

**Effet des Pratiques de GRH sur la Fidélité du Personnel Médical
Public au Mali. Cas des Médecins du CHU Hôpital Gabriel
TOURE.**

**The influence of HRM practices' perceptions on employee loyalty
: the case of public sector Mali's physicians.**

SANOGO Boubacar

Doctorant

Institut Pédagogique Universitaire (IPU)

Institut Universitaire du Développement Territorial.

Laboratoire de Recherche en Management et Décentralisation (LAREM-DEC)

Mali

Date de soumission : 06/02/2025

Date d'acceptation : 30/04/2025

Pour citer cet article :

SANOGO. B. (2025) «Effet des Pratiques de GRH sur la Fidélité du Personnel Médical Public au Mali. Cas des Médecins du CHU Hôpital Gabriel TOURE.», Revue Internationale du chercheur «Volume 6 : Numéro 2» pp : 57-84

Résumé

Dans un contexte de crise des Ressources Humaines pour la santé au monde, la fidélisation des professionnels de santé reste un défi prioritaire pour les organisations de santé des pays d'Afrique Subsaharienne. Comme suggère (Lucas, 2005), développer des politiques ressources humaines appropriées pour résoudre cette crise, notre étude examine l'influence que peuvent exercer des pratiques ressources humaines sur la fidélité du personnel médical à leur organisation.

Nous nous sommes adossés à la théorie de l'échange social (Blau, 1964) et du Soutien Organisationnel Perçu (SOP) (Eisenberger et al., 1986), un entretien semi-directifs d'une et demi a été réalisé à travers 30 personnes dont 29 médicales et le Directeur des Ressources Humaines du secteur de la santé qui sont tous du secteur public.

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du Logiciel Excel. Le principal résultat révèle d'abord l'existence des effets positifs directs des pratiques RH sur le soutien organisationnel perçu (SOP) et qui à son tour affecte positivement l'implication organisationnelle affective des médecins et négativement leur l'intention de quitter de façon volontaire l'organisation.

Mots clés : Pratiques de GRH ; intention de départ volontaire ; implication organisationnelle affective ; fidélité des employés ; soutien organisationnel perçu.

Abstract

In the context of a global Human Resources for Health crisis, retaining healthcare professionals remains a priority challenge for healthcare organizations in sub-Saharan African countries. As suggested (Lucas, 2005), developing appropriate human resources policies to resolve this crisis, our study examines the influence that human resources practices can have on the loyalty of medical staff to their organization.

We relied on the theory of social exchange (Blau, 1960) and Perceived Organizational Support (POS) (Eisenberger et al, 1986). A semi-structured interview lasting one and a half minutes was conducted with 30 people, including 29 medical staff and the Director of Human Resources in the healthcare sector, all from the public sector.

The collected data were analyzed using Excel software. The main result first reveals the existence of direct positive effects physicians' affective organizational involvement and negatively their intention to voluntarily leave the organization.

Keywords : HRM practices ; intention to leave voluntary ; affective organizational involvement ; employee loyalty ; perceived organizational support.

Introduction

La pénurie du personnel de santé qualifié aujourd'hui constitue l'un des principaux obstacles au développement des systèmes de santé des pays en développement en général et des pays à faibles ressources en particulier. De nombreux travaux sur cette problématique convergent vers le fait que l'insuffisance des professionnels de santé qualifiés tant en termes d'effectifs que de compétences constitue l'entrave à la réalisation des objectifs internationaux en matière de santé et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (Kerouedan, 2008) ; (Charbit et Feld, 2008) ; (Dal Poz et al, 2009) ; (Höfle, 2011) ; (Sauneron, 2011) ; Alliance Mondiale pour les personnels de santé (OMS, 2006).

Comme c'est le cas dans la plupart des pays à faibles ressources, le secteur de la santé au Mali enregistre un besoin important en ressources humaines tant en termes d'effectifs que de compétences.

La politique Nationale du développement des ressources humaines (DRHS, 2019) au Mali montre que le pays compte en 2019, 1588 médecins dont 70% de médecins généralistes, 20% de médecins spécialistes et 10% de médecins de santé publique (DRHS, 2019), le ratio global pour tout le pays étant de 1 médecin pour 19 231 habitants (DRHS, 2019). Au regard des normes en vigueur, les besoins des structures en RH sont considérés comme très importants avec un déficit de médecins généralistes possédant des compétences en chirurgie et gynéco obstétrique dans les hôpitaux du district et de médecins spécialistes dans les hôpitaux régionaux.

Concernant la GRH, elle est caractérisée par une forte centralisation et « *fonctionne comme un système cloisonné, sans coordination entre ses différents domaines* » (Coopération Belge, 2020). Elle représente « *une faible partie de l'activité des gestionnaires des structures sanitaires et des établissements de santé* » (Coopération Belge, 2020) ; ce qui implique une faible latitude décisionnelle des cadres déconcentrés sur le déploiement des pratiques de GRH ainsi que sur leur contenu. De plus, le secteur public enregistre, particulièrement dans la catégorie des médecins, un fort taux de turnover, un taux important de non-retour après les formations de spécialisation se déroulant en partie à l'étranger et beaucoup de départs vers le secteur privé ou vers l'étranger. Ce secteur est ainsi fortement préoccupé par la question de la stabilisation de la relation d'emploi et de façon générale celle de la fidélisation des professionnels de santé (RH, 2020).

La fidélisation des ressources humaines est définie comme « *l'ensemble des pratiques de gestion déployées par une organisation dans le but d'établir et de maintenir une relation durable avec son personnel* » (Paillé, 2011). Même si l'utilisation du terme fidélisation est récente en GRH (Paillé, 2011), la problématique de fidélisation des ressources humaines pour la santé est pourtant, comme souligné plus haut, l'une des préoccupations majeures à l'échelle internationale en générale et en Afrique en particulier. A l'issue de la Conférence de 2007 (Globale, 2007), par exemple, le plan d'action mis en place recommandait de « *placer la question de ressources humaines en santé comme une priorité dans l'agenda politique* ».

Peretti et Swalhi (2007) définissent la fidélité organisationnelle comme « *une faible propension à rechercher un travail ailleurs, un attachement affectif, une efficacité dans l'exécution des activités qui contribuent au noyau technique de l'organisation (performance dans la tâche) et une contribution à l'entretien et à l'enrichissement du contexte social et psychologique de l'organisation (performance contextuelle)* ».

Dans la mesure où cette définition montre que la fidélité d'un employé se manifeste au travers d'un ensemble d'attitudes et de comportements, il est possible de se demander si les pratiques de GRH et la manière dont elles sont déployées, peuvent avoir réellement une influence sur la fidélité et si tel est le cas, quels sont les facteurs explicatifs de cette influence ? Cette interrogation nous amène à formuler la problématique suivante :

« Pratiques de GRH ainsi que la manière de mise en œuvre peuvent-elles influencer la fidélité d'un personnel médical à l'égard de son Organisation ? Par quels mécanismes cette influence peut-elle s'exercer ?

Au plan méthodologique, afin de justifier la validité ainsi que la légitimité de notre recherche (Wacheux, 1996), nous avons adopté le paradigme interprétativiste reposant sur l'approche qualitative mettant en relief des données recueillies au moyen de la recherche documentaire et d'observations de terrain, en vue d'examiner le rôle que peuvent jouer les pratiques de GRH sur la fidélité organisationnelle des professionnels de santé du secteur public au Mali en apportant un éclairage sur les mécanismes mises en œuvre.

N'ayant pas la prétention de produire une loi mais repérer les irrégularités comme préconise Charreire et Durieux (2003), nous avons adopté la démarche abductive.

Pour comprendre et interpréter le comportement et attitude des employés, comme dit Jolibert et Jordan (2011), nous avons adopté la technique d'entretien individuel d'une et demi, les données ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu et ont été traitées par Excel

Cette étude met en évidence 4 principaux points : le 1^{er} point concerne notre échantillon, le 2^{ème} est relatif aux théories mobilisées pour la littérature, le 3^{ème} point les propositions et enfin le 4^{ème} point aux représentations associées aux pratiques de GRH.

