



HAL
open science

Reconnaissance au travail et comportements discrétionnaires : comportement d'entraide et comportement d'innovation auprès du personnel infirmier tunisien

Amina Amri

► **To cite this version:**

Amina Amri. Reconnaissance au travail et comportements discrétionnaires : comportement d'entraide et comportement d'innovation auprès du personnel infirmier tunisien. Gestion et management. Université de Limoges; Université de Tunis. Institut supérieur de gestion (Tunisie), 2016. Français. NNT : 2016LIMO0047 . tel-01417366

HAL Id: tel-01417366

<https://theses.hal.science/tel-01417366>

Submitted on 15 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE LIMOGES
Institut d'Administration des Entreprises de Limoges

UNIVERSITE DE TUNIS
Institut Supérieur de Gestion de Tunis

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN SCIENCES DE
GESTION

Option : Gestion des Ressources Humaines

Reconnaissance au travail et comportements discrétionnaires :
comportement d'entraide et comportement d'innovation auprès du
personnel infirmier Tunisien

Présentée et soutenue publiquement le 5 Octobre 2016 par :

Amina AMRI

Jury :

Co-directeurs de recherche :

Monsieur Ahmed BEN HAMOUDA	Professeur, Université de Tunis
Monsieur Alain RIVET	Maitre de conférences HDR, Université de Limoges
Madame Audrey BECUWE	Maitre de conférences, Université de Limoges

Rapporteurs :

Madame Patricia DAVID	Professeur Emérite, Université de Lyon
Monsieur Thierry JOLIVET	Professeur des Universités, Université du Mans

Suffragants

Monsieur Jean Charles MATHE	Professeur Emérite, Université de Limoges
Madame Lamia HECHICHE SALAH	Professeur agrégé, Université de Tunis
Monsieur Daniel BONNET	Consultant chercheur associé à l'ISEOR, Université de Lyon

Année universitaire : 2015/2016

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur »

A la mémoire de mon père

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à exprimer mes vifs remerciements à mes directeurs de recherche, Monsieur Alain Rivet, Monsieur Ahmed Ben Hamouda et Madame Audrey Becuwe qui m'ont fait l'immense honneur de bien vouloir diriger ce travail de recherche. Je leur suis infiniment reconnaissante pour leur engagement, leur disponibilité et leur soutien perpétuel. Toutes leurs qualités humaines et académiques ont grandement contribué à arriver au bout de cette thèse dans de bonnes conditions.

Je remercie Madame le professeur Patricia David et Monsieur le professeur Thierry Jolivet qui ont accepté de rapporter sur ma thèse. Je remercie Madame Lamia Hechiche Salah, Monsieur Daniel Bonnet et Monsieur Jean Charles Mathé d'avoir pris sur leur temps pour participer à ce jury et je les remercie pour l'intérêt qu'ils ont manifesté pour ce travail de recherche et pour avoir accepté de l'évaluer.

Ma reconnaissance va également à tous les infirmiers qui m'ont accordé leur confiance et qui ont consacré du temps pour me fournir les réponses nécessaires à mes questions.

Un grand merci à Monsieur Zouhair Nasri, Madame Hanifa Gharbi, Monsieur Laaroussi Zouaoui et Monsieur Mehrez Arfaoui pour leur soutien, leurs recommandations ainsi que l'accueil qu'ils ont su réserver à ma démarche empirique.

A toutes ces personnes je leur exprime ma gratitude pour toutes les informations pertinentes aux quelles j'ai pu accéder et qui ont grandement concouru à l'enrichissement de ce travail de recherche.

Durant toutes ces années, j'ai été bien entourée par ma sœur et mes amis qui n'ont jamais cessé de m'encourager et de me remonter le moral dans les moments de doute. Un grand merci à tous.

Pour finir, j'exprime en particulier toute ma gratitude à ma mère qui représente ma principale source de motivation. Je la remercie avec grande émotion pour sa présence, son soutien et ses encouragements sans lesquels cette thèse n'aurait probablement jamais abouti.

Sommaire

Introduction générale.....	1
Première partie: Fondements théoriques et modèle de recherche.....	12
Chapitre 1 : La reconnaissance au travail et ses pratiques	13
Section 1 : La reconnaissance au travail : De la lutte pour la reconnaissance à l'importance du travail.....	14
Section 2: La reconnaissance au travail : entre identité professionnelle et évaluation au travail	21
Section 3 : Les pratiques de reconnaissance : une catégorisation en fonction des approches conceptuelles	29
Chapitre 2 : Comportements discrétionnaires : vers un éclairage théorique du comportement d'entraide et du comportement d'innovation	44
Section 1 : Le comportement d'entraide : Spécificités d'un comportement de citoyenneté organisationnelle	46
Section 2 : Le comportement d'innovation	59
Chapitre 3 : La reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : particularités pour le personnel infirmier	71
Section 1 : La reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : Repérage des liens	72
Section 2 : Formulation des hypothèses et modèle de recherche	85
Deuxième partie: Méthodologie et résultats.....	97
Chapitre 4 : Du questionnement au terrain : Options méthodologiques et démarche de recueil des données	98
Section 1 : Options épistémologiques et justification du choix de la population d'investigation.....	99
Section 2 : La méthodologie de recherche qualitative : De la démarche de collecte des données à la méthode d'analyse de contenu.....	123
Section 3 : Démarche générale de l'étude quantitative	136
Chapitre 5: Analyse des résultats qualitatifs.....	154
Section 1 : Les formes de reconnaissance appliquées au personnel infirmier : Le bilan.....	155
Section 2 : Les comportements d'entraide et la reconnaissance au travail : vers quels liens pour le personnel infirmier ?.....	169

Section 3 : Les comportements d'innovation des infirmiers : Importance ou insignifiance de la reconnaissance au travail.....	184
Chapitre 6 : Résultats de l'étude quantitative et discussion des résultats	197
Section 1: Analyse des qualités psychométriques des instruments de mesure	198
Section 2 : Test des hypothèses et du modèle de recherche	216
Section 3 : Discussion des liens entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires.....	231
Conclusion générale	245
Bibliographie.....	255
Liste des tableaux.....	287
Liste des figures.....	289
Annexes.....	290
Table des matières	327

Introduction générale

La profession infirmière qui prend naissance vers la fin du XVII^{ème} siècle suite à la disparition des religieuses n'a pas cessé de s'affirmer depuis la laïcisation des soins (Gintz, 2014). L'infirmier qui était le subordonné obéissant du médecin est devenu son collaborateur. Son rôle ne se résume plus seulement « *à servir le malade en veillant constamment sur lui et tout ce qui l'entoure et principalement en secondant assidûment et docilement le médecin* » (Calbera, 2003, p.55) mais aussi à prendre des décisions et à s'opposer face aux médecins. Les infirmiers cherchent à s'affranchir des différentes tutelles religieuses et médicales en élaborant un champ de compétences qui leur soit spécifique et qui échappe au regard médical¹. Néanmoins, le progrès de la médecine et la multiplication des gestes techniques rendent le travail des infirmiers indispensable à celui des médecins. La complémentarité entre le travail des médecins et celui des infirmiers permettent de qualifier le travail infirmier comme étant aussi noble que celui exercé par le médecin.

