aussi gérer sa marque employeur à travers notamment la fidélisation des collaborateurs. L'utilisation rhétorique de la gestion des talents participe à servir prioritairement l'intérêt de l'entreprise et relègue alors la pratique du talent au stade de discours.

La gestion des talents pour une valorisation de la gestion des ressources humaines

L'analyse des entretiens et des offres d'emploi mettent en évidence que le talent manager/developper est rattaché à la direction des ressources humaines. Pour autant, les répondants soulignent majoritairement une évolution de la gestion des carrières vers la gestion des talents. En ce sens, Ventolini et Mercier (2012) ont souligné les évolutions des missions du gestionnaire de carrière au regard des contraintes internes (réorganisation de l'activité, internationalisation, etc.) et externes (report âge de la retraite, intégration de la génération Y, etc.). Ces auteurs montrent que la gestion des carrières devient de plus en plus stratégique dans la mesure où elle doit contribuer à motiver et fidéliser les collaborateurs qui détiennent des compétences essentielles pour son fonctionnement. Nos résultats vont dans ce sens et soulignent l'enjeu actuel de fidélisation et d'engagement des collaborateurs. Il s'opère alors un glissement de la gestion des carrières vers une gestion des talents visant à répondre à des contraintes de marché et à des attentes individuelles en évolutions. Notre recherche montre plus particulièrement qu'avoir une gestion des talents permet d'envoyer un signal aux clients internes et aux candidats dans le sens d'une prise en compte de leurs souhaits et attentes. Les résultats montrent également une difficulté des gestionnaires des talents à intégrer l'évolution de ces attentes et les perspectives qui en résultent. Les pratiques de développement de compétences et de carrières intègrent peu l'évolution d'un rapport de force rendu plus favorable aux salariés depuis la crise sanitaire notamment.

Cette recherche soulève alors la question de la crédibilité de la gestion des talents à travers les pratiques et les intitulés de poste qui sont mobilisés pour traduire essentiellement de simples pratiques de recrutement, gestion de compétences ou gestion des carrières. En effet, les gestionnaires de talents interrogés sont conscients des éléments de langage et des intentions organisationnelles cachées derrière l'utilisation d'un vocable en lien avec le talent. Certains avouent que l'utilisation du champ lexical vise à valoriser la marque employeur et qu'une fois les collaborateurs recrutés, ces derniers deviennent de "simples" salariés. Ces observations soulignent l'idée de Thunnissen et al. (2013) pour qui la gestion des talents est un artefact visant à mettre en place la pensée organisationnelle dans une logique descendante. Excluant totalement ou partiellement la réelle perspective des individus, elle ne permet pas à ces derniers d'évaluer justement les réelles priorités et affecte négativement la perception qu'ils ont d'eux-mêmes (Painter-Mroland et al, 2019). Ces derniers auteurs soulignent les problématiques éthiques résultant de l'utilisation utilitariste de la gestion des talents et des talents eux-mêmes dans l'intérêt de l'entreprise. Ces considérations éthiques s'effacent par la rhétorique positive associée au terme « talent » par les gestionnaires. Utiliser ce vocable pour attirer, motiver ou mobiliser des ressources humaines ne poserait pas de problème dès lors qu'il reflète quelque chose de positif et de valorisant pour ceux qui en sont la cible. Cette association mentale semble alors réduire la capacité des gestionnaires à identifier ou anticiper les conséquences négatives potentielles en matière de déception ou de tromperie perçue par les parties prenantes.

Conclusion

L'usage du terme « fourre-tout » talent s'est imposé, puis banalisé tant dans la littérature académique qu'en pratique. Or, sa conception et son utilisation restent imprécises. Nous avons tenté dans cet article d'examiner la signification du talent chez les professionnels le mobilisant, mais aussi la manière dont il est géré.

La gestion des talents est devenue un enjeu important des entreprises par sa capacité à optimiser la gestion des ressources humaines. Sur le plan théorique, les débats se sont longuement attachés à préciser la définition et les changements induits par cette notion. Ils concluent à la coexistence d'une approche « sujet » focalisée sur les personnes et une approche « objet » tenant à identifier le talent comme un ensemble de caractéristiques personnelles en matière de compétences et de connaissances. La présente recherche vient préciser les modalités et les conséquences de l'usage rhétorique de la notion de talent.

Cette recherche montre que la gestion des talents est un ensemble de pratiques dont la conception et la mise en œuvre font partie intégrante de la DRH. Développer une gestion des talents permet de valoriser l'action du département et de renforcer l'image de l'entreprise. Dans les faits, il apparaît que les gestionnaires des talents tentent de maintenir un équilibre qui semble fragile. D'une part, il s'agit d'attirer, motiver et valoriser des porteurs de ressources dont l'employeur a besoin. D'autre part, cette dernière se heurte à des problématiques de perception d'injustice et d'iniquité puisqu'elle doit gérer la frustration des non-talents, mais aussi celle des talents qui réalisent le décalage entre le discours et la pratique. Le recours à la structure informelle permettrait alors de pallier ces contraintes organisationnelles. Ce travail souligne comment les gestionnaires des talents promeuvent une vision inclusive des talents tout en proposant une gestion de proximité confidentielle et personnalisée de la relation avec les talents. En absence de stratégie de gestion de talent bien définie par l'entreprise, il serait judicieux pour les gestionnaires du talent de travailler conjointement avec l'ensemble des parties prenantes internes pour une définition cohérente du talent. Ainsi, une coopération efficace entre managers et professionnels RH est nécessaire pour une meilleure gestion des talents (Guillard et Roussel, 2008).

Cet article présente des limites tenant tout d'abord à la montée en généralité. L'analyse se fonde sur un nombre limité d'entretiens. Par ailleurs, cette recherche montre que la gestion des talents est utilisée à des fins rhétoriques dont l'objectif est de valoriser l'image de l'entreprise au détriment d'une réelle mise en pratique de la gestion des talents. Pour enrichir la réflexion sur la gestion des talents, il serait stimulant d'étudier les effets de cette dissonance sur les attitudes et comportements individuels des salariés et des recrues identifiant l'entreprise comme gérant des talents. En effet, notre recherche s'est focalisée sur l'observation et le recueil de données auprès des gestionnaires et permet de mettre en évidence les arrangements qu'ils sont susceptibles de mettre en place. Il convient alors de s'interroger sur l'impact de cette ambivalence sur les populations talents et non-talents en termes de comportements organisationnels (engagement, performances, satisfaction et succès de carrière).

Bibliographie

- Boudreau, J. W., & Ramstad, P. M. (2005). Talentship and the evolution of human resource management: From professional practices to strategic talent decision science. *Human Resource Planning Journal*, 28(2), 17-26.
- Bournois, F., Point, S., Rojot, J., & Scaringella, J.-L. (2007). *RH : Les meilleures pratiques du CAC 40/SBF 120*. Editions Eyrolles.
- Collings, D., Scullion, H., & Vaiman, V. (2015). Talent management: Progress and prospects. *Human Resource Management Review*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.hrmmr.2015.04.005>
- De Vos, A., & Dries, N. (2013). Applying a talent management lens to career management: The role of human capital composition and continuity. *The International Journal of*

- Human Resource Management*, 24(9), 1816-1831.
- Dries, N. (2013). The psychology of talent management: A review and research agenda. *Human Resource Management Review*, 23(4), 272-285.
- Farndale, E., Scullion, H., & Sparrow, P. (2010). The role of the corporate HR function in global talent management. *Journal of world business*, 45(2), 161-168.
- Festing, M., & Schäfer, L. (2014). Generational challenges to talent management: A framework for talent retention based on the psychological-contract perspective. *Journal of World Business*, 49(2), 262-271.
- Gallardo-Gallardo, E., Dries, N., & González-Cruz, T. F. (2013). What is the meaning of 'talent' in the world of work? *Human Resource Management Review*, 23(4), 290-300.
- Gallardo-Gallardo, E., & Thunnissen, M. (2015). Standing on the shoulders of giants? A critical review of empirical talent management research. *Employee Relations*, 38.
- Gioia, D. A., Corley, K., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15-31.
- Holden, N., & Vaiman, V. (2013). Talent management in Russia: Not so much war for talent as wariness of talent. *Critical perspectives on international business*, 9(1/2), 129-146. <https://doi.org/10.1108/17422041311299987>
- Hollenbeck, J., & Jamieson, B. (2015). Human Capital, Social Capital, and Social Network Analysis: Implications for Strategic Human Resource Management. *Academy of Management Perspectives*, 29. <https://doi.org/10.5465/amp.2014.0140>
- Iles, P. (2013). Commentary on "The meaning of 'talent' in the world of work". *Human Resource Management Review*, 23(4), 301-304.
- Iles, P., Chuai, X., & Preece, D. (2010). Talent Management and HRM in Multinational companies in Beijing: Definitions, differences and drivers. *Journal of World Business*, 45, 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.jwb.2009.09.014>
- Jauhari, H., & Singh, S. (2013). Perceived diversity climate and employees' organizational loyalty. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 32(3), 262-276. <https://doi.org/10.1108/EDI-12-2012-0119>
- Keegan, A., & Boselie, P. (2006). The lack of impact of dissensus inspired analysis on developments in the field of human resource management. *Journal of Management Studies*, 43(7), 1491-1511.
- Krscynski, D., & Ulrich, D. (2015). Making Strategic Human Capital Relevant: A Time-Sensitive Opportunity. *Academy of Management Perspectives*, 29(3), 357-369.
- Lewis, R. E., & Heckman, R. J. (2006). Talent management: A critical review. *Human resource management review*, 16(2), 139-154.
- Lysenko, E., & Sereda, E. (2018). The new job position in human resources management the talent manager. *5th International Conference on Political Science, International Relations and Sociology (ICPSIRS)*, 51-58.
- Meyers, M., Woerkom, M., Paauwe, J., & Dries, N. (2019). HR managers' talent philosophies: Prevalence and relationships with perceived talent management practices. *The International Journal of Human Resource Management*, 31, 1-27. <https://doi.org/10.1080/09585192.2019.1579747>
- Michaels, E., Handfield-Jones, H., & Axelrod, B. (2001). *The War for Talent*. Harvard Business Press.
- Peretti, J.-M. (2011). *Tous talentueux: Développer les talents et les potentiels dans l'entreprise-Les meilleures pratiques vues par 100 experts*. Editions Eyrolles.
- Pocztowski, A., Pauli, U., & Miś, A. (2020). *Talent Management in Small and Medium Enterprises: Context, Practices and Outcomes*. Routledge.

- Silzer, R., & Dowell, B. E. (2009). *Strategy-driven talent management: A leadership imperative* (Vol. 28). John Wiley & Sons.
- Stahl, G., Björkman, I., Farndale, E., Morris, S., Paauwe, J., Stiles, P., Trevor, J., & Wright, P. (2012). Stahl, G. K., Björkman, I., Farndale, E., Morris, S., Paauwe, J., Stiles, P. & Wright, P.M. (2012). Six principles of effective global talent management. *Sloan Management Review*, 53, 25-42. *MIT Sloan Management Review*, 53, 25-32.
- Tansley, C. (2011). What do we mean by the term "talent" in talent management? *Industrial and Commercial Training*, 43(5), 266-274.
- Terramorsi, P., Fabiani, T., & Albertini, T. (2018). De l'expertise à l'audace : Comprendre les représentations pour développer les talents. *Question(s) de management*, 20(1), 89-101.
- Thunnissen, M. (2016). Talent management: For what, how and how well? An empirical exploration of talent management in practice. *Employee Relations*.
- Thunnissen, M., Boselie, P., & Fruytier, B. (2013). A review of talent management: 'infancy or adolescence?'. *The international journal of human resource management*, 24(9), 1744-1761.
- Ulrich, D., Brockbank, W., Johnson, D., Sandholtz, K., & Younger, J. (2008). The journey of HR. *HR competencies: mastery at the intersection of people and business* (271p.). Alexandria, VA: Society for Human Resource Management.
- Vaiman, V., & Collings, D. (2013). Talent management: Advancing the field INTRODUCTION. *International Journal of Human Resource Management*, 24.
- van den Brink, M., Fruytier, B., & Thunnissen, M. (2013). Talent management in academia: Performance systems and HRM policies: Performance systems and HRM policies. *Human Resource Management Journal*, 23(2), 180-195.
- Wacheux, F., & Rojot, J. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion / Frédéric Wacheux*. Économica. <https://library.em-lyon.com/Default/doc/SYRACUSE/27023/methodes-qualitatives-et-recherche-en-gestion-frederic-wacheux>
- Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods*. Sage publications.