Notre échantillon

Le choix de l'échantillon de notre étude est justifié par le contexte d'émergence de notre travail de recherche à savoir la difficulté pour l'organisation de la santé au Mali à stabiliser la relation d'emploi.

Notre échantillon est constitué de 30 personnes, vingt-neuf (29) médecins dont le DG de l'hôpital qui est lui aussi médecin et le responsable des ressources humaines du secteur de la santé au Mali(01).

L'âge et l'ancienneté moyenne des répondants sont respectivement de 35 ans et 5 ans. Pour la représentativité, notre échantillon comprend (5 femmes et 25 hommes), le niveau de formation et le poste occupé.

Tableau 1: Récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques de l'échantillon	Total	Pourcentage
Sexe	30	100%
Homme	25	83%
Femme	5	17%
Niveau de formation	30	100%
Médecin généraliste	21	70%
Médecin spécialiste	9	30%
Fonction	30	100%
Directeur RH	1	3%

Directeur de l'Hôpital	1	3%
Médecin Consultant	20	67%
Médecin consultant Chef de Service	8	27%
Age	30	100%
30 - 35 ans	11	37%
36 - 40 ans	15	50%
41 ans et plus	4	13%
Répartition par ancienneté	30	100%
0 - 5 ans	19	63%
6 - 10 ans	7	23%
10 ans et plus	4	14%

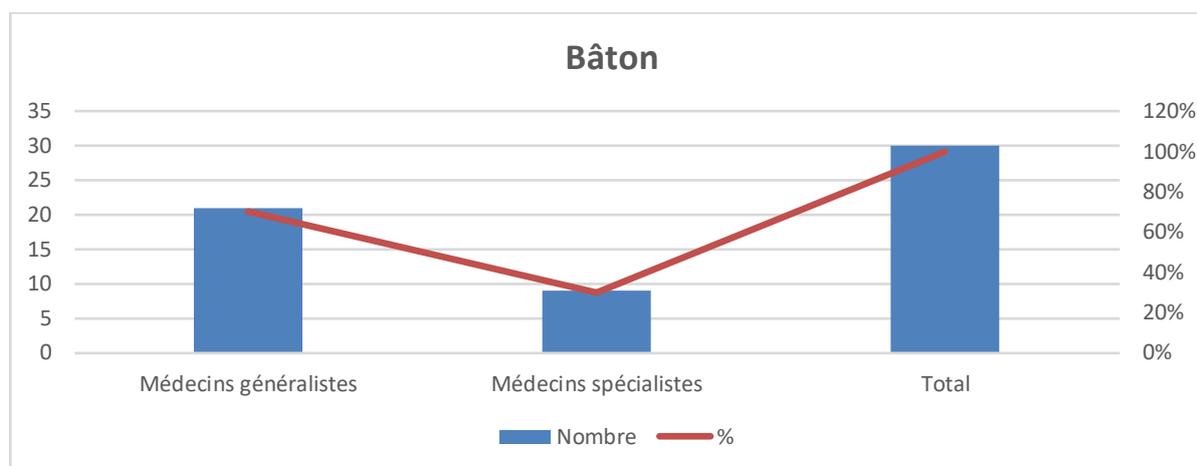
Source : Par mes soins

Ce tableau présente les chiffres relatifs aux caractéristiques. Nous visualisons cependant graphiquement chacune des caractéristiques prises en compte pour le choix de notre échantillon et précisons les proportions correspondantes dans la population totale en nous référant à la base de données mise à notre disposition par la DRH.

- **Répartition de l'échantillon par niveau de formation**

La répartition de l'échantillon par niveau de formation montre que les médecins généralistes représentent 70% des interviewés contre 30% de médecins spécialistes et comme le montre le graphique suivant :

Graphique 1 : Répartition de l'échantillon par niveau de formation



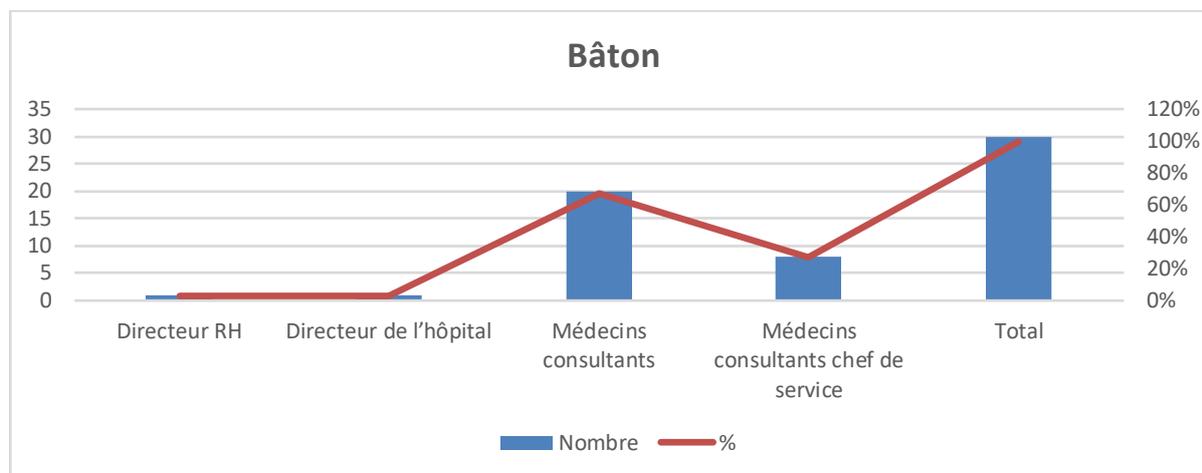
Source : Enquête du terrain, mars 2021

En tenant compte du critère « niveau de formation », la prédominance des médecins généralistes est un signe d'un bon niveau de représentativité de notre échantillon car on retrouve le caractère prédominant de cette catégorie même dans l'ensemble de population totale des médecins (**DRH santé**) : elle est composée de 70 % de médecins généralistes et 30% de médecins spécialistes. Veiller à ce qu'il y ait une bonne représentativité à ce niveau est également justifié par l'attention qui doit être accordée à leurs représentations notamment à l'égard des pratiques de GRH. Par exemple, en matière de formation, le système d'enseignement supérieur au Mali (les facultés de médecine) délivre des diplômes de médecin généraliste uniquement. Les formations de spécialisations se font après l'obtention du diplôme de médecin et se déroulent en grande partie hors du pays.

- **Répartition de l'échantillon par poste occupé**

Nous avons également veillé à ce que notre échantillon soit constitué par les médecins de tous les profils en tenant compte du poste occupé. Notre souci ici est de récolter des données qui reflètent les représentations de tous les acteurs.

Graphique 2 : Répartition de l'échantillon par poste occupé



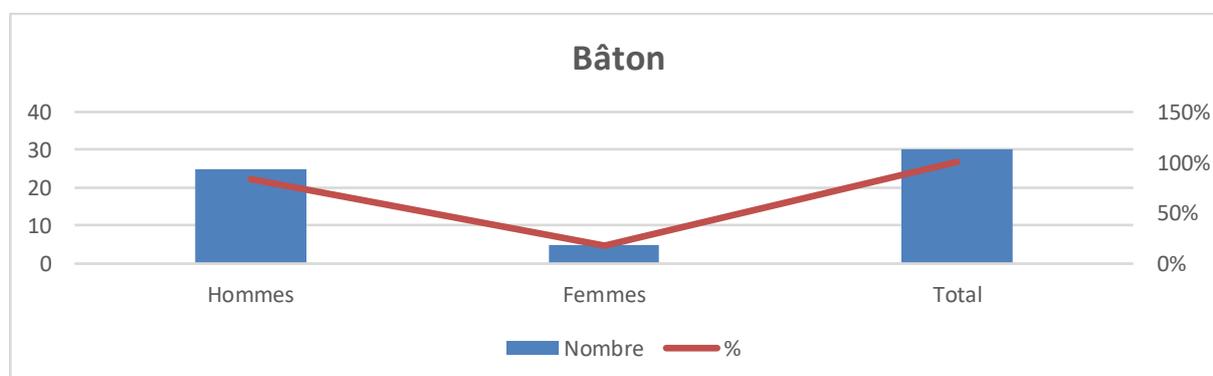
Source : Enquête du terrain, mars 2021

Comme le montre le graphique ci-dessus, les catégories « employés » (les médecins consultants et les médecins consultants qui sont en même temps chefs de service) sont très bien représentées, ils constituent 94% de l'échantillon. Le reste (6%) des médecins de notre échantillon est constitué par le médecin « cadre » et le DRH, qui, eux, représentent d'une certaine manière l'organisation. Cependant, il est nécessaire ici de noter que même ces médecins occupant des postes de management ou de cadres (Directeur de l'hôpital) continue à pratiquer son métier de soignant malgré ses responsabilités administratives. (**DRH**).