L'Organisation mondiale de la santé définit l'infirmier comme étant « *une personne qui a suivi une formation de base en soins infirmiers, qui est autorisée dans son pays à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes* » (Chaves, 2003, p3). Le travail des infirmiers ne se réduit pas à présenter des soins aux patients mais aussi à prendre soin d'eux. Le conseil international des infirmiers définit les soins infirmiers comme étant « *les soins prodigués de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tout âge, aux familles, communautés, malades ou bien portants. Ils englobent dans le même ordre d'idée, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées ou mourantes* » (Buchan et Calman, 2006, p 9).

Les infirmiers assistent quotidiennement les patients, ils exercent un ensemble de tâches quotidiennes qui exigent une certaine distanciation ainsi qu'une disposition permanente. Ces tâches caractérisent la pénibilité du métier d'infirmier puisqu'elles sont présentées dans une

¹ Source : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>
consulté le 12/02/2016 (non reprise en bibliographie)

atmosphère où l'infirmier est en contact permanent avec la mort, les gardes de nuit récurrentes qui exposent leurs organismes à une alternance jour et nuit les plaçant ainsi dans l'incapacité de réconcilier leur vie familiale et vie professionnelle (Hipwel et al, 1989 ; Tyler et al, 1991). Dans le même ordre d'idée, les infirmiers supportent le poids émotionnel inhérent aux revendications des parents des patients en termes d'informations, réconfort et assurance (Freschwater et al, 2004 ; Mc Queen, 2004). Ils doivent collaborer avec leurs collègues pour s'adapter aux moyens dont ils disposent afin de répondre aux obligations des résultats exigés par leur supérieur hiérarchique.

Ces conditions de travail caractérisées par une surcharge de travail exorbitante ne sont pas reconnues à leur juste valeur. En France, le besoin de reconnaissance fait consensus auprès du personnel infirmier puisque « *malgré la création du « rôle propre » en 1978 et la légalisation du diagnostic infirmier en 1993, on peut s'étonner...de la persistance du sentiment de non reconnaissance chez les professionnels infirmiers* »². En ce qui concerne le personnel infirmier Tunisien auquel nous nous limitons dans le cadre de notre recherche, le besoin de reconnaissance a fait l'objet de plusieurs grèves.

En 2015, la Tunisie a vécu trois grèves générales qui se sont succédées durant les mois d'Avril, Mai et Juin, et qui ont duré au total 7 jours. Ces grèves n'ont non seulement fait encaisser à l'Etat Tunisien, une perte de 3500000³ dinars Tunisiens, mais ont aussi entravé l'accès des citoyens aux prestations sanitaires. Les revendications qui ont fait l'objet de ces grèves s'articulent essentiellement autour des primes du travail de nuit, de sécurité, de transport mais aussi de besoins de reconnaissance, de revalorisation et de dignité. Le ministère de la santé publique a certes pris un ensemble de mesures pour répondre à ces revendications mais les restrictions budgétaires imposées par l'Etat Tunisien le placent dans la difficulté de répondre aux besoins des infirmiers en termes d'augmentations salariales.

D'où l'intérêt de promouvoir la reconnaissance au travail sous ses différentes formes.

Intérêt de la reconnaissance au travail et des comportements discrétionnaires

Le travail représente l'un des sièges du sens existentiel (Morin, 1996) qui permet à l'individu d'assouvir ses besoins qui s'articulent autour de l'affirmation de son égalité fondamentale

² Source : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html> consulté le 15/04/2016(non reprise en bibliographie)

³ L'état Tunisien réalise une perte quotidienne de 500 mille dinars minimum par jour suite à une grève des hôpitaux, source : <http://www.webdo.tn/2014/09/23/greve-hopitaux-en-tunisie-perde-quotidienne-500-mille-dinars-minimum-selon-ministere-sante/> consulté le 16/04/2016 (non reprise en bibliographie).

comme étant un membre de la société ainsi que la réalisation de soi. La reconnaissance qui est indissociable du travail est « *plébiscitée quasi à l'unanimité par les salariés qui souffrent de deux maux récurrents : la surcharge de travail et la non reconnaissance au travail* » (Veron, 2013)⁴. Cet atout de taille que Veron (2013) qualifie de « *clé décisive pour sortir des crises économiques et sociétales* » représente un véritable enjeu de compétitivité pour les entreprises. Mettre en place des pratiques de reconnaissance pour gérer les ressources humaines se révèle dès lors indispensable pour marquer les contributions de chaque travailleur. La reconnaissance au travail personnalisée, attestée avec authenticité par les collaborateurs appartenant à tous les niveaux hiérarchiques permet aux salariés de se démarquer de leurs collaborateurs dans le contexte actuel qui place les ressources humaines des entreprises devant la nécessité de trouver des points d'ancrage et des significations personnelles pour baliser leur vie professionnelle (El Akremi et al, 2009 ; Laval, 2011).

Force est de constater que la reconnaissance au travail est au cœur des préoccupations des salariés et pourtant ce concept est émergent en sciences de gestion (Fall, 2015 ; Roche, 2014). Cette émergence est inhérente à la remise en question du système traditionnel de rémunération. Ce dernier est selon Laval (2011) en crise car il encourageait différemment les employés les plus performants à travers une approche exclusivement pécuniaire et ne permet pas de refléter équitablement les efforts concrètement fournis au travail. Les travailleurs mal payés se sentent exploités à partir du moment où les comparaisons qu'ils effectuent avec d'autres collègues qui accomplissent le même travail qu'eux sont à leur désavantage dans le sens où ils perçoivent qu'ils sont moins payés qu'eux. Ces inégalités économiques perçues comme étant injustes sont le reflet d'un ensemble d'attentes qui ne sont pas à la hauteur des résultats et intensifient le mal être au travail qui selon Dubet (2007) est assouvi par la reconnaissance au travail.