Leadership style and motivation of care worker : the case of health networks in France

Colloque EUMMAS 2023, Dubaï, Émirats Arabes Unis

___ **Aline COURIE LEMEUR & Delphine FRANÇOIS-PHILIP DE SAINT JULIEN** ___

Aline.lemeur@uvsq.fr – delphine.desaintjulien@uvsq.fr

Abstract

The Covid19 pandemic has shown that the ingenuity of care workers has been pivotal in helping keep the health organizations afloat in France. This is not new and we have seen it many times in previous health or social crises, where the ingenuity of care workers has contributed to ensure rapid care. The Covid19 pandemic has merely confirmed it once again. In this paper, we seek to understand what motivates care workers in their jobs to come up with ingenious solutions and get around problems encountered and the factors that smash their motivation and inventiveness to deal with problems. In particular, we seek to understand whether their involvement in strategic decision-making in healthcare organizations could affect their motivation. The aim is to understand how the leadership style of executives in health authorities and healthcare networks can affect the motivation of health workers.

To explore this question, we examine the case of health networks in France that have undergone successive restructurings initiated by the health authorities and we are particularly interested in the motivation of care workers working within health networks during these restructurings. We develop a theoretical framework around the leadership style and its impact on the motivation of actors in organizations. We seek to provide recommendations regarding the leadership style that would be most conducive to improving the motivation of care workers in French healthcare organizations.

Keywords: Motivation, healthcare, network, care workers, leadership.

Introduction

The field of health care in France, and in particular hospitals, has undergone numerous reforms over the last few decades with a view to modernizing the public service. The chronic shortage of financial and human resources, the need for comprehensive and multidisciplinary management for complex medical cases, combined with an increasing diversity of management protocols, make it necessary to carry out profound transformations in healthcare field. The health crisis linked to Covid-19 has further demonstrated, amplified and highlighted this.

Faced with these multiple challenges, the public authorities regularly carry out restructuring movements aimed at rationalizing health expenditure and the supply of care. These are a source of profound organizational changes. Admittedly, whether they result in success or failure, changes are inherent to the evolution of an organization and remain 'varied, numerous, increasingly complex, leading to multidimensional effects' (Bareil, 2008); giving rise to numerous psychological states and reactions from the actors (Philip de Saint Julien, 2018). Indeed, public authorities rely on rigid regulatory and normative frameworks and adopt a top-down approach, while taking into consideration the constraints of economic performance, and while dealing with professional and institutional silos specific to health organizations. This makes it difficult to adopt changes designed unilaterally by health authorities and imposed on health organizations and care workers.

A number of studies and writings have been published over the past thirty years, denouncing the negative impact of the so-called "top-down" approach adopted historically by the institutional authorities in France. But despite decades of scientific production advocating collective action to reshape the field of healthcare, and despite attempts to do so by decision-making authorities, these same issues remain relevant. The field of healthcare is facing a "disenchantment" of the different actors, on both patients and care workers part, characterized by a deterioration in working conditions, a continuous reduction in the supply of care, and a constant tension in the hospital system. Also characterized by a strong and specific identity dimension (Sainsaulieu, 1977, 2019), the actors in the healthcare field, particularly the nursing staff, are experiencing greater uncertainty and professional stress; they are subject to injunctions that are 'increasingly paradoxical between the imperatives of management and the imperatives of care, in an increasingly reticular organization that results in multiple bricolages' (Bourret, 2008); they encounter role ambiguities and role conflicts (Kahn et al., 1964). The care worker is thus the 'secant marginal' (Crozier & Friedberg, 1977), the actor involved in several systems of action, interacting with each other.

In this article, we question the design of change projects initiated by public authorities in the French healthcare field, the leadership style that accompanies their deployment, as well as the motivation of care workers to adopt it in healthcare organizations. We are particularly interested in health networks in France. We focus on the behavior of care workers in health networks during the deployment of restructurings initiated by the health authorities. We try to understand what motivates them in their work to find ingenious solutions and work around the problems encountered and the factors that break down their motivation and inventiveness. In particular, we seek to understand whether their involvement in the design of the organizational changes they will be required to adopt might affect their motivation. The aim is to understand how the leadership style that accompanies the design and deployment of organizational change in the health field could improve the motivation of care workers and the action of health organizations?

To explore this issue, we begin by presenting the context of health networks in France, giving a brief overview of the multiple restructuring movements initiated by the public authorities and addressing the perceptions of health workers in health networks of these change projects. In the second part, we propose a theoretical framework on the interaction between leadership style and the motivation of actors.

1. The context of health networks in France

The origins of health networks in France go back to the beginning of the 20th century, when they were set up to treat tuberculosis patients. However, it was in the 1970s that we witnessed the birth of the first network organization between field workers and hospitals, as part of the reform of psychiatry which established sector psychiatric teams. At the beginning of the 1970s, gerontological networks aimed at keeping elderly people at home also appeared. Subsequently, the concept was extended to other pathologies such as AIDS, drug addiction, palliative care, oncology, perinatal care, diabetes, etc., hence the general term "health network". The health network has an associative legal status (Law 1901). It is headed by a director and relies on a multidisciplinary team, including doctors, nurses, psychologists, and sometimes a social worker, etc., to ensure the coordination of care around the patient maintained at home. It supports the attending physician and constitutes a bridge between town medicine and hospital medicine. The health network thus makes up for a weakness in the French health system: the hospital-city link.

However, despite its proven usefulness, the health network has been at the heart of several successive restructuring projects since the 1990s aimed at modernizing the French health system, which is faced, on the one hand, with a shortage of public financial resources and, on the other hand, with the growing complexity of medical treatment and the shortage of specialized human resources. An official report published in 2012 recommended the pooling of single-theme health networks (particularly cancer, gerontology and palliative care) into a single multi-theme network. In 2016, the law n° 2016-41 of 26 January dedicated to the modernization of the French health system then created the complex pathway coordination mechanism known as the Territorial Support Platforms ("*Plateforme Territoriale d'Appui*", PTA). This system is supposed to absorb all the territorial medical and medico-social coordination structures, including the health networks. Then the Coordination Support Facilities ("*Dispositif d'Appui à la Coordination*", DAC) were created, with a view to absorbing the PTAs and all the structures linked to the coordination of care. This research focuses on the perceptions of field actors and care workers when the above-mentioned projects were initiated.

When the health authorities introduced the various restructuring projects mentioned above, a feeling of injunction was very frequently reported by care workers and attributed to several factors. While some care workers justified it by the concentration of financial resources for health structures in the hands of the Regional Health Agency, others explained it by the constant reduction of budgets allocated to health networks despite the increase in the number of patients being treated. Some others attributed it to the obligation to extend their territorial coverage and to move towards other themes, which was perceived as a devaluation of the specificities of the territories and themes. Some care workers consider that the health network reflects the needs of its territory and any institutional injunction at this level is perceived as inappropriate (Courie-Lemeur, 2016).

Furthermore, some care workers attribute the feeling of injunction to the obligation to carry out the change project within a specific timeframe; others explain it by the posture of the health authorities and their way of steering the change project. The health authority's poor support for the change, its lack of transparency and its attitude suggesting favouritism

according to the territories and personalities of the network actors were also generally denounced. Also, some care workers justified the feeling of injunction by the inconstancy of the health authorities' projects. The succession of restructuring projects (some of which are not completed even before new ones arrive) is perceived as a sign of instability in the public authorities' project. Some even consider that the health authorities are trying to make the health networks shoulder its failure as a regulatory body and its posture towards the health networks is presented as a discouraging factor. Others described its posture as lenient in the past, even lax and rather police-like today. They justified this change in posture by the current shortage of public financial resources and its lack of understanding of the reality on the field (Courie Lemeur, 2018).

In an attempt to understand the interaction between the leadership style of health authorities and the motivation of care workers in health organizations, such as health networks, we develop a theoretical framework around the levers of motivation and their interactions with the leadership style. We will thus answer our problematic.

2. Theoretical framework: the leadership of health authorities and the motivation of healthcare workers in France

Leadership refers to the notions of influence and power, where it is presented as a process through which an individual will influence the action of a group to better achieve its objectives (Plane, 2015). A leader's authority and power can have different sources of legitimacy: charismatic, traditional or rational-legal (Weber, 1922 in Le Flanchec & Rojot, 2022). These are accepted because of the power of roles, gradual and routine commitment and/or psychological and situational factors. They are based on formal resources but also on informal resources such as the control of one or more areas of uncertainty: relations with the environment, control of information, a degree of competence and/or the use of institutional or organizational rules (Crozier & Friedberg, 1977). The leader ultimately works to influence and motivate others to contribute to the success of an organization of which they are members, or even of a project or mission (House et al., 2004; Boucher & Lescure, 2007; Cristol et al., 2011; Garcia, 2013).

The leader develops power over others, but according to Crozier (Boucher & Lescure, 2007), this power can be multiform and can act on the motivation of the actors subject to his leadership. Thus the leader can be 'authoritarian' by adopting a directive approach. He can be 'democratic' by being concerned with the interaction between actors and by soliciting their participation and involvement in decision-making. It can be 'lax' by not giving directives. They can be 'exploitative authoritarian' by not trusting, remaining distant and inspiring fear. They can be 'paternalistic authoritarian' by being benevolent, even if they do not trust and inspire fear. He can be 'consultative' by building on the relationship of trust and having a developed relationship with his subordinates. They can be 'participative' by building a real team spirit and strong trusting relationships. They can be 'compromise-seeking' by maneuvering to reconcile the needs of individuals with the challenges of productivity. They can be 'social' by prioritizing the human aspect and being concerned with social relations, creating a good atmosphere and reducing conflict. It can be 'integrative' by working to build trust, by seeking to improve motivation and involvement of the actors, while defining a common objective, with a view to increasing productivity. He can be 'autocratic' by adopting an authoritarian style,

focusing on productivity and marginalizing the needs of individuals. They can be 'laissez-faire' by remaining in the background and disinterested in both individuals and production (Plane, 2015; Boucher & Lescure, 2007; Dejoux, 2017).

Several currents have followed one another since the beginning of the 20th century to analyze the notion of leadership, such as the theory of personality traits, which focuses on the qualities and traits linked to the personality of the leader (Plane, 2015; Kirkpatrick & Locke, 1991; Golberg, 1993); or behavioral theory, which seeks to understand the link between the leader's behavior and his or her leadership style (Plane, 2015; Boucher & Lescure, 2007; Dejoux, 2017); or even contingency and situational theory, which addresses the link between the context in which the leader operates and his or her leadership (Hersey & Blanchard, 1982; Garcia, 2013; Kets de Vries, 2006). This leads to several leadership styles, which may impact differently on the motivation of the actors involved in the action.

2.1. Leadership style in healthcare field in France

In the healthcare field in France, as in the whole public sector, the leadership of institutional decision-makers is mainly a top-down leadership linked to a formal authority generating a subordination link, and not a leadership emanating exclusively from the qualities of the leader and the recognition by others of his or her characteristics pushing them to follow him or her voluntarily (Dejoux, 2017; Garcia, 2013; Cristol et al. 2011; Plane, 2015).

For the top-down leadership, legitimacy and power are derived mainly from institutional sources (Ghadiri, Flora & Pomey, 2017; Gravereaux, 2018) and hierarchical power. This is accompanied by pyramidal, centralized and top-down norms and organizational forms, with classic management typologies systematizing action and hierarchizing the relationship between actors (Ghadiri, Flora & Pomey, 2017; Gravereaux, 2018). As in armies, according to a principle of 'command and control', it is the leaders who decide and the troops have no choice but to obey. Certainly, there has been some alleviation with the emergence of the school of human relations and the generalization of the concept of management, which advocates that 'it is better to give desire than to impose'. However, inspiration and impetus continue to come from above (Riveline, 2012). By defending this way of working, decision-makers are reproducing entrenched organizational routines, but they are also defending their power, even if this is at the expense of agility.

But when innovation takes place at the interfaces of highly institutionalized contexts such as healthcare, the creation of innovative spaces should respond to three key processes (Dougherty & Dunne, 2011). First, the knowledge capacities of all stakeholders should be combined. This requires joint regulation that articulates formal and informal knowledge combining the experiences and practices of all necessary institutional and field actors.

On the other hand, the innovations developed should be articulated within the framework of a long-term strategy, while taking into consideration the logic of action (Amblard, 1996) of all the actors (institutional and field), as well as the challenges of territorialities (De Maillard, 2000; Grenier & Rimbart-Pirot, 2014). The construction of an articulated set of autonomous rules and joint rules by the actors, in declination of institutional

regulations and public policies, will allow them to better appropriate them and avoid the loss of meaning (Joffre, 2014).

Finally, action should be taken to renovate public policies by involving a variety of actors throughout the process. This will lead to a renovation of public action to better deal with the fragmentation of the health field, the emergence of new demands, and the need for personalized care (Duran & Thoenig, 1996).