- Répartition par âge et par sexe

Nous avons pris en compte le facteur sexe et le facteur âge. Notre échantillon est constitué de 83% d'hommes et 17% de femmes. La constitution de notre échantillon respecte à ce niveau le critère genre de représentativité dans de la population étudiée.

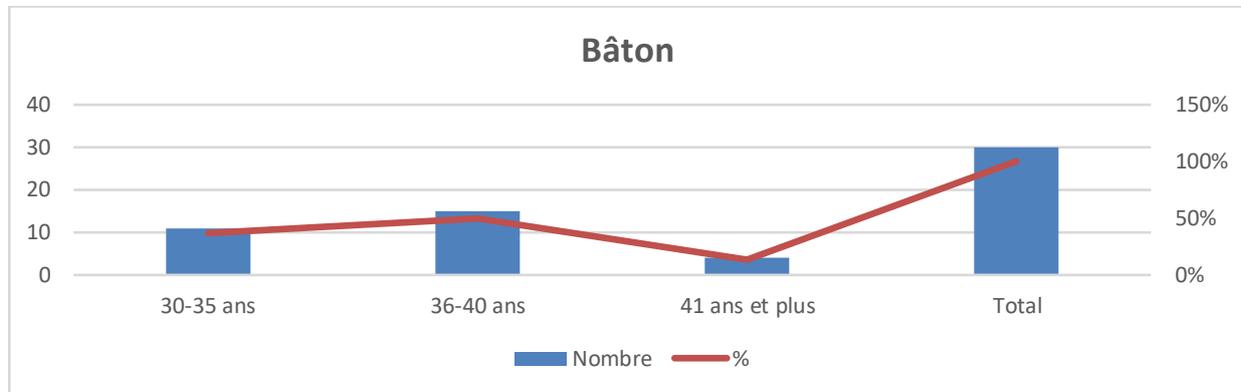
Graphique 3 : Répartition de l'échantillon par sexe



Source : Enquête du terrain, mars 2021

Notre échantillon reflète également le caractère jeune de la population étudiée (DRHS, 2019) car 87% sont entre 35 et 40 ans contre 13% qui ont 41 ans et plus.

Graphique 4 : Répartition de l'échantillon par âge



Source : Enquête du terrain, mars 2021

Après avoir présenté et décrit notre échantillon, nous présentons nos propositions via la théorie de l'échange social de (Blau, 1964) et la théorie du Soutien Organisationnel Perçu (SOP) (Eisenberger et al. 1986).

1. Les théories mobilisées :

1.1. La théorie de l'échange social :

D'après Cropanzano et Mitchell (2005), cette théorie donne assez d'arguments théoriques et des données empiriques pour notre recherche et de comprendre les comportements en milieu de travail. Ainsi, la théorie de l'échange social (Blau, 1964) est basée sur le principe de la réciprocité, qui obéit, selon Gouldner (1960), aux deux principes suivants :

1. Les individus doivent venir en aide à ceux qui les ont précédemment aidés.
2. Ils ne doivent pas porter atteinte à ceux qui les ont précédemment aidés.

1.1.1. Justification de la théorie :

La mobilisation d'une théorie dans un travail de recherche en gestion des ressources humaines remplit principalement deux fonctions à savoir la fonction de *prédiction* des effets ou des conséquences attendues, d'une part, et, d'autre part, la fonction de *compréhension* qui renvoie à la connaissance du processus par lequel se réalisent les relations entre les variables étudiées (Wright et McMahan, 1992).

1.1.2. La théorie en question :

Contrairement à l'échange économique basé sur un contrat explicite et indiquant les droits et les obligations des parties, la théorie de l'échange social (Blau, 1964) fait référence à une relation d'échange dans laquelle les obligations des parties ne sont pas spécifiées

1.2. La théorie du Soutien Organisationnel Perçu (SOP) :

Le Soutien Organisationnel Perçu (SOP) correspond à la croyance globale d'un employé à propos du degré de soin et d'attention que l'organisation porte à son égard et la façon dont elle valorise sa contribution (Eisenberger et al. 1986). Dans le cadre de l'échange social, Eisenberger et Stinglhamber (2011) suggèrent que la plupart des employés qui perçoivent plus de soutien de la part de l'organisation répondent par le développement d'attitudes favorables à l'égard de leur organisation et par l'investissement de grands efforts dans leur travail.

Les propositions de recherche :

Le rôle du Soutien Organisationnel Perçu (SOP) dans la relation entre les pratiques de GRH et les différentes dimensions de la fidélité organisationnelle

2. Les pratiques de GRH et le Soutien Organisationnel Perçu (SOP)

Le Soutien Organisationnel Perçu (SOP) correspond à la croyance globale d'un employé à propos du degré de soins et d'attention que l'organisation porte à son égard et de la façon dont elle valorise sa contribution (Eisenberger et al., 1986). Selon Eisenberger et Stinglhamber (2011), les organisations peuvent promouvoir des pratiques de gestion des ressources humaines favorables au Soutien Organisationnel Perçu (SOP) généralement considéré comme bénéfique à la fois pour l'organisation et pour les employés.

En tenant compte de toutes ces considérations, nous formulons la proposition suivante :

P1 : Les perceptions des pratiques de GRH influenceraient significativement le Soutien Organisationnel Perçu (SOP)

2.1. Le Soutien Organisationnel Perçu (SOP) des PGRH et l'intention de quitter volontairement l'organisation

La littérature montre que, conformément au principe de la norme de réciprocité (Gouldner, 1960), la plupart des employés manifestant un fort Soutien Organisationnel Perçu (SOP) ont des orientations positives à l'égard de l'organisation (Eisenberger et Stinglhamber, 2011).

Selon ces auteurs, lorsque les employés considèrent que l'organisation valorise, reconnaît et récompense leurs contributions et qu'elle se préoccupe de leur bien-être, ils adoptent des attitudes et des comportements favorables à l'organisation.

En tenant compte de toutes ces précédentes considérations, nous formulons la proposition suivante :

P2 : Le Soutien organisationnel perçu (SOP) des pratiques de GRH influencerait significativement l'intention de départ volontaire

2.2. Le Soutien Organisationnel Perçu (SOP) des PGRH et l'implication organisationnelle affective.

Les pratiques de GRH mises en place dans une organisation constituent un facteur important pouvant affecter l'implication organisationnelle des employés. En effet, des pratiques de GRH peuvent être à l'origine de certaines retombées organisationnelles à travers le développement de l'implication dont la nature et l'importance dépendent de la façon dont ces derniers perçoivent ces pratiques de GRH (Ogilvie, 1986).