Par ailleurs, la direction de l'entreprise considère que la reconnaissance au travail est facultative. Elle est perçue par les supérieurs hiérarchiques comme étant dévalorisante de leur statut car ils vont se rabaisser au statut de leurs subordonnés pour l'attester. Dans le même ordre d'idée, ils la perçoivent comme étant non utile vu le fait qu'elle n'est pas une exigence du contrat de travail (Laval, 2011). Paradoxalement, les salariés ont un besoin permanent de reconnaissance suite à un malaise accru, persistant et conséquent à leur mise à l'épreuve

⁴ Source : http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2013/05/23/cercle_72897.htm consulté le 20/01/2016 (non reprise en bibliographie)

récurrente aux contraintes de flexibilité, mobilité et compétitivité. Le manque de reconnaissance ne fait qu'impacter négativement la productivité et la performance des travailleurs. Dès lors un conflit d'intérêt inhibiteur de la performance au travail s'instaure et impacte négativement les relations au travail puisque d'une part les employés ne sont pas satisfaits du manque de reconnaissance au travail et d'autre part, les dirigeants ne sont pas prêts à engager ce processus (Renault, 2007). La reconnaissance au travail revêt une grande importance pour le personnel de soin, particulièrement le personnel infirmier. Attestée par toute personne avec laquelle l'infirmier entre en contact, elle représente une série de comportements qui reconnaissent la performance des infirmiers ainsi que leurs réalisations (Blegen, 1992). Percevant qu'ils exercent une activité noble, reconnue et valorisée socialement, les infirmiers sont dès lors incités à adopter des comportements qui vont au-delà de l'appel du devoir, ne font pas l'objet de la description de l'emploi et ne sont pas définis dans le contrat de travail, à savoir les comportements discrétionnaires (Podsakoff et al, 2000 ; Guay et al, 2000). Ces comportements qui engendrent un ensemble d'avantages pour les entreprises notamment pour les structures de soin « *seraient d'autant plus désirables du point de vue de l'organisation qu'ils permettent d'accroître les ressources disponibles et qu'ils réduisent la nécessité d'établir des mécanismes de contrôle formels et coûteux* » (Guay et al, 2000, p.2).

Le comportement d'entraide et le comportement d'innovation représentent les deux comportements discrétionnaires adoptés dans le cadre de notre travail doctoral. L'orientation vers ce choix a été effectuée en fonction des raisons développées dans ce qui suit.

Le comportement d'entraide est perçu par les infirmiers comme faisant partie intégrante de leur rôle au travail et pourtant il ne constitue pas une exigence formelle dans la description de leur emploi d'où sa qualification de comportement discrétionnaire (Smith et al, 1983). Catégorisé comme un comportement de citoyenneté organisationnelle, le comportement d'entraide représente une coopération interpersonnelle, focalisée sur l'aide des collaborateurs (Podsakoff et al, 2000 ; Van Dyne et Lepine, 1998). Cette aide est présentée à partir du moment où elle est perçue nécessaire pour la personne à aider (Moorman et Blakely, 1995). La nature du métier d'infirmier octroie au comportement d'entraide une importance déterminante (Tonks et el, 2014). Dans l'objectif d'assister les patients à retrouver leur autonomie, les infirmiers sont appelés à s'entraider pour assurer une constante collaboration avec leurs collègues ainsi que leur supérieur hiérarchique avec les quels ils développent des relations interpersonnelles basées sur le partage et l'intégration des compétences. Toutefois, des conflits qui surgissent dans les milieux hospitaliers sont fréquents, inévitables et sont

vécus par les soignants comme des maux. Ils font l'objet de rivalités entre collègues, pressions de la part des supérieurs hiérarchiques et voire même d'humiliation de la part des patients. Les comportements d'entraide concourent à désamorcer ces conflits en incitant même les infirmiers à trouver des solutions innovantes. Les comportements d'innovation permettent non seulement de générer l'ensemble de ces solutions mais aussi de les appliquer. Le comportement d'innovation se réfère à l'ensemble des actions qui vont au-delà des attentes du rôle prescrit et ne sont pas directement ou explicitement reconnus par le système de récompense formelle (Katz, 1964). Ce comportement discrétionnaire se réjouit d'une importance déterminante pour les infirmiers de nos jours dans la dynamique des systèmes de soin de santé (Knol et Van Linge, 2008). Les infirmiers se trouvent dans une position unique de développer des solutions innovantes pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans un contexte mondial marqué par l'augmentation des dépenses de santé (Aiken et al, 2010). En adoptant des comportements d'innovation, les infirmiers modifient les routines qu'ils entreprennent au travail, font usage de nouveaux remèdes pour simplifier leur travail dans l'objectif d'améliorer le service fourni aux patients (Amo, 2006).

Le comportement d'entraide et le comportement d'innovation ne représentent pas des exigences du métier d'infirmier et pourtant ils permettent de générer un ensemble d'avantages aussi bien pour le personnel infirmier que pour les structures de soin. N'étant pas récompensés explicitement par les systèmes de rémunération formelle, la reconnaissance au travail présentée sous ses différentes formes prend dès lors tout son pouvoir d'inciter les infirmiers à les adopter. Partant de ces constats, l'objet principal de cette thèse est de comprendre dans quelle mesure la reconnaissance au travail peut contribuer à l'adoption des comportements discrétionnaires tels que le comportement d'entraide et le comportement d'innovation du personnel infirmier.

Objet de la recherche

Ce travail cherche à élucider la question principale de recherche qui s'énonce en ces termes :

<p>La reconnaissance au travail impacte-t-elle le comportement d'entraide et le comportement d'innovation ?</p>
--

Dans ce cadre, cette recherche est amenée à se poser plusieurs sous questions :

Sous quelles formes, la reconnaissance au travail se présente-t-elle ?, quelles sont les effets de ces différentes formes sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation ? Parmi les formes de reconnaissance au travail des infirmiers, quelles sont celles qui ont un impact plus important sur chacun des deux comportements discrétionnaires ?

A travers l'ensemble de ces interrogations, ce travail de recherche se propose d'apporter une contribution à la fois sur les plans théorique et managérial.

Sur le plan théorique, nous envisageons un double apport. Dans un premier temps, il s'agit d'apporter des enseignements additionnels autour de la question de la reconnaissance au travail et plus spécifiquement les différentes formes de reconnaissance qui rétribuent le travail du personnel infirmier. Certes, les infirmiers sont en lutte permanente de reconnaissance qu'ils revendiquent en permanence lors des grèves. Le besoin de reconnaissance inassouvi intensifie les maux de surcharge et de pénibilité au travail dont souffrent les infirmiers. Dans la même veine, cette recherche vise à explorer les formes de reconnaissance au travail spécifiques au travail du personnel infirmier dans un contexte Tunisien caractérisé par des restrictions budgétaires qui le placent dans des difficultés de répondre aux augmentations de salaire. Dans un premier temps, la présente thèse contribue à apporter des enseignements additionnels autour de la question des comportements discrétionnaires plus spécifiquement le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Certes, ces comportements ne constituent pas des exigences formelles du travail des infirmiers et pourtant ils génèrent un ensemble d'avantages pour les structures de soin. Aussi, cet objectif amène cette recherche à s'intéresser à l'adoption de ces comportements par les infirmiers au sein du contexte Tunisien. Dans un second temps, cette recherche, permet d'explorer le concept de la reconnaissance au travail qui représente une dimension peu explorée dans les recherches en sciences de gestion. Ce travail apporte des éclairages théoriques autour des différentes formes sous lesquelles se présente ce concept multidimensionnel difficilement saisissable. De même, ce travail doctoral contribue à l'exploration d'un cadre théorique inédit en saisissant d'une façon concrète via une étude sur le terrain menée auprès du personnel infirmier l'impact de la reconnaissance au travail sous ses différentes formes sur leurs comportements d'entraide et d'innovation.