In fact, it is a question of renewing the way in which we govern, by modifying the articulation between the power of decisions and the knowledge of the different actors and by challenging the duality between the 'everything regulated by the policies' and the 'let us do it' claimed by certain professionals (Moore & Hartley, 2008; Grenier, 2006, 2014).

To succeed in initiating such transformations, a 'de facto leadership' seems better suited than a 'de jure leadership'. The evolution towards a 'de facto leadership' is more favorable to the development of the strategic skills of the actors and organizations involved in innovations in the health field. It can better contribute to the sustainability of such innovations and to the sustainable transformation of this field.

When leadership is emanating exclusively from the qualities of the leader and the recognition by others, it becomes a "down-top-down" leadership. It becomes above all a skill held by a particular person within a group of individuals, enabling him or her to unite around him or her and to promote the adaptation of action to a given situation (Hersey & Blanchard, 1982). It is the leader's ability to adopt an evolving leadership style, enabling him or her to adapt to a given situation, which will condition the achievement of an organization's objectives and results (Garcia, 2013). Leadership thus becomes situational (Hersey & Blanchard, 1982).

Leadership is then the result of an interaction between the leader, the follower and the situation (Kets de Vries, 2006). A good decision is therefore not always a rational decision: 'Action must be rapid and therefore irrational so that reflection does not suffocate the motivation necessary for taking action' (Geoffroy, 2012). Beyond the qualities and personality traits that enable a person to stand out from the others and to govern, it is his or her behavior with regard to the actors around him or her that will enable him or her to impose himself or herself as central.

For example, a crisis situation requires the leader to manage delicate, sudden and often rapid kinetic issues. They must prepare their staff to think about the unthinkable, to get directly involved and to instill the necessary dynamics to deal with an unprecedented or unforeseen situation. His action must not be content with being technical, anchored in traditional management methods. To prevent the loss of cohesion and to preserve the stability of the organization, the leader must embody a vision, maintain the confidence of the employees and consolidate the identity of the organization. His action is therefore essential to the survival of the organization for which he is the guarantor (Lagadec, 2012). Leadership then becomes transformational and focuses on the motivation and development of employees to improve their performance (Bass, 1985).

Leadership become then situational and transformational, which is at once 'consultative', 'participative' and 'integrative'. The leader then becomes a conductor, whose prowess lies in his or her ability to synchronize and harmonize the interventions of the various musicians, whose expertise is complementary because of their similarities and/or differences. He is required to give meaning, inspire, federate in a sustainable way and make actions converge to achieve the predefined objective. It feeds and is fed by collective intelligence, defined as the capacity to unite intelligence and knowledge to achieve an objective and as the capacity of a group to ask questions and seek solutions together (Zara, 2008).

Thanks to collective intelligence, it stimulates creativity and innovation (Cristol et al., 2011), motivates and retains employees (Boudrias & Morin, 2011), and changes their behavior while giving real meaning to their work (Boucher & Lescure, 2007).

Forms of collective intelligence appear as soon as, within an organization, the collective use of scattered information held by different individuals is observed. Collective intelligence will then consist of increasing a group's capacity for understanding and action (Autissier & Guillard, 2019). This approach aims to create a consensus around the collective action to be taken through both individual and collective cognitive processes. A macro-competence is thus formed, an assembly of the organization's collective competences and quite strategic for ensuring its growth and survival.

Depending on the richness of the connections between the neurons, between the actors of an organization (Lenhardt, 2018), the constitution of a collective will, in fact, determine a level of collective intelligence. A zero level corresponds to a perfectly homogeneous collective where the individuals are functionally identical. The level of collective intelligence will be all the higher as the variety of the collective increases, linked to a diversity of statuses, knowledge, skills and professions (Bonabeau & Theraulaz, 1994; Géniaux & Mira-Bonnardel, 2003); all the more so as the effectiveness of the group, of the collective, is focused on the overall contribution of the group rather than on individual effort (Gunasekaran et al., 2016).

Improving collective intelligence will result in knowledge management, which implies the need to identify, preserve, value and protect it. The leadership style then becomes a determining factor for the motivation of the actors involved in the action.

2.2. Motivation in health organizations

Within an organization, the leadership and management style can be represented as a continuum, between an authoritarian style on the one hand, and a non-directive style on the other: the former seeks to structure its will, to give each person his or her attributions; the latter seeks to establish more interpersonal relations, relations based on trust, by delegating responsibility for activities to the group and/or to individuals. Between these two poles, multiple forms of leadership exist, more or less directive or collaborative (Tannebaum & Schmidt, 1973).

The question of the relevance of the style of leadership, according to the 'maturity' of the actors, in the sense of Hersey and Blanchard (1982) is, in fact, primordial. The notion of 'maturity' has a particular meaning. Not being defined as a state of equilibrium reached by the individual, as a full physical, intellectual and emotional development, the "maturity" of an actor is a function of two elements: his level of competences, of his knowledge, know-how and interpersonal skills; and his level of motivation, of energy that he is ready to put into his work (Hersey & Blanchard, 1982). Four levels of maturity are possible. Level M1 corresponds to individuals with little maturity, little competence, little motivation: they have a low level of competence for the position held, they know little or nothing about the requirements of their position and are little motivated. Level M2 corresponds to individuals with medium/low maturity, low competence but motivated: they have a slightly better grasp of the requirements of their job, their skills are low but they are motivated. Level M3 corresponds to individuals with a medium/high maturity, low motivation but competent: they master their job, know the expected requirements but have a low level of motivation. Level M4 corresponds to individuals with high maturity, who are both competent and motivated in their work (Hersey & Blanchard, 1982).

Depending on the level of 'maturity', in a dynamic approach, leadership must be situational (Hersey & Blanchard, 1982) and the art of the leader is to diagnose which mode of leadership the individual, the team needs (Le Flanchec & Rojot, 2022).

The effectiveness of a situational leader depends on the development of the people in his or her team, with this development ensuring the success of the group in the long term; it consists of adopting, at a given moment, the style according to the context encountered; it consists of constantly evaluating the 'maturity' of the players, i.e. identifying their degree of competence and motivation; and finally, it consists of creating the conditions that allow the maturity of the players to develop (Hersey & Blanchard, 1982).

Table 1 summarizes the motivational levers with regard to the leadership style that we apply to the case of health network actors.

Leadership	Leadership vs Motivation	Leadership vs. Motivation of health network actors
<p>"Top-down Leadership" = "Authoritarian leadership":</p> <p>the leader adopts a single leadership style</p>	<p>Authoritarian style: hierarchical operation and unilateralism in decision-making power</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formal authority with subordination; hierarchical power - Mobilization of "quasi-injunction" / "negotiated injunction" 	<p>The health authorities adopt an authoritarian leadership style with the health network. Restructuring projects for the health network are constructed in a unilateral way by the health authorities. They are imposed on the health network in a top-down manner, given the organization of the French health scheme, which attaches all financial resources dedicated to health networks to the Regional Health Agency (ARS). It is the ARS that decides on their allocation and defines the criteria and conditions to be met in order to benefit from them. This generates a feeling of injunction among health network actors</p> <p><i>"With the ARS, it's like in the army, they are the ones who decide and we have to obey without flinching (...) it's an injunction, or at least within the network we see it that way"</i>⁹⁵</p>
<p>"Down-top-down leadership" = "Situational leadership":</p> <p>the leader adopts, in an evolutionary manner, a leadership style adapted to the maturity of the actors</p>	<p>Authoritarian style - maturity level M1: the leader is very task-oriented and not very relationship-oriented; the actors are not very motivated or competent.</p> <p>The leader prescribes precise directives and instructions, makes decisions; controls the execution of tasks and the results obtained; does not allow room for manoeuvre, autonomy</p> <hr/> <p>Persuasive style - maturity level M2: the leader is very task and relationship oriented; actors are low skilled but motivated.</p> <p>He provides support, fosters good interpersonal relationships; provides extensive explanations of the reasons and consequences of the goals he has set; encourages the individual and the team</p> <hr/> <p>Participative style - maturity level M3: the leader is not task-oriented and is very relationship-oriented; the actors are competent but not very motivated.</p> <p>He encourages exchanges between a competent but unmotivated team; listens to and takes into account opinions, seeks to create a friendly atmosphere</p> <hr/> <p>Delegative style - maturity level M4: the leader is not very task and relationship oriented; the actors are</p>	<p>The leadership style of the health network leader: between authoritarian & persuasive style. Occasionally participative.</p> <p>The leadership style is defined by the nature of the task.</p> <p>For issues related to the governance of the health network, as well as strategic decisions within the network or in relation to health authorities and other organizations in the territory, the health network manager adopts a directive style. He or she makes decisions, prescribes precise instructions, and informs team members of the decisions taken.</p> <p><i>"It is clear that decisions about the direction of the network and its strategic choices depend on me and the network presidents. The team, I inform them of our choices, that's all."</i>⁹⁶</p> <p>Concerning the issues related to patient care, when the health network director is trained as a doctor, he or she participates in decision-making concerning the patient. He appears to be very relationship-oriented when it comes to developing collaborations with other health organizations in the area to improve patient care, or when he seeks to develop alliances to improve his bargaining power with the supervisory authorities in order to access additional financial resources for his health network. His leadership style is therefore persuasive.</p> <p><i>"I managed to negotiate with the Regional Health Agency (ARS) and convince them to fund us a new doctor's post (...). We are the only network in the territory that has a social worker post, because I was able to convince the big bosses at the ARS."</i>⁹⁷</p> <p>He can also be participative at times, when it comes to decisions related to the functioning of the team or also when collaborating with other health structures. The director seeks to create a friendly atmosphere and</p>

⁹⁵ Courie Lemeur (2018)

⁹⁶ Courie Lemeur (2016)

⁹⁷ Courie-Lemeur (2016)

<p>motivated and competent.</p> <p>There is no need to explain objectives and tasks to a competent and motivated team; they are allowed to work autonomously, without having to control and supervise</p>	<p>encourages interpersonal relations within the team.</p> <p><i>"We can only be participative if we want to work together (...) We have created a joint working group, with people from their homes and ours, to build common tools"⁹⁸.</i></p> <p>Level of maturity of staff in health networks: between levels M3 & M4: the multidisciplinary composition of the health network team and the specialization of its members mean that competence in patient care is strong. The employee has the necessary knowledge, skills and attitudes. They know how to use their basic knowledge or previous experience to ensure the coordination of care around the patient.</p> <p>His/her motivation is generally strong, because of the meaning he/she gives to his/her work (service to the patient and to society). Their motivation may be hampered by the lack of resources available to them to carry out their work.</p> <p>However, when it comes to regulatory changes, restructuring projects or experiments initiated by the health authorities, the employee expects information to come from the outside, particularly from the manager. They need to be told what to do.</p> <p>His motivation may be weakened by a feeling of incomprehension about his work, by a conflict with the director of the health network, or by the continuous change projects imposed on him by the health authorities. He thinks that the health authorities do not realize the reality of the needs on the ground and that all the attempts to explain them to them for several years have never been successful.</p> <p><i>"I don't know much about the ARS projects, it's xxxx (director) who deals with that (...). When there is something new and important, he explains it to us."⁹⁹</i></p> <p><i>"There is nothing we can do about it (...) anyway it won't change anything"¹⁰⁰.</i></p>
---	---

⁹⁸ Ibid

⁹⁹ Courie-Lemour (2018)

¹⁰⁰ ibid

Conclusion

The health and medico-social sectors in France are constantly being restructured in order to improve patient care while optimizing the use of increasingly scarce specialized financial and human resources. And each time, the restructuring attempts fail to achieve the targeted objectives. Although defensible, these projects are not always unanimously supported by the care workers, and this is generally reflected in the poor success of the projects. The Covid-19 pandemic crisis has shown the flaws in these restructurings and that the reality is still far from the desired Grail.

We have used the case of health networks and the different waves of restructuring they have undergone to explore the impact of the leadership style of the leaders of health authorities and health networks on the motivation of care workers working in these networks. We have attempted to show that a de facto leadership style that is transformational would have a better impact on the motivation of care workers in health networks than a de jure leadership that is exclusively directive.

Such leadership at the level of the health authorities would favor the motivation and involvement of the actors in the field in the formulation of objectives and the deployment of public actions. This would enable the players to understand the meaning of the changes planned by the public authorities and their involvement in such a reflection and in the decision-making process can have a positive effect on their motivation and their support for such projects. And the mobilization of such leadership would be all the more vital as the change desired by the public authorities is of a radical nature.