En considérant les avancées de ces recherches antérieures, nous établissons la proposition suivante concernant l'organisation visée par notre étude :

P3 : Le Soutien Organisationnelle Perçu (SOP) des pratiques de GRH influencerait significativement l'attachement affectif des employés

2.3. Représentations associées aux pratiques de GRH :

Lors de nos entretiens, nous avons demandé aux répondants de nous décrire comment sont organisées les différentes activités en matière de gestion des ressources humaines en commençant par l'organisation du recrutement qui marque le début de la relation avec leur organisation, puis en nous décrivant les différentes activités en matière de formation, de rémunération, de gestion des carrières, de communication et de participation du médecin. Comme, nous étions conscients que les médecins ne sont pas des spécialistes de GRH, nous leur avons proposé de commencer par le recrutement et nous leur avons demandé au fur et à mesure ce qui est fait concernant les autres activités de GRH. Les principales représentations associées à chacune des activités de GRH sont reprises dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Principales représentations associées aux pratiques de GRH

Contenu	Nombre	Pourcentage
Pratiques de GRH		
Recrutement, accueil et intégration	9	30%
Opacité du processus de recrutement	9	
Total	9/30	30/100%
Gestion des carrières	25	83%
Manque d'informations	11	
Pas de système d'avancement approprié	6	
Rareté des occasions de promotion	5	
Compétences, ancienneté non prise en compte pour la promotion	3	
Total	25/30	83/100%
Formation	23	77%
Faible offre de pratiques de formation (obstacle au développement personnel, au développement des compétences)	21	
Absence de planification, manque de clarté, de rationalité, absence de règles	2	
Total	23/30	77/100%
Rémunération	26	87%
Bas niveau de salaire	17	
Pas à la hauteur des efforts fournis	6	

Heures supplémentaires payés en retard	3	
Total	26/30	87/100%
Gestion de temps de travail	17	57%
Organisation du travail	11	
Lourdeur de la charge de travail	6	
Total	17/30	57/100%
Communication et participation	14	47%
Communication avec l'employeur via les staffs, les conseils médicaux	8	
Communication interpersonnelle	6	
Total	14/30	47/100%

Source : Par mes soins

On peut constater à travers les différents sous thèmes de notre tableau, que 87% des médecins de notre échantillon se sont exprimés sur la façon dont ils sont rémunérés, 83% dont leurs carrières sont gérées, 77% sur la formation, 57% sur la gestion du temps de travail, 47% sur la communication et la participation et enfin 30% sur le recrutement.

2.4. Concernant les différents liens entre les pratiques de GRH avec les deux dimensions de la fidélité

Pour pouvoir découvrir si leurs représentations à l'égard des pratiques de GRH peuvent influencer leur fidélité à l'organisation, nous leur avons demandé dans la partie conclusion de l'entretien si tout ce qu'ils venaient d'évoquer en rapport avec la GRH pouvait influencer leur relation avec l'organisation. En effet, les pratiques de rémunération et les pratiques de gestion des carrières sont associées à une faible voir à un manque de soutien organisationnel perçu par les médecins.

2.4.1. Les perceptions associées aux pratiques de GRH et leurs liens avec la fidélité organisationnelle

Après avoir sélectionné les pratiques de GRH sur la base des fréquences d'apparition des phrases témoins des perceptions associées aux PGRH et le lien que les acteurs font directement entre l'interprétation des signaux renvoyés par les pratiques de GRH avec les deux dimensions de la fidélité retenues dans notre étude, nous présentons les principales perceptions associées aux pratiques de GRH retenues.

3. Le SOP des pratiques de GRH et les différentes dimensions de la fidélité

3.1. Le SOP des pratiques de GRH et l'intention de départ volontaire

Nos analyses montrent une très forte fréquence des verbatim associés aux différents items du SOP comme le montre le tableau suivant.

Tableau 3 : Fréquences associées au SOP

Thème	Nombre
Soutien Organisationnel Perçu	
Préoccupation du bien-être des médecins	24
Reconnaissance des contributions des médecins	23
Valorisation des contributions des médecins	23
Récompense des contributions des médecins	23

Source : Par mes soins

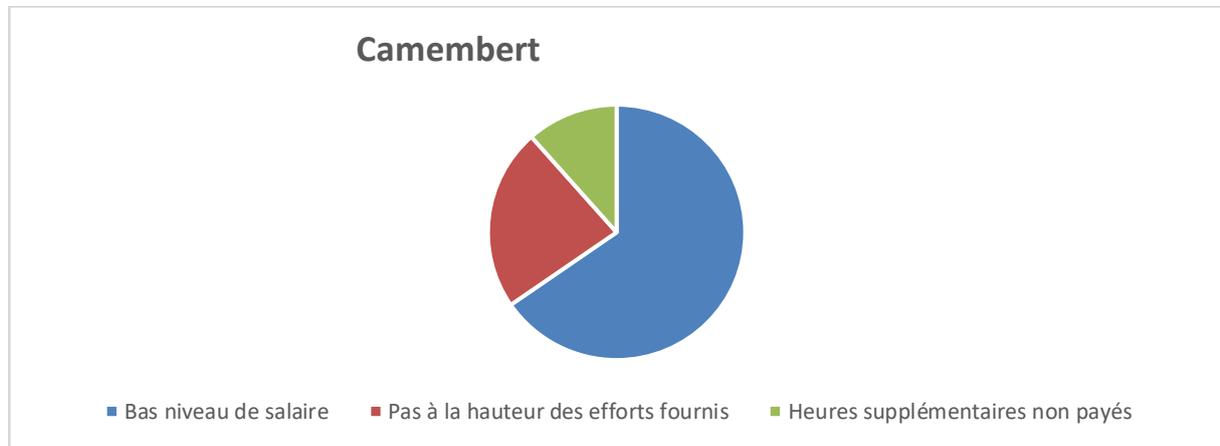
Nous allons maintenant montrer à quelles pratiques de GRH sont associées ces perceptions et par quels mécanismes.

3.1.1. Les pratiques de rémunération, le SOP et l'intention de départ volontaire

Lorsqu'ils s'expriment sur les pratiques de rémunération, 87% des répondants de notre échantillon (soit 26 sur 30) se sont prononcés évoquant le niveau de salaire des médecins du secteur public qu'ils qualifient de trop bas 57%, que la rémunération n'est pas à la hauteur de leurs efforts 20%, qui, par ailleurs, parfois ne sont pas pris en compte dans la mesure où nombreux soulignent le fait que les heures supplémentaires effectuées ne sont pas rémunérées

à juste titre et en retard 10%. Le tableau suivant permet de visualiser l'importance relative des principales représentations associées aux pratiques de rémunérations.

Graphique 5 : Pratiques de rémunération



Source : Enquête du terrain, mars 2021

Nos analyses permettent de mettre en évidence une absence de soutien organisationnel perçue par les médecins à travers les pratiques de rémunération globale.

« Avec nos salaires, on ne peut pas couvrir toutes les dépenses du mois, c'est pourquoi c'est compliqué si on ne travaille pas en même temps dans le secteur privé. » (Entretien avec M6)

Nos répondants évoquent ensuite qu'aucune forme de reconnaissance n'est perçue à travers les pratiques de rémunération. Ils considèrent en effet que les efforts des médecins ne sont pas reconnus à leur juste valeur.

« Si on pouvait au moins reconnaître les efforts que nous fournissons, personne ne se plaindrait, nous sommes dégoûtés ! » (Entretien avec M13)

« Je trouve que notre rémunération n'est pas conforme aux efforts fournis, le niveau est bas, ce qui est dangereux dans tout cela, c'est qu'il y a des primes obligatoires et des primes facultatives