Sur le plan managérial, cette recherche concourt à remplir un double objectif. Elle vise tout d'abord à sensibiliser les managers sur l'importance de la gestion du personnel soignant plus particulièrement les infirmiers en ce qui concerne les différentes formes de reconnaissance à mettre en œuvre pour les inciter à adopter des comportements qui d'une part ne sont pas

exigés formellement dans l'exercice quotidien de leur tâche et ne sont pas aussi rétribués par les pratiques de rémunération. Ensuite, cette thèse cherche à démystifier le concept de la reconnaissance au travail en mettant en exergue son importance pour le cas particulier du personnel infirmier qui exerce son travail dans des conditions particulières souvent qualifiées de pénibles. Dans le même ordre d'idée, ce travail cherche à mieux explorer l'expérience des infirmiers en proposant un ensemble de formes de reconnaissance qui incitent à l'entraide et l'innovation.

Positionnement épistémologique

Le positionnement épistémologique vise à clarifier la conception de la connaissance sur laquelle ce travail de recherche reposera et la valeur attendue des connaissances qui seront élaborées. Spécifier le positionnement adopté ainsi que les justifications apportées par cette étude sont déterminantes dans le sens où elles permettent de conférer une légitimité à ce travail ainsi qu'à son choix méthodologique.

Cette recherche explicite le phénomène relatif à la relation entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation auprès du personnel infirmier. Cette relation n'a pas fait l'objet d'études préalables dans des structures de soin en Tunisie. Ce qui a amené à mener une étude qualitative auprès des infirmiers qui travaillent dans trois hôpitaux afin de vérifier la pertinence du modèle de recherche et apporter un début de confirmation aux hypothèses émises. Puis, cette étude a été complétée par une étude quantitative afin de tester les hypothèses et valider le modèle de recherche. Pour ce faire, différents éléments des deux paradigmes constructiviste et positiviste ont été empruntés et qui ont concouru à adopter une position épistémologique intermédiaire associant le raisonnement inductif et déductif et qui est qualifié par Miles et Huberman (2010) de « positivisme aménagé ». Dans le cadre de cette recherche, la connaissance produite est de nature objective, l'objet de recherche a été observé sans pour autant en modifier la nature. Dans un premier temps, cette étude a mobilisé la littérature inhérente aux concepts de la reconnaissance au travail ainsi que celle des comportements discrétionnaires. Puis des entretiens semi directifs ainsi que des questionnaires ont été menés. L'interprétation des résultats est impactée par le contexte dans lequel les deux études ont été effectuées. Partant de ces constats, la nature de la connaissance générée est certes objective mais aussi contextuelle puisqu'elle ne peut pas être exploitée en toute neutralité lui permettant de ce fait, de s'inscrire dans un paradigme à la frontière des deux

paradigmes positiviste et constructiviste. Dans le même ordre d'idée, la rareté des recherches qui ont investigué ce lien laisse penser que la réalité existe mais qu'elle n'est pas assujettie à des lois invariables. Dans ce sens, elle peut être agencée par le biais des personnes, situations et interprétations (Miles et Huberman, 2010), d'où sa dépendance au sujet au sens du constructivisme. Ce qui justifierait d'autant plus ce positionnement intermédiaire adopté dans le cadre de cette recherche. Enfin, l'élaboration de la connaissance est effectuée dans un premier temps en découvrant les théories existantes pouvant appréhender les différents concepts de cette étude ainsi que les relations pouvant exister entre eux, ce qui correspondrait à une logique de raisonnement déductive. Dans un second temps, la connaissance est co-construite avec le personnel infirmier qui constitue la population de cette étude dont les propos ont été explorés via une démarche inductive. Partant de ces constats, la manière avec laquelle la connaissance est élaborée justifie le positionnement positiviste aménagé adopté dans le cadre de cette thèse.

Structuration de la thèse

Dans l'objectif de répondre à notre question centrale de recherche, cette thèse suit un schéma relativement classique constitué d'une analyse de la littérature, proposition d'un modèle de recherche, confrontation du modèle proposé au terrain, analyse des résultats et discussion. Pour ce faire, nous avons scindé notre travail en deux parties.

La première partie qui vise à répertorier les fondements théoriques et à proposer un modèle de recherche, permet notamment de spécifier le cadre théorique nécessaire à la compréhension des concepts mobilisés et s'articule autour de trois chapitres.

Le premier chapitre explore la reconnaissance au travail. Il présente la lutte pour la reconnaissance, met en exergue l'importance de la reconnaissance tout en soulignant qu'elle est indissociable du travail, de l'identité professionnelle ainsi que du processus d'évaluation. Il recense aussi les différentes définitions de la reconnaissance au travail, ses différentes pratiques à travers différentes approches pour enfin exposer les formes sous les quelles elle se présente en fonction de la source qui l'atteste. L'ensemble est destiné à mettre en lumière la reconnaissance au travail comme pratique efficace de gestion des ressources humaines.

Le deuxième chapitre s'intéresse aux comportements discrétionnaires en présentant les deux comportements retenus dans le cadre de cette recherche à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Dans ce cadre, ce chapitre s'organise autour de deux

sections. Il présente dans une première section le comportement d'entraide comme un comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers les autres. Il analyse également les différentes dimensions du comportement d'entraide dans l'objectif de mettre en exergue le pouvoir de ce comportement volontaire dans la résolution des conflits au travail. La seconde section de ce chapitre explicite le comportement d'innovation comme un comportement extra rôle basé sur la notion de nouveauté relative et s'articulant autour d'un ensemble d'actions discrétionnaires qui vont au-delà des attentes du rôle prescrit et qui concernent non seulement la production et la promotion des nouvelles idées mais aussi leur application.

Le troisième chapitre tente de repérer les liens entre la reconnaissance au travail et chacun des comportements discrétionnaires à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. L'analyse de ces liens a mobilisé la théorie de l'échange social. Toutefois, dans l'objectif d'explicitier ces liens auprès du personnel infirmier, une mise en lumière des spécificités des trois concepts dans le cadre du travail des infirmiers a été nécessaire. Les articulations entre la reconnaissance au travail et le comportement d'entraide ainsi que le comportement d'innovation sont par la suite argumentées par des hypothèses dont l'ensemble se manifeste par le modèle de notre recherche qui sera confronté aux spécificités du terrain de notre investigation.