At the level of health networks, our research has enabled us to observe that the leadership style of managers is de facto and transformational, with a level of maturity of the staff between the M3 and M4 levels. Health professionals in these organizations are generally competent due to their training. However, their motivation may fluctuate: sometimes it is strong because of the meaning given to their work and sometimes it is weak because of the lack of resources available to them to carry out their work or because of the perception of injunction in the change projects imposed on them, or even because of conflicts with the approach of the network director. The leaders of the health networks seem to mobilize persuasive and participative leadership, but particularly when collaborating with other health organizations in the area, or when building alliances to develop negotiating power with the health authorities. However, with regard to the members of their teams, their leadership remains mainly directive and is only participative when making decisions related to the internal functioning of the team. The construction of strategic decisions remains exclusively in his hands, where he makes decisions, prescribes precise instructions, and subsequently informs the team members of the decisions taken. This seems to have a negative effect on the sustainability of their motivation.

Thus, the changes imposed on health organizations seem to impact on the motivation and commitment of health professionals. But if their organizational commitment seems to be diminishing, their commitment at work has been maintained until now because of the

presence of 'commitment anchors' (actions, people, ideas, values, etc.) (Kouadio & Emery, 2017.). Public service allows for the ideals of equity and social justice to be lived out, for a job to be meaningful and of concrete use in and for society. The meaning and concrete usefulness that they perceive in their job for society reinforces this commitment. But the weight of these anchors seems to be weakening, and the leadership style of health authorities and health network leaders seems to accentuate this.

Bibliography

- Amblard H., Bernoux PH., Herreros G. & Livian Y. F. (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, Paris.
- Autissier D. & Guillard A. (2019), « Désir de participation et intelligence collective : le cas de l'entreprise Covéa » *Question(s) de management*, n°25, p. 89-97.
- Bareil C. (2008), "Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement" *Télescope*, p. 89-105.
- Bass B. (1985), *Leadership and Performance Beyond Expectations*, The Free Press, London.
- Bonabeau E. & Theraulaz G. (1994), *Intelligence Collective*, Paris, Hermès.
- Boucher P. & Lescure S. (2007), *Vous avez dit leadership !*, Afnor, Paris.
- Boudrias J-S. & Morin D. (2011), « Démystifier les inventaires de personnalité », HEC Montreal *Revue International de Gestion*, Vol. 36, 61-73.
- Bourret P. (2008), « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », *Revue française d'administration publique*, n° 128, p. 729-740.
- Courie-Lemeur A. (2016), *La gouvernance d'une fédération de réseaux : le cas de la Fédération des Réseaux de Santé Gérontologiques d'Ile-de-France*, Thèse de doctorat sciences de gestion et du management, Laboratoire Larequoi, Université Paris Saclay.
- Courie-Lemeur A. (2018), *Les réseaux de santé – les enjeux de la pérennité*, Editions ISTE.
- Cristol D., Laize C. & Radu Lefebvre M. (2011). *Leadership et management être leader, ça s'apprend !*, De Boeck, Paris.
- Crozier M. & Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Edition du Seuil, Paris.
- De Maillard J. (2000), « Le partenariat en représentations : contribution à l'analyse des nouvelles politiques sociales territorialisées », *Politiques et management public*, Vol. 18, n°3, p. 21-41.
- Dejoux C. (2017), *Du manager agile au leader designer*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris.
- Duran, P. & Thoenig J-C. (1996), « L'Etat et la gestion publique territoriale », *Revue française de science politique*, n°4, p. 580-623.
- Dougherty, D. & Dunne, D. (2011), "Organizing ecologies of complex innovation", *Organization Science*, Vol. 22, pp. 1214-1223.
- Garcia, E-J. (2013), *Le génie du leadership*, Dunod, Paris.
- Geniaux I. & Mira-Bonnardel S. (2003), « Configurations organisationnelles et innovations RH » *Actes de colloque, AGRH*, p. 1239-1259.
- Geoffroy F. (2012), « Quand l'hypocrisie managériale protège l'organisation », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Vol. 18, n°46, 301-315.

Ghadhiri, S-D, Flora, L. & Pomey, M-P. (2017), « Le virage patient partenaire de soins au Québec. Reconfiguration de l'exercice du pouvoir médical et lutte pour de nouvelles subjectivités », *Project: Le partenariat de soin ou partenariat patient*.

Golberg L-R. (1993), "The Structure of Phenotypic Personality Traits", *American Psychologist*. Vol. 48, 26-34.

Gravereaux, C. (2018), « L'innovation, une (re)structuration de formes organisationnelles hospitalières ? Le cas de deux projets « innovants » au sein d'un groupe de santé privé », *Communication & Organisation*, Vol. 2, n° 54, p. 207-225.

Grenier C. (2006), « Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels – le cas d'un réseau de santé », *Revue Gérer et Comprendre*, mars, n° 83, p. 25-35.

Grenier, C. (2014), « Proposition D'un Modèle D'espaces Favorables Aux Habiletés Stratégiques », *Journal De Gestion Et D'économie Médicales*, Vol. 32.1, pp. 3-10.

Grenier C. & Rimbart-Pirot AG. (2014), « Outil de territorialisation de l'action publique et co-construction du territoire - Cas de mise en place d'une CHT (Communauté Hospitalière de Territoire) », in Alam U. & Gurruchaga M. (dir.), *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan, coll. du GRALE.

Gunasekaran S., Ahmad M., Tang A. & Mostafa S. (2016), "The collective intelligence concept: a literature review from the behavioral and cognitive perspective", 2d International Symposium on Agent, Multi-Agents Systems and Robotics, Malaysia.

Hersey P. & Blanchard K. (1982), *Management and Organizational Behavior, Utilizing Human Resources*, 4th edition, Englewood Cliffs, NJ.

House R. et al. (2004), *Culture, Leadership and Organizations*, Sage Publication, NY.

Joffre C. (2014), « Une organisation d'action sociale et médico-sociale face aux injonctions des pouvoirs publics : le cas de l'ACSEA de 1982 à 2010 – Une approche par l'étude des règles », *Journal De Gestion Et D'économie Médicales*, Vol. 32.1, p.46-62.

Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R.P. & Snoeck J.D. (1964), *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, New York, J. Wiley & Sons.

Kets De Vries M. (2006), *La face cachée du leadership*, Pearson Education France, Paris.

Kirkpatrick S. & Locke E. (1991), "Leadership: do traits matter?", *Academy of Management Perspectives*, Vol. 5, n° 2, 48-60.

Kouadio, A. & Emery, Y. (2017), Employés publics dans les environnements hybrides : quelles ancrs d'engagement et quelles pratiques de GRH ?. *Gestion et management public*, 6(2), 9-35.

Lagadec P. (2012), « Gestion de crise : nouvelle donne », *Sécurité et stratégie*, Vol.10, n°3, 50-52.

Le Flanchec A. & Rojot J. (2022), *Théorie des organisations*, Eska, Paris.

Lenhardt V. (2018), *Le management hybride – Mettre le leadership au service de l'intelligence collective*, InterEditions, Dunod, Paris.

Moore M & Hartley J. (2008), Innovations in governance, *Public Management Review*, Vol. 10 n°1, pp.3-20

Philip de Saint Julien D. (2018), « Réponse des « survivants » à un plan de sauvegarde de l'emploi - Une grille de lecture » *Revue Française de Gestion*, Vol. 44, n°272, p. 11-31.

Plane J-M. (2015), *Théories du leadership Modèles classiques et contemporains*, Dunod, Paris.

Riveline, C. (2012), « Le management la tête en bas » *Le journal de l'école de Paris du management*, 6(6), 7-7.

Sainsaulieu R. (1977, 3^{ème} édition 2019), *L'identité au travail*, Presses de Sciences Po, Paris.

Tannebaum R. & Schmidt W. (1973), "How to choose a leadership pattern", *Harvard Business Review*.

Zara O. (2008), *Le management de l'intelligence collective* M21 Editions, Paris.

Weber M. (1922), *Economie et Société*, 1^{ère} édition, Plon, Paris.

WORKING PAPER

De la gestion administrative vers la démarche managériale.

Le cas d'une organisation hospitalière postsoviétique

Maria COSTIN

Maria.costin@uvsq.fr

Résumé :

L'organisation hospitalière dans la plupart des pays en Europe se retrouve dans un processus de réorganisation. Dans certains pays post soviétiques, la défaillance marquée de l'État en matière de soutien budgétaire incite les décideurs de santé à réfléchir à une nouvelle organisation et gestion pour sortir de la culture administrative. Notre champ d'études concerne le système hospitalier de la République de Moldavie (première partie de l'article). L'objet de cet article vise à identifier certains piliers organisationnels tels que : l'organisation du travail, la motivation, la formation, l'évaluation et l'automatisation comme approche pour sortir de la culture administrative. Notre recherche s'appuie sur le cadre théorique en management et une recherche qualitative et quantitative. Les résultats de notre étude mettent en évidence les évolutions organisationnelles et les leviers et les freins d'une nouvelle réorganisation hospitalière. En croisant l'approche conceptuelle de la revue de la littérature et de l'étude de terrain, nous proposons un modèle managérial basé sur cinq piliers du management.

Mots-clés : Hôpital, réforme, management, organisation de travail, évaluation, GRH, motivation, formation, automatisation, logistique hospitalière, qualité de soins.

Abstract:

The Moldovan hospital system is confronted a reorganization process. Marked at the failure of the state budget the health system is trying to enable a new policy to get out of the administrative culture. The subject of this article is to identify the different organizational dimensions (organization of work, motivation, training, automation, assessment) from the literature review and verify them on the hospital field. The results of our study show the positive effects of reorganization on motivation and patient satisfaction. These results allow us to propose a model of a new managerial approach.

Keywords: Reform, hospital, management, work organization, evaluation, motivation, training, automation, hospital logistics, quality of care.

Introduction

Une réflexion globale est menée dans la plupart des pays d'Europe autour des problématiques spécifiques liées à l'organisation hospitalière. Ces problématiques d'une part sont liées à l'accès aux soins de qualité et d'autre part à l'optimisation et la rationalisation des ressources. Ces dernières années, dans la plupart des hôpitaux, l'organisation classique n'est plus assez efficace puisque les établissements hospitaliers sont amenés à réaliser de nombreux changements. Ces derniers sont naturellement nécessaires, mais très difficiles à mettre en œuvre. En République de Moldavie, le système sanitaire sort d'un régime de plus de 70 ans d'administration soviétique. Notons que la Moldavie est affranchie de sa tutelle soviétique depuis 1989. Avec l'indépendance, elle hérite d'un système de santé trop coûteux et d'une gestion complexe. Le modèle de santé de Semashko permettait d'assurer une couverture universelle et gratuite à la totalité de la population. Ce système est basé sur le principe de prestation de services des soins de proximité. Au cœur de ce modèle, une

couverture complète de soins à sa population et un médecin de secteur chargé de dispenser des soins médicaux et d'assurer la coordination avec l'hôpital. Un modèle très onéreux pour la Moldavie autonome. La crise économique et budgétaire des années 90 affecte lourdement le financement du système de santé. Le système ne fait plus face aux besoins de la réalité, il se replie sur soi. Le mode de fonctionnement conventionnel est remis en question, des réformes sont nécessaires.

Une rupture avec l'ancien mode de gestion pourrait être qualifiée « d'innovation » (Greenhalgh & al. (2004), Damart (2013), Nobre (2013)). D'ailleurs, cette dernière notion est associée au changement or le changement dans la sphère publique peut être considéré comme une modernisation (Hubinon, 2004) ou par le développement de nouveaux processus de gestion à tous les niveaux d'une organisation (Nobre, 2006). Ainsi, l'innovation a pour objectif de mettre à jour l'action publique pour s'adapter à l'environnement en transformation rapide (Fraisse, 1996). Il ne s'agit pas ici d'effacer le modèle ancien en le remplaçant par un nouveau, mais plutôt de faire évoluer l'existant d'une manière progressive en prenant en compte, les évolutions sociétales, le progrès technologique et médical (Rossignol, 2014). Comme d'autres pays européens, le système hospitalier moldave est confronté aux défis liés à la recherche des solutions pour faire cohabiter la qualité et la performance économique. La défaillance marquée de l'État en matière de soutien budgétaire implique nécessairement une nouvelle politique de gestion qui permettrait au système de santé de sortir d'une culture administrative.

Là problématique de notre recherche et de savoir comment peut-on faire sortir le système hospitalier d'une gestion administrative afin d'adopter une nouvelle démarche managériale pour apporter une meilleure satisfaction à ses patients ? Nous nous intéressons au cas de l'organisation hospitalière moldave qui se retrouve dans un processus de réorganisation. Au regard de la complexité de l'organisation hospitalière, nous formulons l'hypothèse qu'une démarche managériale optimale peut se baser sur une nouvelle organisation du travail, sur la motivation du personnel, sur la formation, l'évaluation continue et l'automatisation des activités de soins.

Nous présentons ce travail en quatre parties : en premier temps, nous présentons le contexte de la recherche (i) et ensuite la revue de la littérature (ii) et la méthodologie (iii). Dans la dernière partie sont présentés les résultats de notre étude de terrain (iv) ainsi que la discussion avant de conclure.