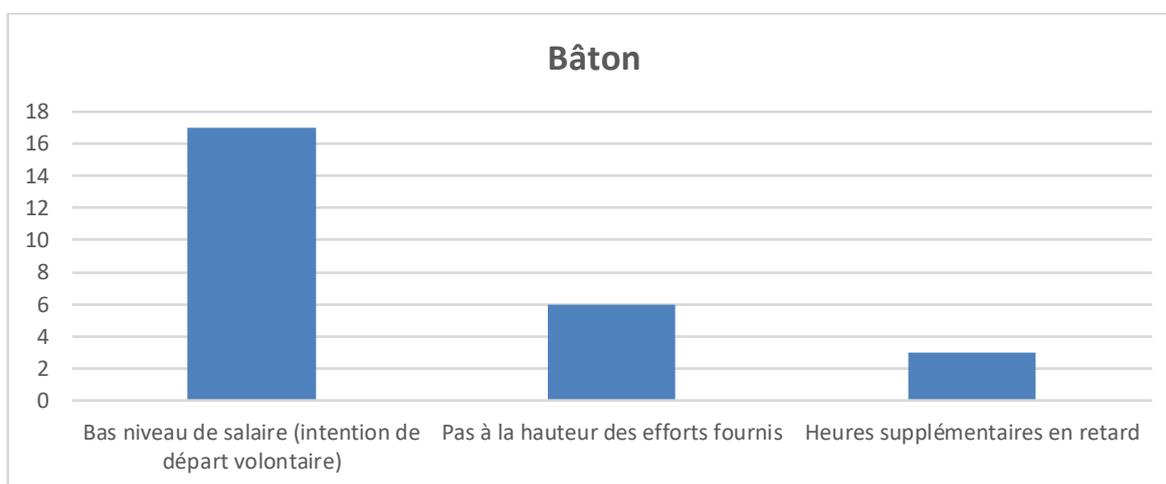
Cette absence de reconnaissance est également associée à une absence de valorisation du travail et des efforts des médecins d'autant qu'ils considèrent que la rémunération et les avantages sociaux **ne récompensent pas leur contribution** : ils affirment notamment travailler beaucoup d'heures supplémentaires non payées.

« Le niveau de salaire est très faible par rapport au travail et à l'effort que nous fournissons. » (Entretien avec M16)

Si le fait de reconnaître, de valoriser et de récompenser les contributions des employés renvoie des signaux de soutien de la part de l'organisation, il est également reconnu que ce dernier engendre une forte croyance des employés selon laquelle leurs efforts dans la réalisation des objectifs de l'organisation seront récompensés (Eisenberger et al. 1986).

Le graphique suivant représente les connexions retrouvées dans le discours des répondants relatives à leurs représentations par rapport aux pratiques de rémunération et aux principales dimensions du soutien organisationnel perçu ainsi qu'à leur influence sur l'intention des médecins de quitter volontairement l'organisation

Graphique 6 : Liens entre les pratiques de rémunération, le SOP et l'intention de départ volontaire.

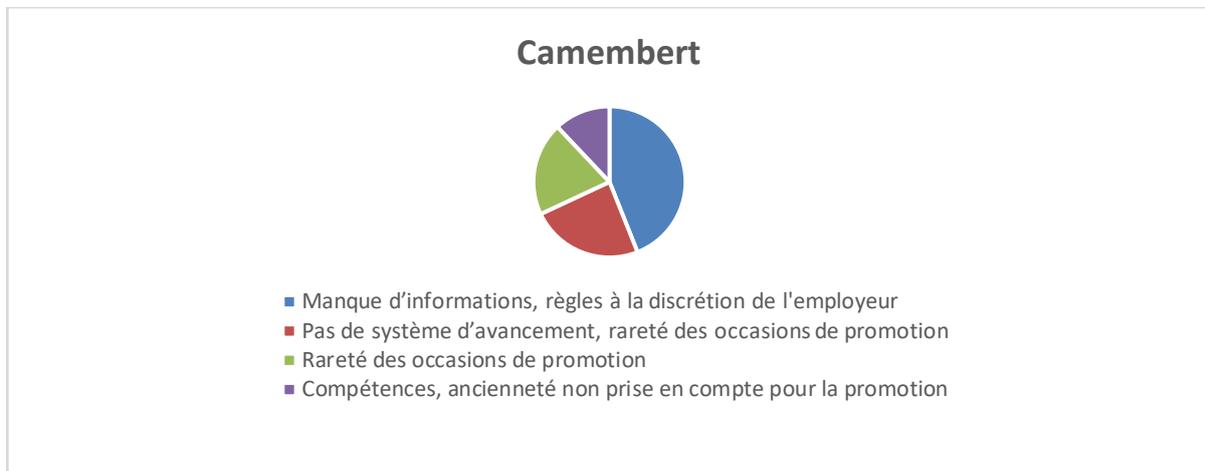


Source : Enquête du terrain, mars 2021

3.1.2. Les pratiques de gestion des carrières, le SOP et l'intention de départ volontaire

Quand les médecins de notre échantillon s'expriment à propos de l'offre des activités en matière de gestion des carrières, plus de la moitié (37%) soulèvent d'abord un manque d'informations relatives à la manière dont la gestion de carrière du médecin est organisée en soulignant que les règles encadrant l'offre de ces activités demeurent à la discrétion de l'employeur. Ils reviennent ensuite sur l'absence d'un système d'avancement connu 20%, la rareté des occasions de promotion notamment à des postes de responsabilité 17%. Enfin, même concernant les rares occasions de promotion existantes, les médecins de notre échantillon affirment que le système de gestion en vigueur ne prend pas en compte leurs compétences ou leur ancienneté 10%. Les principales représentations associées aux pratiques de gestions de carrières sont reprises dans le tableau suivant :

Graphique 7 : Principales représentations à propos des pratiques des Gestion des carrières



Source : Enquête du terrain, mars 2021

Le manque de soutien perçu à travers les pratiques de gestion des carrières peut se justifier d'abord par le constat que la gestion de la carrière du médecin n'offre que très peu d'opportunités de promotion.

« Nous savons que les opportunités sont très limitées, il y a très peu de postes de responsabilité » (Entretien avec M23)

Dans cette organisation, les promotions valorisées correspondent globalement à la nomination au poste de chef de service, au poste de directeur de l'hôpital et très rarement à certains postes relevant du niveau pointu. Cette rareté s'accroît en partie par le fait qu'il n'existe pas de mandat pour les postes de responsabilité, ce qui limite davantage les perspectives d'accès à ces postes.

« Très peu d'opportunités de promotion, les promotions ne sont pas basées sur des critères clairs, il n'y a pas de mandats pour les postes de responsabilité, on a l'impression qu'il y a des personnes irremplaçables, cela peut bien sûr avoir des conséquences sur le rendement ; il n'y a pas de sentiment d'appartenance fort parce que les chances ne sont pas partagées. » (Entretien avec M19)

Ensuite, nos répondants évoquent l'absence d'un système d'avancement connu par les médecins :

« Il n'y a pas de système d'évolution, euh, il y aurait des grades mais, je ne sais pas vraiment comment ça marche » (Entretien avec M12).

Cela leur donne l'impression de stagner d'autant plus que « la carrière est normalement perçue positivement dans la mesure où elle s'apparente à une trajectoire grâce à laquelle l'individu progresse régulièrement vers le haut de la hiérarchie » (Cadin et al. 2007). Cette situation renvoie en définitive l'image d'une organisation se souciant très peu ou pas de leur progression, de leur accomplissement et finalement de leur bien-être.

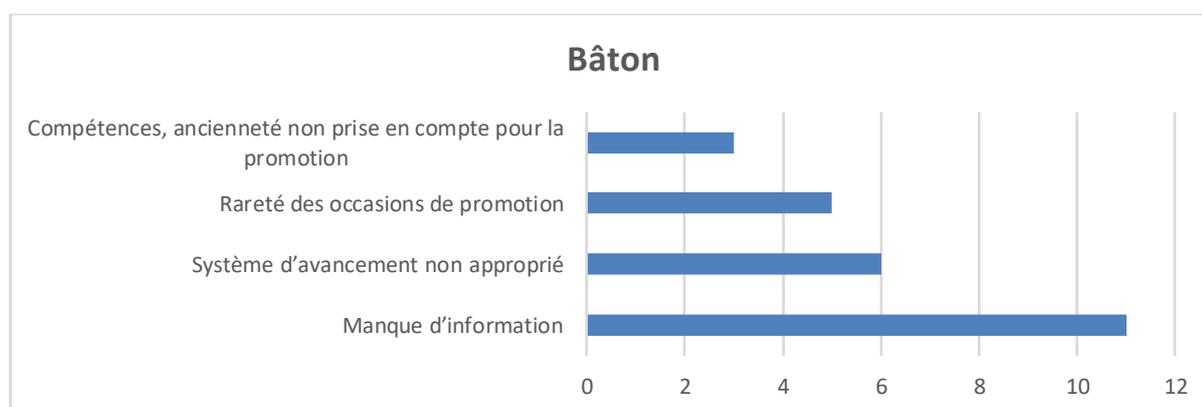
Enfin, ce manque de soutien se manifeste dans la manière dont sont accordées le peu de promotions notamment les nominations aux postes de responsabilité comme la direction d'un hôpital, d'une région sanitaire etc. En effet, il ressort de nos entretiens que ces nominations ne tiennent compte ni des mérites ni de l'expérience professionnelle, ni de l'ancienneté.