La seconde partie consacrée à l'évaluation empirique du modèle construit présente la méthodologie ainsi que les résultats de la recherche et s'articule autour de trois chapitres

Le quatrième chapitre explicite l'option méthodologique, la démarche de recueil des données et présente les éléments justifiants le choix de la population de notre investigation. Cette thèse qui se positionne dans un paradigme positiviste aménagé mobilise une triangulation méthodologique pour confronter la question centrale de recherche à la réalité du terrain. La première étape de cette investigation empirique consiste en une étude qualitative conduite auprès de vingt infirmiers qui travaillent dans des hôpitaux publics à Tunis. Cette étude qui a pour objectif de mieux saisir les concepts mobilisés par la question de recherche tout en apportant un premier élément de réponse aux hypothèses de recherche, est complétée par une étude quantitative. Cette dernière a été menée auprès d'un échantillon plus large composé de 215 infirmiers qui travaillent dans des hôpitaux et cliniques implantées dans différentes régions de la Tunisie dans le but de tester les hypothèses émises. Ainsi, sont d'abord présentés la population de l'investigation empirique ainsi que les motifs qui sous tendent son choix. Ensuite, ce travail expose les démarches générales entreprises pour mener à bien nos études

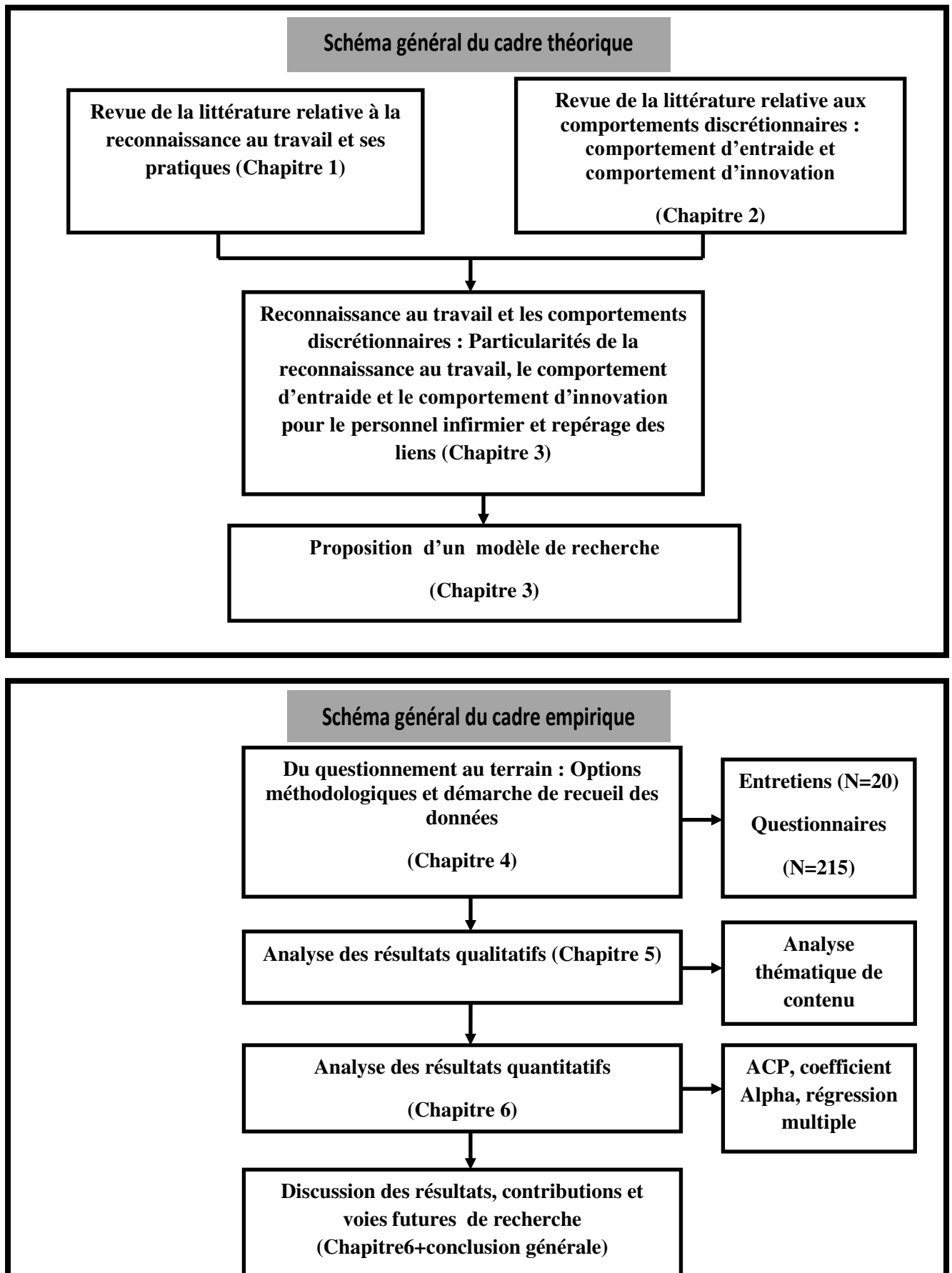
qualitatives et quantitatives en explicitant la mise en place des outils de collecte des données ainsi que les procédures d'analyse envisagées.

Le cinquième chapitre expose les résultats de l'analyse qualitative de contenu en déterminant le bilan des formes de reconnaissance appliquées au personnel infirmier. Aussi, ce chapitre se concentre spécifiquement sur le lien entre la reconnaissance au travail, le comportement d'entraide et le comportement d'innovation pour le cas particulier du personnel infirmier Tunisien.

Le chapitre six, d'inspiration quantitative, analyse la qualité psychométrique des échelles de mesure retenues pour mesurer la reconnaissance au travail et les deux comportements discrétionnaires. Pour ce faire, il présente la méthodologie poursuivie pour tester ces échelles, les résultats de l'analyse exploratoire ainsi que les tests de fiabilité pour chacune des échelles de mesure. Aussi, ce chapitre expose les résultats du test d'hypothèse via la méthode de régression multiple. Au regard des enseignements collectés, les résultats obtenus sur le lien de la reconnaissance au travail et chacun des comportements discrétionnaires seront discutés sur le plan conceptuel et confrontés aux résultats de l'étude qualitative tout en puisant dans les spécificités du personnel infirmier.