I. Le contexte de la recherche

1.1. L'hôpital en réforme

L'hôpital public comme toute autre organisation se transforme. En cause sont les impératifs économiques, écologiques, mais aussi les nouvelles exigences des usagers. Afin de consolider les relations avec les patients, les décideurs de santé sont amenés à optimiser l'ensemble des activités de soins (Van Caillie, 2014) à travers de projets stratégiques (Tovar et al., 2006), pour améliorer la performance (Jobin et al, 2004) la satisfaction (Fiore et al, 2010) et la qualité de soins (Minvielle 2003). Ils cherchent à optimiser la valeur de la qualité perçue par le patient, « ... *gérer l'hôpital sans rien laisser au hasard, car l'entropie, le désordre coûtent cher...* » (Kervasdoué, 1987, p. 16). Selon Cremadez & al. (1992), *il faut passer de l'administration au management stratégique*, car « *l'administration ne fait qu'exécuter...* » (Levitt, 1985).

L'organisation de l'hôpital se doit d'être compétitive. Pour ce faire, on développe de stratégies internes et externes, on élabore des projets d'établissement et des projets de soins (Tovar et al. 2006). C'est dans cette nouvelle vision que l'hôpital public s'adapte à un nouvel environnement économique où le maître mot est la performance. Selon Morin (2008),

la performance consiste avant tout à trouver la meilleure efficacité organisationnelle, l'efficacité, l'efficacité clinique, l'accessibilité, la coordination des soins, la réactivité, la sécurité, la gestion des risques, l'équité, la compétence des professionnels, la capacité d'innover et de communiquer sont autant de dimensions de nouveaux défis et de la performance hospitalière (Pogam & al, 2009).

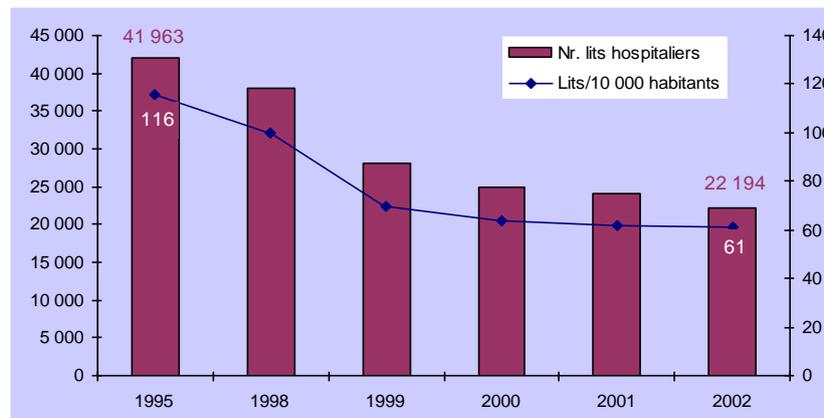
1.2. Le processus de réforme dans les hôpitaux moldaves

En 1991, après la proclamation de l'indépendance, le système administratif moldave atteint ses limites. Avec une économie planifiée et une gouvernance centralisée, le pays n'arrive plus à garantir à sa population un niveau de vie décent. Dans un contexte économique en crise (1995-2009), au fil des années, la situation générale des établissements de santé se dégrade. La Moldavie s'engage dans une politique d'économie de marché. C'est ainsi que les institutions publiques de santé commencent à développer ces propres ressources en faisant payer les soins aux patients.

La nouvelle réforme hospitalière a un impact négatif considérable sur les hôpitaux et son organisation. En 1994, la République de Moldavie dispose de 305 hôpitaux, soit près de 50 000 lits. De 1995 à 2002, le nombre de lits est ramené à 22 194 lits. Les économies réalisées sont affectées à l'achat des médicaments, à l'amélioration du plateau technique et des infrastructures, etc.

Aujourd'hui, l'hôpital public occupe une place essentielle dans l'offre de soins, avec plus de 100 établissements de santé (polycliniques et hôpitaux) et une capacité d'accueil de 8 227 lits dans les hôpitaux républicains, 3 510 lits dans les hôpitaux municipaux et 8 740 dans les hôpitaux régionaux.

Tableau n° 1. : La diminution de la capacité de lits (1995-2002)



Pour optimiser les ressources financières et humaines, la durée moyenne de séjour dans le système hospitalier a été réduite à 5-7 jours. Avant l'indépendance (1991), le taux d'occupation d'un lit était de 80 % pour les hôpitaux de soins aigus du fait, notamment, d'une durée moyenne d'hospitalisation pouvant atteindre 16,5 à 17 jours : les médecins allongeaient volontairement le séjour des patients le plus longtemps possible pour « occuper » les lits.

Depuis les années 2000, des réformes organisationnelles et structurelles se mettent en place en se basant sur des principes récents du management.

Après une période de stabilisation dans les années 2002-2010, on assiste de nouveau à une augmentation des dépenses de santé. Les hôpitaux n'arrivent pas à faire face aux besoins de la population, mais également aux difficultés matérielles et financières du personnel de

soins. La fermeture de certains hôpitaux et de services de soins a contraint des milliers de médecins à la reconversion vers la médecine de famille. Ce changement engendre un coût important pour le ministère de la Santé, car cette reconvention nécessite l'organisation de formations et la création de nouveaux bureaux de travail pour les médecins de famille. Les dirigeants sont amenés à rompre avec les vieilles habitudes de gestion et d'en chercher de nouvelles pour moderniser l'organisation et la gestion hospitalière. Ils sont amenés à mettre en place de nouvelles formes d'organisation et des nouveaux services pour tenter d'améliorer le taux de satisfaction de patients.

II. La revue de la littérature

L'objectif de cette étude est de recenser l'ensemble de dimensions organisationnelles qui serviront de base à un modèle intégrateur de l'organisation hospitalière.

Nous allons déterminer des variables spécifiques qui ont des effets essentiels sur le management hospitalier d'aujourd'hui à partir d'une analyse théorique qui vise, notamment, les écoles classiques d'organisation : l'école classique d'administration (1920-1950) ; l'école des ressources humaines (1930-1960) ; et l'école moderne (de 1970 à nos jours).

2.1. Les comportements organisationnels des structures. L'approche de l'école classique d'administration

Le management public, au début du 20^e siècle, a été marqué par les théories des organisations de H. Fayol (1916) et ses « quatorze principes d'organisation », de F. W. Taylor (1911) avec « *Principles of Scientific Management* » et de Max Weber (1922) l'auteur de « l'Organisation bureaucratique ».

Notons que, l'apport de H. Fayol est essentiel dans les théories des organisations, à travers l'énumération de toutes les opérations caractérisant les organisations (I) et ensuite, par l'application des principes d'ordre normatif censés être employés dans toute organisation et qui commandent la structure de l'entreprise (II).

L'organisation de Fayol est segmentée en six fonctions : (1) la fonction technique (production, transformation, fabrication), (2) la fonction commerciale (achats, ventes, échanges), (3) la fonction financière (recherche et gérance des capitaux), (4) la fonction sécurité (protection des biens et des personnes), (5) la fonction comptable (inventaire, bilan, coût de revient, statistique), et (6) la fonction de direction (prévoyance, organisation, commandement, coordination, contrôle). Notons que l'on retrouve cette approche scientifique des fonctions d'organisation dans l'administration ou l'organisation des hôpitaux, telle que : l'organisation des services de soins, l'accueil des patients, les échanges de données avec d'autres structures sanitaires, la gestion financière (l'autofinancement), la sécurité de soins, la gestion comptable (gestion des achats et des stocks, etc.), l'élaboration du projet d'établissement, l'évaluation, la gestion de la qualité, etc.

Les quatorze principes d'organisation de Fayol présentent une valeur universelle : la division du travail (produire mieux avec le même effort et moins de gaspillage est aujourd'hui le défi de tout hôpital public), l'autorité et la responsabilité, la discipline, l'unité de commandement, l'unité de direction (on les retrouve dans l'organisation des pôles de santé), la subordination de l'intérêt particulier à l'intérêt général, la rémunération du personnel, la centralisation, la hiérarchie, l'ordre, l'équité, la stabilité, l'initiative et l'union du personnel.

Pour F. Taylor, l'ambition initiale est de créer une science du travail avec des principes centrés sur les tâches en privilégiant l'approche du *one best way*. Ces principes sont orientés vers une certaine normalisation, et notamment ceux de la standardisation des tâches, une démarche très répandue dans plusieurs pays de l'ex-URSS et, notamment, en

Moldavie. En ce qui concerne les relations de travail, c'est une approche qui s'appuie sur des règles, des procédures, des instructions et des formulaires standardisés et nombreux, rendus possibles par la bonne connaissance du travail par le chef.

L'apport de M. Weber à la théorie des organisations peut se résumer à sa thèse sur les formes de domination sociale et « la direction administrative bureaucratique » (Leteurtre, 1998). Pour Weber, cette dernière est la forme dominante des sociétés contemporaines et les hôpitaux n'échappent pas à cette forme de domination en ce qui concerne le pouvoir managérial. On observe, encore aujourd'hui, que les directeurs des hôpitaux sont nommés par le ministre de la Santé qui à partir de règles précises, procédures et multiples lois, encadre le fonctionnement de l'hôpital.

2.2. La motivation, la formation et l'évaluation – une approche de gestion des ressources humaines

Le deuxième modèle d'organisation s'inspire de l'École des ressources humaines. Le nouveau courant des relations humaines (né entre 1924 et 1932) réagit contre certaines théories simplistes contenues dans le modèle taylorien. Les auteurs de cette école (Mayo (1933), Roethlisberger et Dickson (1939)) donnent naissance à l'ergonomie qui a pour finalité l'adaptation du travail à l'homme. Ils défendent l'idée « *qu'on ne peut pas agir sur le comportement et la motivation des travailleurs sans prendre en considération et exploiter la dimension sociale des rapports noués entre les individus à l'occasion de l'activité productive* ». L'École des relations humaines s'élève aussi contre les conceptions de M. Weber, car elle considère que l'école classique néglige la nature humaine du travail ainsi que les motivations et démotivations des salariés et qu'une organisation doit être orientée vers la collectivité. L'École des relations humaines traite essentiellement de l'attitude des individus au travail, de leur psychologie et du comportement des groupes au travail.

L'École des relations humaines évolue vers les années 60. Des auteurs comme Herzberg (1959) défendent les théories selon lesquelles les bonnes conditions de travail impactent la performance au travail (Maggi, 2006). Il identifie deux types de facteurs qui sont à l'origine de l'insatisfaction et de la satisfaction des individus au travail. Les premiers sont liés aux conditions de travail (rémunération, charge de travail, santé, sécurité), et le deuxième type porte sur la reconnaissance, l'accomplissement, l'avancement, la responsabilité que l'individu peut avoir au travail. Comme le souligne Sainsaulieu (2004), le développement d'une politique de motivation du personnel favorise la participation des acteurs de santé aux modalités de l'organisation du travail. Cela ouvre des perspectives en matière de meilleure reconnaissance de chacun, de son identité, de son travail, de sa capacité d'initiative.

Un autre facteur qui stimule la motivation du personnel est la formation, un puissant levier pour motiver le personnel et améliorer ses compétences. Selon Desplanches (2003), « *l'efficacité de la formation repose sur la responsabilité de l'ensemble des acteurs hospitaliers : les dirigeants, cadres, personnels, partenaires sociaux, responsables de formation et assistants de formation, formateurs* ». Pour améliorer la qualité des formations, il est nécessaire d'identifier les besoins du personnel en la matière. Une organisation doit donc adopter une structure pour rendre possible l'élaboration de valeurs communes et identifier les besoins par l'autoévaluation.

L'évaluation s'inscrit dans une logique de résolution d'un problème ou dans un processus d'amélioration continue. Dans l'évolution de l'École des relations humaines, on retrouve des pratiques liées à l'autoévaluation. Dans le cadre hospitalier, la recherche de l'excellence se fait par l'évaluation des pratiques de soins et par la mise en œuvre de la culture d'évaluation

du personnel. Généralement, dans le milieu hospitalier, ce processus donne lieu à la mise en place de la démarche d'accréditation et d'amélioration de la qualité des services de soins (Halgand, 2006). L'évaluation permet de connaître toutes les actions mises en place en interne et d'avoir une bonne connaissance de l'établissement à la fois en termes de points forts et de points faibles. Elle favorise l'émergence de nouveaux questionnements sur la satisfaction des patients, sur la mise en place de nouveaux processus de soins efficaces, et sur la mobilisation des équipes autour d'un projet structuré, afin d'améliorer sans cesse la qualité de prestation pour les usagers (Pronost et al., 2006).