« La carrière d'un médecin est mal gérée, l'accès au poste de responsabilité ne tient pas compte de l'expérience » (Entretien avec M25)

L'intention de départ volontaire est liée aux aspects relatifs à la rémunération comme souligné dans la section précédente, mais à travers cette dimension, il est visible que les médecins perçoivent une forme de non reconnaissance de leur contribution et de leurs compétences qui pourraient être rétribuées également, selon eux, par l'avancement et la promotion. Cette absence de reconnaissance et de valorisation des contributions est matérialisée par le fait de ne pas considérer la notation ou l'évaluation ainsi que l'expérience professionnelle qui s'accroît avec l'ancienneté.

« Je ne vois aucun système d'évolution, les promotions se font sur des critères politiques, elles ne suivent pas des critères objectifs, c'est pour cela que je trouve que la solution est de tout faire pour quitter le secteur public » (Entretien avec M1)

Graphique 8 : Pratiques de gestion des carrières, le SOP et l'intention de départ volontaire



Source : Enquête du terrain, mars 2021

Le graphique ci-dessus permet de visualiser les liens faits par nos répondants entre les différentes représentations évoquées.

Cette manière de faire explicitée ci-dessus donne l'impression aux médecins que leurs efforts et leurs contributions ne sont ni reconnues ni valorisés. Selon les apports de la théorie du soutien organisationnel (Eisenberger et al. 1986), cela entraînerait un manque de soutien perçu. En effet cette théorie défend la thèse selon laquelle lorsque les salariés considèrent qu'à travers ce que fait l'organisation, elle se préoccupe de leur bien-être, reconnaît, valorise et récompense leurs contributions, ils y perçoivent du soutien de la part de leur organisation.

3.2. Le SOP des pratiques de GRH et l'implication organisationnelle affective.

L'absence de SOP des pratiques de GRH précédemment esquissée amène la majorité des médecins de notre échantillon à considérer le secteur public comme étant un secteur dans lequel « on ne souhaite pas travailler » car jugé non attractif, une organisation dans laquelle ils ne sont pas fiers de travailler.

« Non, le secteur public n'est pas attractif. La principale raison c'est le bas niveau de salaire, les médecins sont mal payés par rapport aux infirmiers. La preuve c'est qu'il y a beaucoup de médecins qui ont fini mais qui sont allés ailleurs. Il n'y a pas de médecins fiers de travailler dans le secteur public je pense. Même ceux qui restent, c'est par manque d'opportunité » (Entretien avec M14)

On retrouve ici un exemple de représentation contraire à un des aspects de l'attachement affectif à l'organisation : la fierté d'appartenir à une organisation considérée comme un des éléments par lesquels on peut mesurer l'implication organisationnelle affectif (Meyer et Allen, 1997)

Qui plus est, quand on leur demande en conclusion de ce qu'ils pensent globalement de l'offre de pratique de GRH en vigueur dans leur organisation, on relève dans la plupart des entretiens la frustration et l'insatisfaction.

« Si on pouvait au mois reconnaître les efforts que nous fournissons, personne ne se plaindrait, nous sommes dégoûtés ! » (Entretien avec M13)

Il est évident que l'absence d'attachement serait le résultat d'un effet de synergie des perceptions à l'égard des trois pratiques de GRH. En effet, quand ils s'expriment sur l'attractivité du secteur public, ils justifient clairement la non attractivité du secteur par les trois pratiques de GRH (pratiques de formation, de gestion de carrières et de rémunération) et

reviennent systématiquement sur le fait qu'ils restent dans l'organisation parce qu'ils n'ont pas d'autres choix.

« Il n'est pas du tout attractif à cause des bas niveaux de salaires qui ne permettent même de joindre les deux bouts du mois, une gestion du temps qui ne permet pas de concilier la vie privée et la vie professionnelle, une gestion des carrières floue, on ne valorise pas les compétences, le mérite et l'ancienneté. » (Entretien avec M11)

Ces différentes réponses des interviewés expliquent les raisons de la non attractivité du secteur de la santé au Mali.

En nous basant sur la définition de Meyer et Allen (1991) soulignant que « l'implication affective fait référence à l'attachement émotionnel de l'employé, à son identification et à son engagement envers l'organisation » et que « les employés manifestant une forte implication affective restent dans l'organisation parce qu'ils le veulent », il est clair que le contenu des représentations de nos répondants décrit clairement une relation d'emploi nettement loin de celle qui serait caractérisée par un fort attachement émotionnel.

« Je serais très content de passer le reste de ma carrière dans cette organisation » ; « Je ne pense pas pouvoir m'attacher aisément à une autre organisation de la même manière que je le suis envers celle-ci. » ; « Je me sens émotionnellement attaché à cette organisation » ; « Je suis fier d'appartenir à cette organisation ».

A ce niveau d'analyse, les précédents résultats permettent de comprendre par quel mécanisme l'offre des pratiques de GRH dans l'organisation étudiée affecte l'attachement émotionnel des médecins à leur organisation. C'est en effet à travers l'impression que l'organisation ne se préoccupe pas de développement professionnel et personnel et la conviction exprimée dans leurs représentations que l'organisation ne reconnaît pas, ne valorise pas et ne récompense pas à juste titre leurs contributions que les pratiques de gestion des carrières et de rémunération peuvent exercer une influence négative sur leur attachement affectif à leur organisation. Ici, le rôle médiateur du SOP peut être envisagé.

Conclusion

L'objectif principal de cette recherche était de répondre à la question centrale constituant notre problématique de recherche : « Des pratiques de GRH peuvent-elles exercer une influence sur la fidélité des employés à leur organisation ? ». Cette recherche permet de répondre à cette question par l'affirmative et apporte un éclairage sur le mécanisme par lequel

passé cette influence. Nous allons présenter successivement les contributions théoriques de ce travail, ses implications managériales, ses limites ainsi que les perspectives de recherche qui en découlent.

□ Apports théoriques de l'étude

Les apports théoriques de notre travail de recherche peuvent être globalement résumés en quelques points. Premièrement, notre recherche enrichit les connaissances concernant l'influence des pratiques de GRH sur les attitudes et les comportements à travers lesquels peuvent se manifester la fidélité d'un employé à l'égard de son organisation et apporte une contribution à la littérature sur la capacité de la théorie de l'échange social (Blau, 1964) à expliquer la relation entre l'organisation et ses employés.

Le deuxième apport, cette recherche apporte un certain éclairage sur le rôle du management des RH dans la problématique de fidélisation des ressources humaines pour la santé et cela représente une contribution qui pourrait dépasser le seul cas du Mali.

Concernant l'influence des pratiques de GRH sur la fidélité des employés, notre recherche confirme, d'une part, les considérations théoriques des travaux sur le SOP (Eisenberger et al., 1986 ; Eisenberger et Stiglbauer, 2011) selon lesquelles les employés exprimant un fort soutien organisationnel sont motivés pour adopter des attitudes positives envers l'organisation. En établissant, dans le contexte hospitalier malien, l'existence du rôle médiateur des perceptions de soutien organisationnel dans l'influence des pratiques de GRH sur la dimension attitudinale de la fidélité organisationnelle, notre recherche apporte une contribution de plus aux travaux démontrant la capacité de la théorie de l'échange social (Blau, 1964) à expliquer la relation employé-organisation (Cropanzano et Mitchell, 2005 ; Nasr, El Akremi et Vandenberghe, 2009, Paillé, 2010) et la solidité de cette théorie dans la mesure où elle considère les pratiques de GRH comme un investissement dans cette relation d'échange social (Zhang et al., 2000 , Gould-Williams et Davies, 2005; Tremblay et al. , 2010; Snape et Redman , 2010; Cheng 2014, etc.).