L'architecture de la thèse est présentée dans la figure 1

Figure 1 : Architecture de la thèse



Première partie : Fondements théoriques et modèle de recherche

Cette première partie composée de trois chapitres, répertorie les fondements théoriques nécessaires à la compréhension des concepts mobilisés à savoir la reconnaissance au travail, le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Ces concepts feront l'objet des deux premiers chapitres. Les liens entre eux donneront lieu à un modèle recherche. Il s'agit de l'objet du troisième chapitre.

Le chapitre 1 explore la reconnaissance au travail en mettant l'accent sur la lutte pour la reconnaissance afin de définir cette pratique de gestion des ressources humaines indissociable du travail, de l'identité professionnelle et du processus d'évaluation à travers différentes approches apportant ainsi un premier éclairage sur notre objet de recherche.

Le chapitre 2 fait une analyse des deux comportements discrétionnaires : le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Il expose notamment les dimensions du comportement d'entraide qui est catégorisé comme un comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers les autres (Organ, 1988, 1990). Il identifie aussi le comportement d'innovation comme étant l'ensemble des actions discrétionnaires (Katz, 1964) qui s'articulent autour de la création, l'introduction et l'application des idées nouvelles au travail (Janssen, 2000).

Le chapitre 3 repère et analyse les liens entre la reconnaissance au travail et chacun des comportements discrétionnaires en mobilisant la théorie de l'échange social. Il éclaire notamment ces liens en tenant compte des particularités du métier d'infirmier et propose de tester des hypothèses à partir desquelles un modèle de recherche a été constitué.

Chapitre 1 : La reconnaissance au travail et ses pratiques

Introduction

La reconnaissance et le travail sont deux thèmes indissociables dont la centralité de l'un dépend de celle de l'autre (Saint Onge et al, 2005). Selon le centre national des ressources (CNTRL), la reconnaissance représente « *l'action, le fait de reconnaître, identifier quelqu'un ou quelque chose en témoignage de gratitude* »⁵. Le travail représente l'un des sièges du sens existentiel (Morin, 1996) qui permet à l'individu d'assouvir ses besoins qui s'articulent essentiellement autour de l'affirmation de son égalité fondamentale comme étant un membre de la société ainsi que la réalisation de soi. D'où la nécessité de reconnaître le travail dans le contexte actuel d'exigence et le caractère flou des repères individuels et collectifs qui amplifiés par la perte des traditions, placent l'individu devant la nécessité de trouver des points d'ancrage et des significations personnelles pour baliser sa vie (El Akremi et al, 2009). Appréhendée par la littérature managériale, la reconnaissance au travail constitue un enjeu majeur aussi bien pour l'entreprise que pour son capital humain et pourtant elle est largement délaissée (Laval, 2011 ; El Akremi et al, 2009 ; Renault, 2007).

En tant que pratique de gestion des ressources humaines émergente en sciences de gestion, la reconnaissance au travail ne peut être pensée sans mettre en lumière l'apport des travaux de la philosophie en termes de lutte pour la reconnaissance pour définir ce concept riche en sens indissociable du travail (Section 1). Le caractère bipolaire déterminé par les définitions recensées de la reconnaissance, implique d'analyser l'identité professionnelle ainsi que l'importance de l'évaluation (Section 2). La reconnaissance au travail comme pratique de management qui connaît son apogée depuis 2000 (Fall, 2015) sera mobilisée à travers différentes approches qui sont exposées afin d'apporter un éclairage sur l'impact des pratiques de reconnaissance sur les comportements discrétionnaires (section 3)

Section 1 : La reconnaissance au travail : De la lutte pour la reconnaissance à l'importance du travail

Section 2 : La reconnaissance au travail : entre identité professionnelle et évaluation au travail

Section 3 : Les pratiques de reconnaissance : une catégorisation en fonction des approches conceptuelles

⁵ Source : <http://www.cnrtl.fr/definition/reconnaissance>, consulté le 20/12/2105 (non reprise en bibliographie)

Section 1 : La reconnaissance au travail : De la lutte pour la reconnaissance à l'importance du travail

La reconnaissance souffre d'une insuffisance des études en sciences de gestion qui permettent de la théoriser et la modéliser (Bouzidi et El Akremi, 2006 ; Roche, 2014 ; Fall, 2015). Les quelques études qui ont porté sur ce concept l'explorent « *d'une manière parcellaire* » (Roche, 2014, p13). Néanmoins, se trouvant à la croisée de différentes disciplines telles que la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, « *la seule discipline qui semble avoir fait de la reconnaissance un sujet focal et ce depuis plus de deux siècles est la philosophie* » (Bouzidi et El Akremi, 2006, p.2). Force est de constater l'importance de la philosophie dans la théorisation de la reconnaissance. Appréhendée par cette approche, la lutte pour la reconnaissance est déterminante à l'explication de son émergence (1). Le travail comme concept déterminant de la reconnaissance (2) représente le soubassement permettant de recenser les différentes définitions (3)

1. La lutte pour la reconnaissance

Les luttes des classes et les luttes socio-économiques ont été en dernière instance des luttes pour la reconnaissance. Selon Honneth (2000), la lutte pour la reconnaissance a été déclenchée par les luttes des statuts initiées par Tocqueville et la lutte des classes Marxiennes. Tocqueville (1805-1859) perçoit la dynamique démocratique comme une lutte des groupes de statuts qui sont dominés par des groupes qui ont un statut plus important. Cette lutte a pour objectif principal de se débarrasser du combat pour la reconnaissance statutaire et non pas de concourir à une lutte des classes qui vise une égalité des conditions sociales qui ne sera jamais atteinte vu le fait qu'elle relève de l'utopisme. La vision Marxiste de la reconnaissance est dérivée du raisonnement Hégélien du maître et du serviteur (Lallement, 2007 ; Caillé, 2007 ; Lazzeri et Caillé, 2004 ; Honneth, 2000).

1.1 Vers une lutte de reconnaissance pour échapper au déni

En se basant sur les travaux de Hegel (1770-1831), Honneth (2000) a dégagé la barrière à laquelle se heurtent tous les débats sur la reconnaissance et que nous pouvons résumer dans le fait que tous les individus cherchent à échapper au mépris, la méconnaissance et l'invisibilité.

Ces différentes formes de déni de reconnaissance sont catégorisées par Renault (2007) d'abord en tant qu'une invisibilité inhérente à la non prise en compte ou la non expression publique de l'activité effectuée par les individus qui peuvent aussi faire l'objet d'une inexistence. Ensuite, comme une reconnaissance dépréciative résultante de la dévalorisation aussi bien des activités que des individus qui les ont effectuées. Enfin le dernier type de déni de reconnaissance concerne la méconnaissance qui représente le fait que les individus sont reconnus pour une chose totalement différente de ce qu'ils sont. En d'autres termes, la reconnaissance de la personne ainsi que des activités effectuées sont diamétralement opposées par rapport aux attentes. En présence de ces différents types de déni, les individus vivent le sentiment d'être stigmatisés à un titre ou à un autre, de vivre dans une société de mépris, d'être victimes d'un manque de respect et ils sont dès lors en quête permanente d'une reconnaissance authentique (Honneth, 2008). L'accès à cette dernière se fait à travers la sphère de la socialité primaire, la sphère de la coopération sociale et la sphère publique de droit.