2.3. L'automatisation – un levier du management

Au début des années 70, une crise d'efficacité et de légitimité éclate dans les entreprises. Les employés sont insatisfaits de leur travail (répétitivité des tâches, manque de responsabilités, de créativité, d'intelligence). La crise s'installe face aux coûts élevés liés à l'absentéisme, à la non-qualité, aux grèves, au roulement, à la mondialisation, etc. Les entreprises cherchent à innover pour accroître leur compétitivité. Dans ce contexte, la réingénierie des processus permet de repenser la structure de l'entreprise, l'organisation du travail et l'implantation des nouvelles technologies. Ainsi, la mise en place de ces processus permet aux organisations de réduire les opérations improductives et d'optimiser le travail.

La réingénierie des processus est utilisée dans le milieu hospitalier pour relever de nouveaux défis en matière de sécurité et de qualité de soins (Helfer et al., 2006). Les expériences internationales montrent que les solutions innovantes liées à l'automatisation ont permis aux hôpitaux de restructurer et d'améliorer les processus de distribution des produits de soins et de médicaments, et d'améliorer la sécurité et l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement. Le programme informatique, fondé sur la technologie de codes à barres, réduit les erreurs de médication et assure la sécurité des patients à tous les niveaux de soins. Dans ces conditions, le personnel soignant dispose de plus d'autonomie et ainsi, il peut consacrer plus de temps aux soins (Costin & al. 2012).

Par ailleurs, la mise en place du système d'informatisation intégré permet aujourd'hui de gérer la planification de la gestion des ressources humaines, les plateaux techniques, la gestion des achats, la gestion des stocks, la gestion de la traçabilité, les tâches administratives liées à l'approvisionnement, etc. La mise en place du tableau de bord permet désormais aux hôpitaux d'avoir une visibilité globale sur les activités hospitalières, d'analyser les points forts et les points faibles et d'agir en conséquence pour une meilleure prise en charge des patients.

Un autre aspect managérial à prendre en considération dans l'automatisation des hôpitaux est le volet logistique. La démarche logistique est une solution en termes de maîtrise des coûts et de qualité des soins, car les coûts logistiques représentent 46 % des dépenses globales des hôpitaux (Chow et al (1994), Aptel (2001), Landry et al., (2014), Rivard-Royer et Beaulieu (2003)). Les stratégies d'amélioration de la performance des hôpitaux nécessitent donc la prise en compte de la rationalisation des activités logistiques. La démarche logistique est une démarche d'optimisation de la coordination de l'ensemble des activités (opérations ou métiers) et des processus (internes et externes) de l'hôpital. Cette coordination se fait par une approche synchronique des flux informationnels et physiques - possible grâce aux nouvelles technologies d'information et de communication - et une gestion performante des relations entre différents partenaires économiques (Costin & al. 2012).

En conclusion, cette analyse théorique nous a permis d'identifier quelques variables spécifiques qui ont des effets essentiels sur l'organisation hospitalière. En effet, les théories organisationnelles reflètent la réalité organisationnelle, économique, sociale et culturelle de l'hôpital d'aujourd'hui.

Rappelons que les travaux de Taylor, Fayol et Weber ont un même objectif : accroître l'efficacité des entreprises. À la fin du 19^e et au début du 20^e siècle, le monde du travail se révélait très inefficace, la plupart des activités de gestion n'étaient ni planifiées ni organisées. La même chose s'est produite dans les organisations hospitalières. Les techniques introduites par les classiques et les adeptes du management scientifique dans le milieu industriel sur le développement de la société moderne ont été adoptées et appliquées dans la gestion hospitalière d'aujourd'hui.

Le monde des organisations a considérablement changé depuis, mais les principes fondateurs sont toujours à l'œuvre et un grand nombre de méthodes et concepts actuels de management vient des auteurs classiques. Or, on a pu voir que l'école classique de management dispose des outils et des pratiques managériales pour organiser et diriger les organisations de façon efficace. En changeant le mode d'organisation du travail, en investissant dans la formation, l'autoévaluation, l'automatisation et en stimulant la motivation on peut rendre le personnel satisfait au travail ce qui va y avoir directement un impact positif sur l'amélioration de la performance à l'hôpital et un ressenti positif sur la satisfaction des patients. Ces cinq dimensions se structurent dans le cadre managérial au regard des complexités hospitalières, et pourraient notamment constituer la base d'une nouvelle approche managériale innovante.

III. Méthodologie de recherche

Dans cette partie, nous souhaitons confronter l'analyse théorique à la réalité de terrain. Il s'agit ici de cerner les problèmes liés à l'organisation hospitalière et tenter de répondre à la question suivante : la réorganisation managériale peut-elle induire une efficacité en termes de meilleure satisfaction de patients ? Les éléments déterminants seront : l'organisation du travail, la formation, la motivation, l'évaluation, l'automatisation.

3. 1. Matériel et méthodes

Notre recherche est basée sur l'analyse de la revue de la littérature complétée par une recherche qualitative et quantitative (Thiétart, 2003).

La méthodologie de recherche s'appuie sur l'étude d'un terrain que nous connaissons bien et elle s'inscrit dans le cadre de l'esprit de Gonnet (1987) qui considère que : « *Toute méthode d'analyse et d'interprétation de la réalité hospitalière doit respecter la complexité et la diversité considérable des cultures, des modes de fonctionnement et des problèmes à résoudre, sous peine de passer à côté des problèmes fondamentaux et d'imposer des changements intellectuellement séduisants, mais sans grand rapport avec les problèmes réels* ».

Pour analyser et évaluer le terrain, nous utilisons deux échantillons successifs. Un premier échantillon au but exploratoire est destiné à un traitement qualitatif. Ainsi, nous avons eu des entretiens individuels semi-directifs d'une heure avec une dizaine de directeurs des hôpitaux l'outil de travail étant un guide d'entretien de 10 questions.

Le deuxième échantillon est destiné à un traitement quantitatif par questionnaire ayant comme objectif de compléter certaines données issues des entretiens, et ainsi, vérifier notre hypothèse. Le questionnaire est constitué de quarante-huit questions, réparties en quatre parties. Les champs abordés sont : l'organisation et le changement (première partie), la gestion des ressources humaines (deuxième partie), la démarche qualité (troisième partie), la logistique et l'informatisation (quatrième partie).

Ce questionnaire a été administré auprès du personnel médical et soignant (50 médecins et chefs de service et 50 infirmières et surveillantes) dans deux hôpitaux municipaux de la ville de Chisinau (dans la présentation des résultats, ces deux hôpitaux sont appelés : l'Hôpital clinique municipal n°1 et l'Hôpital clinique municipal n°5). Le point commun entre ces deux structures est la diversité de spécialités (urgence, médecine, chirurgie).

La méthode d'administration du questionnaire a mobilisé les chefs de service et les cadres de services qui se sont chargés de distribuer les questionnaires aux collègues médecins et aux infirmiers (es) : le taux de réponse obtenu est en moyenne de 60-70 %.

3.2. La recherche d'un modèle expliquant les résultats

Les observations menées conduisent à déterminer un ensemble de variables explicatives de l'organisation hospitalière. Dans un premier temps, nous avons analysé les données statistiques en utilisant la méthode descriptive, l'analyse du groupe et l'analyse discriminante linéaire. La fréquence statistique des paramètres qualitatifs a été structurée dans des tableaux de contingence et par les critères « TH² » (X²). Les données statistiques ont été analysées en trois étapes par :

- **L'analyse descriptive et linéaire** – qui nous a permis d'analyser les 100 réponses (40 variables ont été identifiées) ;
- **La synthèse des paramètres de qualité** – qui nous a permis de classer les réponses en deux groupes : 1^{er} groupe (35 cas) avec des réponses exprimant un taux de satisfaction élevé et le 2^e groupe (65 cas) des réponses exprimant un taux de satisfaction faible ;
- **Construction du modèle :**

L'analyse discriminante linéaire consiste à élaborer des fonctions linéaires F_j du vecteur X :

$$F_j = \sum_{i=1}^n A_{ij} X_i + b_j$$

Où : j- n° de la fonction discriminante (de 1 à k) ;

i- n° du vecteur X (de 1 à n) ;

n- le chiffre du vecteur X_i ;

A_{ij} - coefficients pondéraux de la valeur du vecteur X ;

B_j- les constantes libres.

En effet, nous avons pu constituer que le groupe des répondants satisfaits de l'organisation de leur hôpital, par la valeur déterminant le groupe (f1), qui est plus importante que la valeur (f2), par rapport à ceux qui ont des réserves en ce qui concerne l'organisation de leur hôpital et vice-versa. L'information du vecteur X est déterminée par le calcul du critère statistique F - Fischer.

Dans la deuxième phase, l'analyse a été réalisée au travers de nos paramètres de qualité. Nous avons analysé pas à pas toutes les variables, afin de choisir les plus influentes. À l'issue de ce traitement, nous avons validé notre hypothèse de recherche et ainsi, pu élaborer plusieurs modèles adaptés. Dans la dernière phase, nous avons croisé les résultats de ces différents modèles pour choisir un modèle qui se rapproche le mieux de notre recherche et qui mobilise, parmi les variables les plus explicatives des résultats de terrain, des variables liées à (1) l'organisation (code – vert), (2) la gestion des ressources humaines (code- rouge), (3) l'évaluation (code -- jaune) et (4) l'automatisation (code – bleu). Les variables sélectionnées sont présentées dans le Tableau n°2 ci-après.

Tableau n° 2. : Le classement des variables.

Variables	Contenu de variables	Coefficient de pondération	Rang
X9	Communication interne et le suivi du changement	99.00	I
X42	L'organisation logistique de plats cuisinés préparés à la cuisine locale	93.55	II
X39C	Les activités logistiques managées par des professionnels	88.71	III
X45	Informatisation des hôpitaux	70.97	VI
X12	Recrutement par le concours	66.13	V
X37B	Développement de la logistique	62.90	VI
X16	Participation du personnel dans les décisions liées à l'amélioration des conditions de travail	50.00	VII
X14	Motivation du personnel et le développement de l'entraide	48.39	VIII
X31A	La mise en place des enquêtes de satisfaction	40.32	IX
X31B	Prestation hôtelière de qualité	16.13	X
X41A	Gestion des stocks par le système de gestion automatisé	3.23	XI
Le résultat total des variables en %		82.26	

IV. L'évolution de l'organisation administrative : les résultats de terrain

Dans cette partie, les résultats seront présentés en deux temps : premièrement, l'analyse du processus de réorganisation est exposée à travers les outils managériaux mis en place ;

dans un deuxième temps, nous analysons les impacts de la réorganisation sur la motivation et la satisfaction de patients.

4.1. Le processus de réorganisation

Un développement de l'approche participative

L'autonomie et la décentralisation permettent, en général, une véritable professionnalisation de la gestion d'un établissement. Nos résultats montrent que, dans la nouvelle organisation mise en place, les directeurs des hôpitaux ont pu développer une approche managériale participative (80 % des cas). Plus de 75 % des directeurs interrogés assurent qu'ils travaillent en équipe constituée des adjoints de direction (70 %), des chefs de service, des médecins (50 %) et du personnel d'administration (30 %). Les directeurs soulignent que la présence du personnel soignant dans les réunions de travail amène un savoir et/ou des connaissances du milieu hospitalier, ce qui permet d'apporter une valeur ajoutée et ainsi améliorer la qualité des décisions et des stratégies à définir.

Une initiation à l'amélioration du climat social et de la motivation

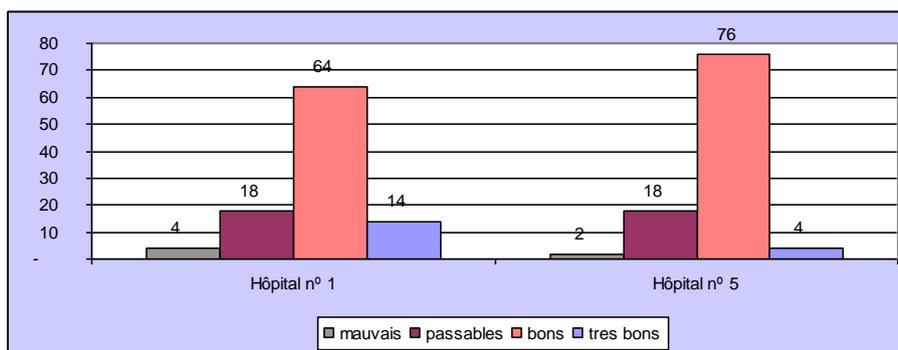
Selon Saulquin & al. (2004), la performance organisationnelle des hôpitaux publics dépend des compétences et de la motivation du personnel. Le manque de motivation et les conditions difficiles de travail amènent à une dégradation significative du climat social dans les établissements de soins. Nous avons tenté d'évaluer le climat social à partir de quelques éléments sociaux tels que : la fierté d'appartenance, l'ambiance, l'accès à l'information, la liberté d'expression, etc. Les données collectées démontrent que dans les hôpitaux étudiés, le climat social est plus ou moins identique. Ces résultats donnent l'impression que les hôpitaux partagent les mêmes problèmes liés aux conditions de travail difficiles, au rapport à la hiérarchie, à la qualité du service et, dans une moindre mesure, à la liberté d'expression (voir tableau n°3).