Globalement, notre recherche apporte une contribution allant bien au-delà du seul cas du Mali car l'instabilité de la relation d'emploi dans le secteur de la santé a pris l'allure et l'importance d'une crise sur le plan mondial. Concrètement, notre travail apporte un **éclaircissement sur le rôle du management des RH à la résolution de la crise des ressources humaines pour la santé** dans le monde (OMS, 2006). L'apport majeur de cette recherche est d'avoir montré, d'une part, dans quelle mesure les pratiques organisationnelles constituent un élément

explicatif de l'intention de départ volontaire et l'attachement affectif des soignants à l'égard de leur organisation en soulignant le rôle des signaux de soutien renvoyés par ces pratiques.

Dans cette perspective, notre recherche contribue au dépassement des explications existantes majoritairement limitées à l'explication de l'émigration des professionnels de santé par des arguments de nature purement économiques. Cette contribution constitue une invitation à questionner le management des RH dans les établissements sanitaires du secteur public au Mali et, plus largement, en Afrique subsaharienne, partie du monde la plus touchée par la pénurie des ressources humaines pour la santé.

□ Implications managériales de la recherche

En plus des différentes contributions théoriques, notre recherche fournit des indications importantes sur le plan pratique. En effet, en tenant compte de nos résultats, certaines actions peuvent être envisagées sur le plan managérial. Il s'agit concrètement de ce que peut faire l'organisation concernant les pratiques de GRH pour agir sur l'intention de départ volontaire et l'implication organisationnelle affective.

« Se servir des pratiques de GRH comme leviers d'action pouvant permettre à l'organisation de réduire l'intention de départ volontaire des médecins et d'accroître leur attachement affectif à son égard. Concrètement, l'organisation gagnerait à repenser et à enrichir les pratiques de GRH de telle sorte qu'elles renvoient des signaux de soutien organisationnel fort qui, à leur tour, vont renforcer l'attachement du médecin à son égard et amenuiser son intention de la quitter volontairement.

Sur le plan managérial, les résultats de cette étude indiquent que l'organisation étudiée peut « se servir des pratiques de GRH comme leviers d'action lui permettant d'agir sur l'implication organisationnelle et l'intention de départ volontaire des médecins ». Comme les pratiques de GRH renferment une fonction de communication (Bowen et Ostroff, 2004), il est nécessaire que ces pratiques soient enrichies de telle sorte que le message communiqué soit persuasif pour influencer les attitudes et les comportements des employés (White et Bryson, 2013).

Dans les hôpitaux du secteur public au Mali, les pratiques de GRH devraient ainsi être repensées, conçues et enrichies de telle manière que le SOP par les médecins soit plus fort afin d'améliorer davantage l'implication organisationnelle affective et d'amenuiser davantage l'intention de départ volontaire. Concrètement, cette organisation gagnerait à repenser et enrichir les pratiques de rémunération, de gestion de carrières et de formation de telle manière

qu'elles puissent renvoyer des signaux forts de soutien organisationnel qui à leur tour contribuent de façon considérable à réduire l'intention de départ volontaire et à augmenter l'attachement affectif des médecins à l'égard de l'organisation.

Concernant les pratiques de rémunération, l'organisation étudiée pourrait agir sur le niveau de salaire considéré comme très bas et sur l'ensemble de la politique de rétribution globale de telle sorte que les médecins puissent considérer que l'organisation pense à leur bien-être professionnel, qu'ils y perçoivent une forme de reconnaissance, de valorisation et de récompense de leurs contributions. Quant aux pratiques de gestion des carrières, l'action consisterait à faire en sorte qu'elles offrent des possibilités d'avancement et de progression et qu'elles élargissent la palette des opportunités de promotion.

Tous ces dispositifs gagneraient à être pensés de manière à traduire la volonté de l'organisation de reconnaître, de valoriser et de récompenser les contributions des médecins.

Cela passerait par exemple par la prise en compte de l'ancienneté et des compétences lors des affectations à des postes de responsabilité ou lors des occasions de promotion. Même si les pratiques de formation n'ont pas d'effets significatifs sur le SOP lorsqu'elles sont analysées conjointement avec les deux autres pratiques (rémunération et gestion des carrières), les analyses ont montré qu'elles peuvent exercer des effets significatifs lorsqu'elles sont prises toutes seules. Cela implique que ces pratiques ne devraient en aucune manière être négligées. De façon plus précise, une action importante sur l'offre de formation considérée comme insuffisante dans cette organisation pourrait donner l'impression d'une volonté de l'organisation de contribuer au développement des compétences et partant au développement personnel des médecins et de renforcer le lien existant entre les pratiques de formation et le SOP.

Les limites et les perspectives de recherche.

En dépit de ces apports, cette recherche a certaines limites qu'il convient d'évoquer et qui nous ouvrent pour certaines, des perspectives de recherches qui vont être mentionnées ci-dessous.

Les limites de cette recherche

La principale limite concerne les facteurs contextuels de l'organisation notamment (facteur socio-économique, équipements, environnement de travail..., qui nécessitent d'attention particulière.

Par conséquent, ces facteurs feront l'objet d'une recherche ultérieure soit par voie d'article ou de communication ou tout simplement d'une recherche poussée d'autres chercheurs.

Les perspectives de recherche

Concernant les perspectives de recherche, quatre axes peuvent être envisagés afin de prolonger cette recherche.

Etant donné que la problématique traitée ne concerne que le seul cas du Mali, il serait à ce titre intéressant d'élargir l'investigation à d'autres pays d'Afrique subsaharienne de niveau de développement comparable avec celui du Mali. Cette étude pourrait enrichir davantage l'état de connaissance sur le rôle du management des ressources humaines dans la résolution de la crise des ressources humaines dans le secteur de la santé dans le monde et en Afrique subsaharienne en particulier

Dans la mesure où cette thèse est focalisée sur les effets de médiation, l'examen de l'influence que peuvent avoir les variables tels que l'âge, l'ancienneté et le poste occupé dans l'explication des relations causales semble opportun. En effet, par les tests de médiation, cette recherche a répondu uniquement à la question des mécanismes par lesquels les effets des variables indépendantes sur la variable dépendante ont lieu. Il conviendrait donc de s'interroger sur le moment où ces effets ont lieu en s'intéressant aux variables modératrices ci-haut évoquées.

Concernant la relation d'emploi dans le secteur de la santé, la performance du médecin, que cela soit la performance dans le rôle et/ou la performance contextuelle, n'est pas associée aux signaux de soutien renvoyés par les pratiques organisationnelles (pratiques de GRH). Rappelons que les propositions concernant ces liens avaient été formulées à l'issue de la revue de la littérature et que les résultats de l'étude qualitative exploratoire n'avaient fourni aucun élément permettant d'établir ou de rejeter ces propositions dans le cadre de la recherche.

Même si l'absence de liens significatifs vient soutenir les analyses effectuées lors de l'étude qualitative exploratoire, deux questions sont restées sans réponses au terme de cette recherche :

Comment expliquer l'absence de relation entre la performance individuelle du médecin et les signaux de soutien renvoyés par les pratiques organisationnelles alors que la revue de la littérature établit l'existence de cette relation sur le plan théorique ?



Peut-on expliquer cette absence par la valorisation du métier de soignant, de la noblesse du métier au détriment de la qualité de la relation d'emploi comme le laissent sous-entendre par ailleurs certains verbatim ? Répondre à cette question reviendrait à s'interroger finalement sur les véritables prédictors de la performance individuelle au travail dans le métier de soignant en général et en particulier dans celui du médecin.