1.2 Accès à la reconnaissance authentique pour une socialisation au travail

La sphère de socialité primaire est régie par la relation basique parents/enfants selon laquelle *« les sujets se reconnaissent mutuellement comme des êtres aimants, animés de besoins affectifs, la part de la personnalité individuelle qui se trouve ici reconnue est le sentiment pratique, la survie de l'individu dépend de biens et de soins extérieurs »* (Thalineau, 2005, p. 5).

Au sein de la sphère de coopération sociale, la reconnaissance a un effet socialisateur, le défaut de reconnaissance peut être pour le sujet criminel une motivation à son acte. En effet, selon Hegel l'apparition du crime à défaut de reconnaissance peut être expliquée par le fait que le mobile profond du criminel résiderait qu'à un tel niveau de développement des rapports de reconnaissance mutuelle, le sujet criminel ne se trouve pas reconnu de manière

satisfaisante (Honneth, 2008). Suite à un acte criminel, une lutte permanente s'instaure dont l'objet est la reconnaissance des exigences respectives et divergentes des deux sujets : l'un provoque l'affrontement en voulant déployer librement sa propre subjectivité, l'autre se défend en demandant que les droits de propriété soient respectés dans la société. La personne cherche un certain degré de reconnaissance afin de démontrer l'intégrité de sa propre personne et d'assouvir un besoin d'honneur suite à une expérience antérieure de mépris individuel. Au sein de la relation affective de la famille, l'être humain est reconnu comme un être porteur de besoins concrets. Grâce à la relation cognitive-formelle de droit, il est reconnu comme une personne juridique. Néanmoins, suivant la relation d'intégration rationnelle des émotions instaurée au niveau de l'Etat, il est reconnu comme un sujet social et unique (Honneth, 2008).

Par ailleurs, la reconnaissance au travail est une action réciproque entre les individus et sur laquelle se fonde la relation juridique inhérente à la sphère publique de droit. Les sujets s'appelant mutuellement à agir librement et chacun limitant simultanément sa propre sphère d'activité au bénéfice de l'autre, ils développent cette conscience commune qui accédera à une validité objective dans la relation juridique. Les sujets à reconnaître doivent à chaque fois se détacher d'une façon conflictuelle du stade éthique qui régit la vie en communauté pour accéder à la reconnaissance d'une forme plus exigeante de leur individualité. Grâce à la reconnaissance, la personne a une idée plus claire de sa propre identité, ses capacités, ses qualités et son individualité (Honneth, 2008). Force est de constater l'importance de la réciprocité des relations qui régissent la reconnaissance au travail ainsi que l'interdépendance de la reconnaissance et du travail. La reconnaissance et le travail sont deux thèmes indissociables dont la centralité de l'un dépend de celle de l'autre (Saint Onge et al, 2005).

2. Le travail : un concept déterminant de la reconnaissance

Le contexte actuel d'exigence et le caractère plus flou des repères individuels et collectifs, amplifiés par la perte des traditions, placent l'individu devant la nécessité de trouver des points d'ancrage et des significations personnelles pour baliser sa vie (El Akrimi et al, 2009). Le travail est susceptible de représenter l'un de ces sièges du sens existentiel (Morin, 1996). Il permet en outre de combler un large éventail de besoins et d'aspirations individuelles. En dépit du fait qu'il occupe depuis peu le deuxième rang, après la famille, comme valeur et sphère de vie prioritaire (Bourcier et Palobart, 1997), il n'en revêt pas moins toujours une

grande importance pour les individus. Il aurait pris le relais des anciens sites sociaux d'affiliation, et serait devenu le lieu central du lien social (Carpentier-Roy, 2001). Le travail n'est pas seulement considéré comme étant une manière d'affirmer son égalité fondamentale comme le membre d'une société, mais il représente aussi un mode de réalisation de soi (Morin, 1996).

Les salariés se sentent moins reconnus en présence d'une politique de reconnaissance même si elle les conduit à s'exposer, à affirmer leur soi vu le fait qu'ils perçoivent qu'au travail, leurs entreprises ont tendance à détourner la liberté et la responsabilité qu'elles leur offrent et qui a pour conséquence d'accaparer leur personnalité et subjectivité. Dès lors, ils cherchent à rendre leur travail plus intéressant et créatif, ils font ainsi appel à leur autonomie professionnelle et à des compétences qu'ils cherchent à acquérir pour atteindre l'accomplissement de soi et l'estime sociale (Dubet, 2007).

Partant de ces constats, il est dès lors important d'analyser le travail comme un processus de valorisation des capacités qui sont en lutte permanente dans un contexte de conflits sociaux (Renault, 2007).

2.1. Le travail : un ensemble de qualifications et de compétences

Selon Lallement (2007, p.75) « *la qualification est un point de départ pertinent pour pouvoir appréhender concrètement des formes de reconnaissance sociale de la qualité de travail et des travailleurs* ». Les métiers servent de référence pour instruire le dossier de reconnaissance par le travail. Grâce aux métiers, les individus sont recrutés et formés tout au long de l'exercice de leur travail par le biais de l'apprentissage constitué par les savoirs, savoirs faire et savoirs être. Ainsi, la reconnaissance de la qualification est une affaire de pairs qui sont aptes à juger de l'expertise dans la connaissance et l'art du métier. La qualification est « *essentialiste* » (Lallement, 2007, p.76), car même si le système industriel tend à rabattre la qualification sur la base d'une grille qui définit formellement le métier et fixe les principes d'égalité généraux qui structurent l'échange entre force de travail et rétribution, il est possible de définir les qualités immanentes au travailleur (Lallement, 2007).

L'idée intuitive dans la sphère de travail réside dans le fait que la compétence acquise est une fonction exponentielle du plaisir procuré lors de l'exercice du travail. En partant de ce principe, les individus qui ont le choix entre deux activités (toute chose étant égale par ailleurs), orientent leurs choix vers l'activité qui leur permettra de mettre en lumière leurs

talents complexes (Lazzeri et Caillé, 2004). Lorsque l'individu perçoit que ses collaborateurs disposent de compétences de haut niveau, il y prend plaisir et par effet de mimétisme, le désir de faire la même chose est dès lors stimulé et renforcé par la perception qu'il dispose des mêmes compétences latentes que ses référents (Brun et Dugas, 2005).