Tableau n° 3. : Le climat social dans les hôpitaux (en %).

	Hôpital n° 1	Hôpital n° 5
Fierté d'appartenance	70	60
Ambiance	60	70
Accès à l'information	80	80
Liberté d'expression	50	70
Adhésion aux projets	75	90
Conditions favorables du travail	10	20
Qualité du service	40	30
Rapport à la hiérarchie	30	30

Notons que, dans les établissements de soins moldaves, l'intégration de la dimension humaine dans l'organisation ne fait que commencer. Les dirigeants ont saisi l'opportunité de développer de « bonnes » relations de travail (64-76% de cas) avec le personnel soignant.

Tableau n° 4. : L'appréciation de la hiérarchie par le personnel (en %).



Cette information a été vérifiée auprès du personnel soignant ce qui nous permet de valider ce fait. Assurer de meilleures conditions de travail au personnel, c'est aussi investir dans l'avenir, dans la motivation et la satisfaction du personnel au travail, ce qui éventuellement il va y avoir des répercussions directes sur la satisfaction des patients.

En qui concerne la motivation des directeurs des hôpitaux, ils n'ont qu'une forte motivation personnelle et professionnelle au début de leur mandat, mais très vite, la bureaucratie, le manque de liberté et la centralisation entraînent une très forte démotivation (tableau n°5).

Tableau n° 5 : Les facteurs de motivation et de démotivation de directeurs

Les facteurs de motivation	%	Les facteurs de démotivation	%
Réalisation professionnelle	50	Centralisation du système	70
Satisfaction morale et matérielle	10	Bureaucratie et le manque de liberté dans la gestion de l'hôpital	70
Satisfaction morale professionnelle	40	Insuffisance financière	50
Devoir et patriotisme	20	Législation imparfaite	50
		Manque d'investissement	

La mise en œuvre de l'évaluation, de la démarche qualité et de l'accréditation

Pour promouvoir une politique active d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé moldaves ont mis en place la démarche d'accréditation. Cette dernière est obligatoire pour tous les établissements de santé qui sont obligés de s'y engager dans un délai de cinq ans. Plus de 84 % du personnel interrogé affirme que l'évaluation interne et la démarche qualité des services et des soins se fait à tous les niveaux afin de mieux préparer la demande d'accréditation.

En somme, après un changement, une évaluation des pratiques managériales s'impose pour connaître les impacts financiers, organisationnels et humains de ces changements. Selon Crozier et Friedberg (1977), la réussite du changement est basée sur une implication collective. La prise en compte du personnel et de ses attentes est donc liée à la qualité du management. Le management participatif ne doit pas rester une simple clause de style, il doit s'exprimer et se traduire dans la pratique. Comme le souligne Vincent (2001, p. 19) : « rien n'est plus compliqué que de gérer les ressources humaines. Mais, si difficile que soit

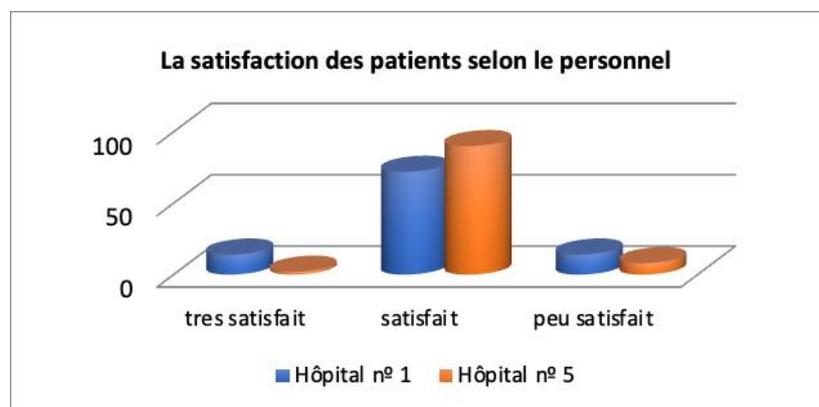
ce domaine, il n'en demeure pas moins aussi beau qu'essentiel, car, en touchant aux personnes mêmes, il touche la raison d'être de l'hôpital ».

4.2. L'impact des réformes sur l'organisation hospitalière

Une influence positive sur la satisfaction des patients

Malgré certaines difficultés de mise en œuvre des nouveaux outils de management, le personnel soignant estime que le changement a eu une influence positive sur la qualité de la prise en charge des patients. Les résultats de l'étude montrent que les services de soins se sont améliorés (70%), le plateau médico-technique s'est modernisé (70%) et que les conditions de travail (60%) sont satisfaisantes.

Tableau 6. La satisfaction selon le personnel



Pour conserver leur notoriété, les acteurs hospitaliers attachent de plus en plus d'importance à l'écoute des patients. Nous avons interrogé le personnel soignant afin d'identifier le taux de satisfaction des patients selon leur appréciation. Il en ressort que 60 à 80 % (selon l'hôpital considéré) du personnel soignant considère que les patients sont satisfaits. Ce même personnel recommanderait, dans sa grande majorité (80-85%), à leurs proches d'aller se faire soigner dans ces hôpitaux.

Un encouragement à l'innovation

La réorganisation hospitalière a eu également un impact sur l'innovation dans le travail. À l'époque soviétique, les hôpitaux moldaves, comme toute autre entreprise d'État, avaient l'obligation de suivre et de respecter les recommandations et les directives du gouvernement ; la créativité, la motivation, l'esprit d'initiative n'étaient pas encouragés. Depuis les années 90, les principes démocratiques ont rendu la liberté d'expression aux professionnels sur leurs lieux de travail. Plus de 70 % du personnel confirme que, depuis les nouvelles réformes, ils peuvent manifester plus de liberté dans leurs activités de travail.

Une découverte de l'importance de la démarche logistique

Pour répondre efficacement, et au moindre coût, aux besoins des patients en termes d'offre et de qualité de soins, les hôpitaux recherchent des outils modernes de gestion. Ils découvrent l'importance de la démarche logistique comme une nouvelle approche d'une gestion efficace sur l'ensemble des activités hospitalières. En effet, la logistique hospitalière constitue un enjeu budgétaire majeur, car l'amélioration de ses fonctions représente une source réelle d'économies pour le secteur hospitalier et un très bon outil de lutte contre le gaspillage.

Il est à noter que la qualité des prestations logistiques est appréciée dans le milieu hospitalier. L'ensemble du personnel soignant considère que le développement de la logistique dans leur établissement peut être une source (1) d'économie de temps (les soignants passent trop de temps sur des activités non liées aux soins), (2) d'économie financière, (3) de meilleure qualité de soins, et (4) d'une amélioration de la qualité du travail (tableau n° 7).

Tableau n° 7. : Les avantages de la logistique hospitalière (%).

	Hôpital n° 1	Hôpital n° 5
Source d'économie de temps	56	72
Économie financière	66	66
Meilleure qualité de soins	76	52
Amélioration de la qualité de travail	60	62

Un impact positif de l'informatisation

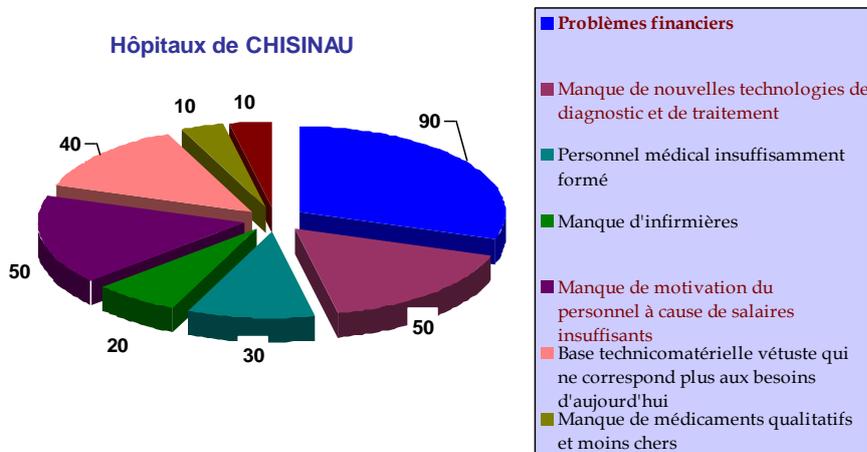
Afin de satisfaire les exigences qualitatives et économiques de l'établissement, le système d'informatisation est destiné à améliorer la qualité des soins par l'accès instantané à toute information utile en matière de santé. Ainsi, le ministère de la Santé en Moldavie a compris l'impact positif du développement de l'informatique et depuis l'année 2004, il a mis en place un Programme d'Informatisation unique et intégré dans tous les établissements de santé en Moldavie. Les hôpitaux ont adhéré à la réalisation du projet et selon les directeurs des hôpitaux, près de 85 % d'établissements sont déjà équipés avec le matériel nécessaire pour mettre en œuvre et développer ce programme.

Discussion

Les problèmes liés à la réorganisation hospitalière

L'analyse de notre étude montre que dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière, les directeurs des hôpitaux ont rencontré beaucoup des difficultés à mettre en œuvre certains outils managériaux. Il s'agit des problèmes récurrents liés au manque de nouvelles technologies, du personnel qualifié, de la motivation du personnel et à de problèmes financiers.

Tableau n° 8. : Les problèmes rencontrés par les directeurs dans la nouvelle organisation.



Selon les répondants, l'origine de ces problèmes est la réalisation en urgence de la réforme hospitalière qui a été insuffisamment préparée : peu d'accompagnement, peu de moyens financiers, matériels et informationnels.

Il convient de noter ici que, comme tout système, le système hospitalier moldave a d'abord besoin de s'affranchir de nombreuses difficultés pour espérer intégrer définitivement une nouvelle organisation moderne et performante. Et que d'autres problématiques resurgissent et notamment : comment maîtriser les ressources et développer l'organisation dans cette complexité, comment développer un modèle qui puisse répondre à tous les besoins ?

Proposition d'une nouvelle démarche organisationnelle

En croisant l'approche conceptuelle de la revue de la littérature et l'étude de terrain, on observe que le processus de réorganisation hospitalière passe par une approche participative et par expérimentation de nouveaux outils managériaux. Les dirigeants essaient avant tout de mettre en place de nouvelles formes d'organisation du travail, revoir la gestion des ressources humaines : par la motivation et la formation, par développer une culture de l'évaluation, par mettre en place un système d'information et de logistique pour une meilleure optimisation des ressources. Notre modélisation des données nous permet de mettre en évidence un modèle managérial basé sur cinq piliers fondamentaux du management que nous présentons ci-dessous.

Notons que le pilier lié au développement de la formation professionnelle ne ressort pas vraiment dans nos variables explicatives (voir tableau n°2). On peut se demander si cela n'est pas lié à la méthodologie de notre recherche. Nous tenons en effet à souligner que depuis les années 2010, les établissements de formation en santé publique et management ne cessent de réadapter les programmes de formation pour mieux répondre aux besoins de soignants et de directeurs des hôpitaux.

Tableau n°9. L'approche managériale basée sur les cinq piliers du management



Conclusion

La prise en charge des soins de qualité a toujours été une priorité pour chaque établissement hospitalier. Notre étude montre les efforts des dirigeants à faire sortir leurs institutions de la culture administrative pour les amener vers une démarche managériale innovante. Mais, une telle démarche apportera-t-elle réellement la satisfaction et la qualité des services de soins dans les hôpitaux ? Des évaluations futures seront encore nécessaires afin d'établir un résultat de manière plus objective. Néanmoins, à ce stade de la recherche, on peut dire que la satisfaction au travail et la satisfaction de patients dépendent dans une certaine mesure de ce qu'on peut appeler cinq piliers du management : l'organisation de travail, la formation, la motivation, l'évaluation et l'automatisation.

Nous sommes conscients que le modèle analysé a évidemment des limites. D'autres approches méthodologiques seraient intéressantes à réaliser par la suite. Il serait également nécessaire de tester ce modèle sur d'autres systèmes hospitaliers qui traversent les mêmes changements organisationnels.

À l'étape actuelle de l'étude, il s'agit seulement d'une première évaluation. Pour un pays en transition comme la Moldavie, le management reste encore globalement peu performant. Cependant, les directeurs ne manquent pas de faire preuve d'intelligence, ils cherchent des outils managériaux adaptés pour améliorer leurs résultats et faire évoluer le système

hospitalier moldave vers un système plus moderne. Ils sont très conscients de la nécessité d'amener leur système vers le standard des pays de l'OCDE.