BIBLIOGRAPHIE

- Beer, M., Spector, B., Lawrence, P. R., Mills, D. Q., et Walton, R. E. (1984). *Gestion des actifs humains : le programme commercial révolutionnaire de Harvard*. New York/Londres.
- Becker, B. E., Huselid, M. A., Becker, B. E., et Huselid, M. A. (1998). *Système de travail à haute performance et performances des entreprises. Synthèse des recherches et implications managériales*. Dans *Recherche en Gestion du personnel et des ressources humaines*.
- Brabet, J. (1988). Faut-il encore parler d'approche qualitative et d'approche quantitative?. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 3(1), 75-89.
- Bowen, D. E., et Ostroff, C. (2004). Understanding HRM–Firm Performance Linkages: The Role of the “Strength” of the HRM System. *Academy of Management Review*, 29(2), 203–221.
- Cadin L., Guerin F., Pigeyre F., (2007), *Gestion des ressources humaines : Pratique et éléments de théorie*, Collection Gestion Sup., Éditions Dunod, Paris, 3e éd., 622 p
- Chaminade, B. (2010). *Attirer et fidéliser les bonnes compétences: créer votre marque d'employeur*, Paris, Afnor Editions, 336p.
- Eagly, A. H., et Chaiken, S. (1993). *La psychologie des attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- El Akremi, A. (2005). Chapitre 12. Analyse des variables modératrices et médiatrices par les méthodes d'équations structurelles. *Méthodes et Recherches*, 325-348.
- Fabi B. et al. (2014), « L'influence des systèmes de travail haute performance sur la satisfaction au travail, l'engagement organisationnel et l'intention de quitter ». In Paillé (dir), *Attirer, retenir et fidéliser les ressources Humaines*. , Laval, PUL, Québec p.117-133
- Fabi, B., Lacoursière, R., et Raymond, L. (2011). Processus de fidélisation des employés: une analyse structurelle de certaines variables sous-jacentes. P. Paillé (Éd.), *La fidélisation des ressources humaines: Approches conceptuelles et recherches empiriques*, 213-234.
- Fabi, B., Lacoursière, R., Morin, M., et Raymond, L. (2009). Pratiques de gestion des ressources humaines et engagement envers l'organisation. *Gestion*, Vol. 34(4), 21–29.
- Fabi, B., Lacoursière, R., Raymond, L., et St-Pierre, J. (2010). Capacités de GRH et productivité des PME industrielles: une perspective contingente. *Management et Avenir*, (9), 110-123..
- Fabi, B., Lacoursière, R., Vallée, A., et Gélinas, C. (2006). Recension internationale des pratiques de GRH utilisées à des fins d'attraction, de satisfaction et de fidélisation de la main d'œuvre, rapport de recherche-action. *Emploi-Québec Mauricie*.
- Frehywot, S., Mullan, F., Payne, P. W., et Ross, H. (2010). Programme de service obligatoire pour le recrutement des agents de santé dans les zones rurales et éloignées : est-ce efficace ? *Bulletin de l'organisation mondiale de la santé*, 88(5), 364-370.

Dal Poz, M. R., Gupta, N., Quain, E., Soucat, A. L., et World Health Organization. (2009). *Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé comprenant des applications spécialement adaptées aux pays à revenu faible ou intermédiaire*.

Organisation mondiale de la santé. (2014). Une vérité universelle : pas de santé sans personnel. Alliance mondiale pour les personnels de santé. Organisation mondiale de la santé.

Truth, A. U. (2013). Pas de santé sans main d'œuvre. Organisation mondiale de la santé. Rapport.

Höfle, K. (2011). 13. La crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH. In *Santé internationale* (pp. 201-206). Presses de Sciences Po (PFNSP).

Kerouedan, D. (2009), « De plus en plus de malades et de moins en moins de soignants : la crise des ressources humaines du secteur de la santé en Afrique », *J.Afr.Cancer*, 2009, p.115.122. Serneels, P., Montalvo, J. G., Pettersson, G., Lievens, T., Butera, J. D., et Kidanu, A. (2010).

Allen, D. G., Shore, L. M., et Griffeth, R. W. (2003). Le rôle du soutien organisationnel perçu et des pratiques de ressources humaines favorables dans le processus de rotation du personnel. *Journal of Management*, 29(1), 99-118.

Ansari, N. G. (2011). Perception des pratiques de GRH par les employeurs : Impact sur l'engagement envers l'organisation. *Revue Sud-asiatique des managers*, 18(3), 122

Arcand, M., Arcand, G., Bayad, M., et Fabi, B. (2004). Gestion stratégique des ressources humaines et performance de la firme: une validation de l'approche de la contingence. *Revue internationale des relations de travail*, 2(2), 14-25.

Arthur, J. B. (1994). Effets des systèmes de ressources humaines sur la performance et la rotation du personnel dans le secteur manufacturier. *The Academy of Management Journal*, 37(3), 670-687.

Becker, B., et Gerhart, B. (1996). L'impact de la gestion des ressources humaines sur la performance organisationnelle. Progrès et perspectives. L'Académie des gestionnaires. *Journal*, 39(4), 779-801.

Becker, H. S. (1960). Note-t-on the concept of commitment. *American journal of Sociology*, 66(1), 32-40.

Bentler, P. M. (1990). Indices d'ajustement comparatif dans les modèles structurels. *Psychological bulletin*, 107(2), 238.

Blau, P. M. (1964). *Echange et pouvoir dans la vie sociales*. transaction publishen.

Bluedorn, A. C. (1982). A unified model of turnover from organizations. *Human relations*, 35(2), 135-153.

Borman, W. C., et Brush, D. H. (1993). De nouveaux progrès vers une taxonomie exigences de performance managériale. *Human Performance*, 6 (1), 1.

Bryman, A. B., et Robert, G. (1999). *Recherche qualitative* (No. 300.18 QU3).



Chrétien, L., Arcand, G., Tellier, G., et Arcand, M. (2005). Impacts des pratiques de gestion des ressources humaines sur la performance organisationnelle des entreprises de gestion de projets. *Revue Internationale Sur Le Travail et La Société*, 3(1), 107–128.

Bauer, T. N., Maertz Jr, C. P., Dolen, M. R., et Champion, M. A. (1998). Evaluation longitudinale des réactions des candidats aux tests d'embauche et au retour d'information sur les résultats des tests. *Journal of applied Psychology*, 83(6), 892.

Colle, R., Cerdin, J. L., et Peretti, J. M. (2005). La fidélisation des salariés par l'entreprise à la carte. *Revue de gestion des ressources humaines*, (55), 2-21.

Lucas, A. O. (2005). Ressources humaines pour la santé en Afrique. Une meilleure formation et des politiques nationales fermes pourraient permettre de gérer les problèmes de santé du cerveau. *BMJ : British Medical Journal*, 331(7524), 1037-1038.

McCusker, D., et Wolfman, I. (1998). La loyauté aux yeux des employeurs et des employés. *Workforce*, 12-14.

Dutot, C. (2004). *Contribution aux représentations de la fidélité des personnels à l'entreprise : éléments de convergence et de divergence entre ouvriers et employeurs. Le cas de deux industries métallurgiques du Pays de Retz*, Thèse de doctorat, IAE de Poitiers, 2004.

Colle, R. (2006). L'influence de la GRH à la carte sur la fidélité des salariés: le rôle du sentiment d'auto-détermination. Thèse de *Doctorat en sciences de gestion*, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

Chan, L., Arunachalam, S., et Kirsop, B. (2010). Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 88, 1-1.
(<http://cdrwww.who.int/bulletin/volumes/88/5/10-078477/fr/>)

Allen, D. G., Shore, L. M., et Griffeth, R. W. (2003). Le rôle du soutien organisationnel perçu et des pratiques de ressources humaines favorables dans le processus de rotation du personnel. *Journal of Management*, 29(1), 99-118.

Ansari, N. G. (2011). Perception des pratiques de GRH par les employeurs : Impact sur l'engagement envers l'organisation. *Revue Sud-asiatique des managers*, 18(3), 122.

Wright, P. M. (2008). *Human resource strategy: Adapting to the age of globalization*. Alexandria, VA: SHRM Foundation.

Wright, P. M., et McMahan, G. C. (1992). Theoretical Perspectives for Strategic Human Resource Management. *Journal of Management*, 18(2), 295–320.