Bibliographie :

- Aptel, O., (2001), "Improving Activities and Decreasing Costs of Logistics in Hospitals: A Comparison of U.S. and French Hospitals", *International Journal of Accounting*, vol. 36, n° 1, p. 65-90.
- Brunelle Y., 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon de se soigner », *Revue Pratiques et Organisation des soins*, vol. 40 n°1/janvier-mars.
- Chow, G., Heaver, T. D., Henriksson, L. E. (1994), « Logistics Performance : Définition and Measurement », *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, vol. 24, N° 1, p. 17-28.
- Costin M., (2012), « Hospital Logistics, the Way towards Organization of Excellency. *Can the French Experience Help Moldovan Hospitals?* », *Economic Studies Journal Economy, Business and Management*, Sofia, N°1, Janvier, (articles références et résumés dans le « *Journal of Economic Literature* » US), p. 16-35.
- Costin M., Chitou I., (2012), *Logistique hospitalière – une organisation pour une meilleure satisfaction du patient. Cas du Groupe Universitaire Paris-Ouest. Colloque RIRL- 9es Rencontres internationales de la Recherche en Logistique*, HEC de Montréal, 21 p. 15-17 août.
- Cremadez M., Grateau F., (1992), *Le management stratégique hospitalier*, Paris, Interéditions.
- Crozet P., Kaniche A., Lienard J., (2008), « Politiques et management public », Vol 26/2
- Crozier M., Fiedberg E., (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Les Éditions du Seuil.
- Damart S., (2013), *Innovations managériales en établissements de santé. Vers un management « intégratif »*, Éditions EMS, Management et Société, Cormeilles-le-Royal.
- Desplanches M.- N., (2003), *La formation continue à l'hôpital. Acteurs, méthodes et outils*, Les guides de l'AP-HP, Rueil-Malmaison, Lamarre.
- Divay S., Gadea C., (2008), « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique* (n° 128), p. 677-687.
- Druker P., (1999), *L'avenir du management*, Paris, Village mondial.
- Fayol H., (1979), *Administration industrielle et générale*, Paris, Dunod.
- Fiore C., Samperie – Teissier N., (2010), « Quelle démarche de pilotage logistique dans les activités de service ? Le cas des flux de patients à l'hôpital », *The 8th International Conference on Logistics and SCM Research, RIRL 2010 - Bordeaux BEM September 30th & October 1st*.
- Foudriat M., (2011), *Le changement organisationnel – Perspectives théoriques croisées, « Le changement continu »*, Presses de l'EHESP, Rennes.
- Fraisse R., (1996), *Le service public saisi par la modernisation, introduction de l'ouvrage sous la direction de Germion C., Fraisse R., Le service public en recherche : quelle modernisation ?* Documentation française, Paris.
- Halgand N., (2003), « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, juin, n° 147, pp. 219-231.
- Helfer J.-P. Kalika M., Orsoni J., (2006), *L'Impact des TIC sur l'organisation et la stratégie*.
- Hertzberg N., (1959), *The motivation to work*, New York, Willey and sons.
- Hubinon M., (2004), *Management des unités de soins. De l'analyse à évaluation de la qualité*, De Boeck Université, Bruxelles.
- Jobin M.-H., Beaulieu M., Boivin A., (2004), « Gérer la performance de la logistique hospitalière », *Logistique & Management*, numéro spécial, ISLI, Bordeaux, p. 21- 31.
- Kervasdoué (de) J., 2005, *L'Hôpital, Que sais-je ?* Paris, PUF.
- L'annuaire statistique du Centre de recherche scientifique et pratique de santé publique et management, ministère de la Santé, 2002.

Landry S., Blouin J. Ph., Beaulieu M., (2004), « Réapprovisionnement des unités de soins : portrait de six hôpitaux québécois et français », n°3 Revue Logistique et Management.

Pogam M- A., (2009), « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management & Avenir* (n° 25), p. 116-134.

Loi Assurance obligatoire d'assistance médicale n° 1585-XIII du 27 février 1998, modifié par les lois de la République de Moldavie n° 173-XV du 10/04/2003, n° 430-XV du 31/10/2003, n° 549-XV du 25/12/2003, n° 577-XV du 26/12/2003.

Mac Lehos L., Mckee M., (2002), "Health Care Systems in Transition- Republic of Moldova ».

Maggi., (2006), « De la compétence au professionnalisme » in F. ROSENBLATT et coll. *L'essentiel du management*, Rueil-Malmaison, Lamarre.

Morin E., (2008), « Efficacité organisationnelle, sens du travail et santé des personnes », www.fondation-travaillantementale.qc.ca/site_fondation_2008/morin.pdf.

Mckee M., Heavy J., 2002, « Réorganisation des systèmes hospitaliers : leçons tirées de l'Europe de l'Ouest », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, volume 33 n° 1, janvier - mars.

Mintzberg H., (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Ed d'Organisation, Paris.

Minvielle É., (2003), « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé », *Revue française de gestion*, juin, n° 146, pp. 167-189.

Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, (2004), Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82 (4) pp. 581-629.

Newhouse J.-P., (1970), « Towards a theory of non-profit institutions: an economic model of the hospital », *American Economic Review*, pp. 64-74.

Nobre T., (2006), « Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche-action : le cas du changement à l'hôpital », *Finance Contrôle Stratégie – Volume 9*, n° 4, décembre, pp. 143 – 168.

Nobre T., (2013), L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ? *Revue française de gestion*, juin, n°235.

Ordonnance n°526/29.04.2002 concernant le Conseil National d'Évaluation et d'Accréditation en Santé, *Journal officiel de Moldavie*, 62/612, 09.05.2002.

Pourville (de) G., (1996), « Hôpitaux : la double contrainte », *Revue française de Gestion*, n°2, p. 20-39.

Pronost A.-M., Maes B., (2006) (sous la direction) Mayrand M. Leclerc, *Sortir du management panique, Le savoir et l'art de décider*. GRH, Tome 2, Paris, Lamarre.

Rapport du ministère de la Santé de Moldavie : « L'activité du système de santé en 2006 », Chisinau, février 2007.

Rapport N° 32354-ECA, « *Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia-Moldova Case Study* », Document of the World Bank, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Chisinau, May 2005.

Rivard-Royer, H.; Beaulieu, M., (2003), « L'évolution du commerce électronique et la performance de la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé : changement de paradigme », *Revue française de Gestion*, vol. 27, N° 4, pp. 17-23.

Sainsaulieu I., (2004), *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, Harmattan.

Taylor F., (1975), *La direction scientifique des entreprises*, Paris, Dunod.

Thietard R-A., (2003), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod.

Tonneau D., (2003), « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation », Document de travail, Paris, DRESS.

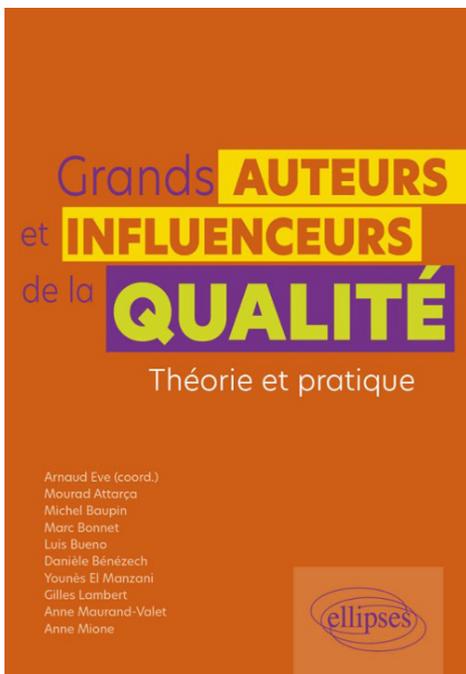
Tovar A., Guidt M., (2006), « Le pilotage des missions des établissements publics de santé », *Gestions hospitalières*, janvier, p. 13.

Van Caille D., (2014), « L'hôpital, une entreprise comme les autres ? oui, mais... », 7^{ème} Conférence francophone GISEH, 10 juin, Liège.

Vincent G., in Abdad J., (2001), *Organisation et management hospitalier*, Ed. Berger-Weber M., (1971), *Économie et société*, Paris, Plon.

Zardet V., Fiere D. Savall H., Petit R., (2011), « Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital », Journal d'Economie Médicale, n°29, pp. 277-293.

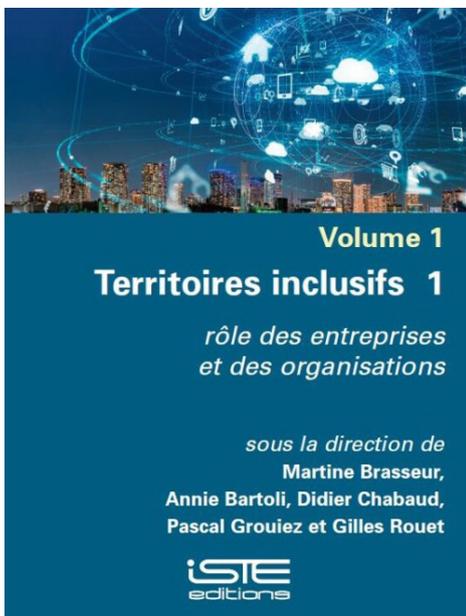
OUVRAGES



La qualité (d'un produit, d'un service) tient une grande place dans les sciences de gestion et du management et justifie ainsi pleinement de s'intéresser aux auteurs et influenceurs qui ont façonné ce concept.

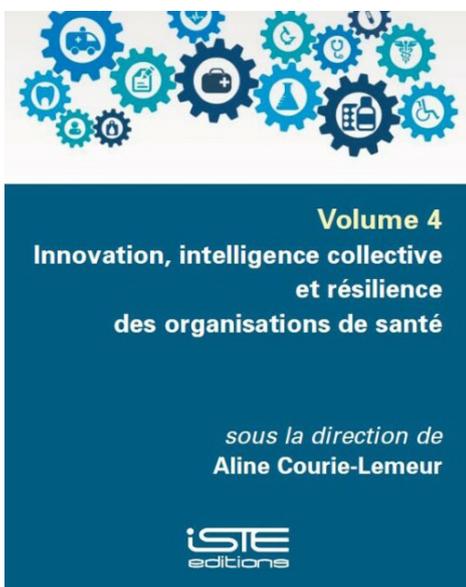
Chaque chapitre est ainsi consacré à un ou plusieurs auteurs ou influenceurs de la qualité et est structuré de la même manière :

- une présentation biographique de l'auteur ;
- l'exposé de ses contributions et apports à la science de la qualité ;
- l'analyse critique des principes et concepts dégagés et la confrontation à la mise en pratique au travers d'exemples



Les inégalités et autres « fractures sociales » marquent nos économies et nos sociétés contemporaines. Si l'on a pu se contenter longtemps d'approches globales, l'enjeu est aujourd'hui mis sur la façon dont les dynamiques locales permettent de rendre l'inclusion possible.

Cet ouvrage collectif en deux volumes rend compte de ces dynamiques locales d'acteurs, en éclairant la façon dont la création de territoires inclusifs peut s'envisager et se développer. Dans cette visée, l'enrôlement des organisations, qu'elles soient publiques, privées ou associatives a été identifié comme l'une des conditions de réussite des dispositifs mis en place. Elles oeuvrent, en effet, tant comme partenaires sur un territoire que comme espace inclusif.



La résilience dans les organisations de santé est une problématique complexe qui implique toutes les parties prenantes du domaine de la santé. Elle est un vrai sujet d'actualité, et ce d'autant plus suite à la récente crise sanitaire. Cet ouvrage, qui en tire les enseignements, explore l'impact de l'intelligence collective sur la résilience de ces organisations et le rôle qu'y joue l'innovation.

Cet ouvrage considère comme organisation de santé les structures et les dispositifs intervenant dans la prise en charge des patients, et comme professionnel de santé l'ensemble des soignants ayant une expertise médicale, sociale ou médico-sociale ainsi que les institutionnels et les acteurs de l'administration des organisations de santé.

Innovation, intelligence collective et résilience des organisations de santé alterne lectures théoriques et études de cas illustratives. Leur diversité tient à celle de leurs contributeurs : chercheurs universitaires, acteurs institutionnels des autorités sanitaires, soignants praticiens de structures hospitalières ou intervenant dans des dispositifs d'appui à la coordination en santé ou encore dirigeants de structures et de dispositifs en santé.

LES CAHIERS DE RECHERCHE DU LAREQUOI

LAREQUOI
ISM - IAE Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
47 boulevard Vauban - 78047 Guyancourt CEDEX - FRANCE
T + 33 (0) 1 39 25 55 34 - sylvie.yung@uvsq.fr