2.2. Les spécificités du travail entre disponibilité temporelle et exigences de la relation de service

La question des compétences non visibles ne cesse de gagner du terrain suite à la montée exponentielle des emplois non qualifiés. Burnod et Chenu (2001) associent la non qualification à des niveaux d'instruction faibles. La reconnaissance monétaire représente l'expression conventionnelle des qualités de travail socialement reconnues, la pénibilité du travail n'est pas reconnue à sa juste valeur. La non visibilité inhérente à la pénibilité de certains emplois est représentée par la disponibilité temporelle et les exigences imposées par la relation de service (Jany-Catrice et Lemattre, 2004).

La disponibilité temporelle est « *l'un des avatars multiples des politiques de flexibilité du temps de travail : dans les services, elle y prend des formes multiples : mobilisation permanente selon les rythmes, les calendriers non planifiés, pauses et coupures émiettées à rallonge, morcellement du travail, séquences de travail non rémunérées* » (Lallement, 2007, p.80). Il s'agit aussi bien de contraintes que de compétences non reconnues. Cette disponibilité spécifique à certains métiers sert d'indicateurs de l'implication et de la motivation au travail. Elle est étroitement liée à l'adaptation à des tâches multiples, à la capacité à prendre des initiatives, exercer des responsabilités sans une réelle reconnaissance au niveau de la qualification et du salaire (Lallement, 2007).

Un salarié compétent remplit **les exigences de la relation de service** et ce en gardant ses distances aussi bien avec ses collègues qu'avec ses clients afin de ne pas être contaminé par les émotions négatives. En d'autres mots, il ne faut être ni en empathie, ni à distance d'une façon excessive. La bonne distance est celle qui rend crédible l'engagement professionnel dans un univers où les relations personnalisées affectives sont la garantie d'un ordre social viable (Lallement, 2007).

3. La reconnaissance au travail : Définitions d'un concept riche de sens

Grâce à la reconnaissance, le travail n'est pas analysé comme une activité mais plutôt comme un processus de valorisation des capacités dont les conditions sociales sont laissées à l'ombre. Or, les conditions de travail qui sont sous la coupe des conditions sociales impactent considérablement les relations professionnelles qui reflètent aussi bien la réalité que la valeur du travail. Au delà des travaux de Herzberg (1966) qui ne considère la reconnaissance que sous un angle matériel tels que le salaire satisfaisant, la promotion interne, l'autonomie au travail et l'encouragement, plusieurs définitions de la reconnaissance au travail relevant de différents champs disciplinaires ont été recensées.

La reconnaissance au travail vient en complémentarité avec les différentes formes de rémunération récompenser le travail des salariés (Fall, 2015). Toutefois, Saint Onge et al (2005, p.89) soulignent que la reconnaissance au travail est plus valorisée que le salaire : « *Le salaire est important, mais ce qui motive les gens au travail, c'est la reconnaissance* ». Ce concept multidimensionnel (Roche, 2015) que Brun et Dugas (2005, p.80) qualifient de « *polymorphe et polysémique* » est défini par Bourcier et Palobart (Brun et Dugas, 2005) comme étant « *la réaction constructive et personnalisée, exprimée à court terme par un individu à la suite d'une action ou d'une attitude particulière ou globale qui constitue un effort méritant d'être relevé à ses yeux* ». A travers cette définition, la reconnaissance est appréhendée comme une attention personnelle qui correspond aux attentes de la personne qui au sens de Renault (2007) s'articulent autour de l'identification primaire aux désirs, les sentiments de soi ainsi que le jugement que la personne à reconnaître a de sa propre contribution au travail.

Néanmoins, la reconnaissance au travail ne doit pas être seulement considérée comme une réponse aux attentes d'un jugement de soi et de son auto évaluation du travail mais aussi en prenant en considération d'autres dimensions, ce qui justifierait son caractère multidimensionnel. Gernet et Dejours, (2009) ont mis en exergue, l'importance de prendre en considération un ensemble de facteurs qui viennent se greffer à celui qui est relatif au jugement de soi dans sa définition de la reconnaissance. Ces facteurs s'articulent autour de la prise de conscience de la contribution des individus à l'organisation du travail et la performance à travers des critères d'utilité énoncés par la hiérarchie et attribués par les supérieurs, les collaborateurs et les clients (Dejours, 2007). Ainsi, il y a lieu de distinguer la

reconnaissance attestée par les collègues qui est différente de la reconnaissance recherchée par la hiérarchie, ces deux formes de reconnaissance se juxtaposent. Cependant, elles sont perçues différemment par les salariés et ont une influence majeure sur leurs performances au travail. Force est de constater qu'à travers la reconnaissance au travail, le salarié cherche une valorisation de ses contributions de la part de son entreprise ainsi que ses collaborateurs et qui doit dans le même ordre d'idée concorder avec ses attentes. Renault (2004, p.181) a mis en lumière l'importance de la valeur dans sa définition de la reconnaissance qui représente « *La confirmation par autrui de la conviction acquise par un individu de sa propre valeur à l'issue de différents processus d'évaluation* ». Appréhendée sous cet angle, la reconnaissance, valorise l'intégralité de la personne au travail non pas seulement comme une force de travail mais aussi comme un être créatif, innovant et responsable (Renault, 2007). La relation de reconnaissance est construite sur la base de la réciprocité qui se traduit par un échange de biens entre celui qui donne le produit de son talent et ses destinataires qui lui rendent de la gratitude sous forme d'admiration. (Heinich, 2007). Cette réciprocité régit le rapport donnant-donnant qui relie le salarié à son entreprise. En effet, le supérieur hiérarchique récompense ses salariés en contre partie des efforts qu'ils fournissent au travail. Le bénéficiaire de la récompense s'estime redevable (débiteur) et se développe en lui un sentiment de dette, l'obligation de donner en retour (Honneth, 2004 ; Caillé, 2004 ; Godbout, 2004).

Terramossi et Perretti (2010, p.6) mettent en exergue la notion de réciprocité qui régit la relation de reconnaissance en la considérant comme la « *perception de la confirmation de valeurs accordées par autrui à l'issue de différentes formes d'interactions et en tant que construit intersubjectif est considéré comme le résultat d'une expérience intersubjective et non pas comme un objet en soi que l'entreprise peut attribuer en son gré* ».

En nous basant sur l'ensemble de ces définitions, la reconnaissance suppose une identification à soi ainsi qu'une identification à autrui. Ce caractère bipolaire de la reconnaissance a été mis en exergue par Bourcier et Palobart (1997) qui soulignent que la reconnaissance au travail assure une distinction de singularité ainsi qu'une distinction de conformité en termes d'utilités de travail économique, social et technique. Ces deux formes de distinction caractérisent la relation de reconnaissance qui se base sur la réciprocité des échanges. Les salariés s'attendent à une valorisation de leur contribution via des actions d'évaluation de la part de leurs collaborateurs, supérieurs hiérarchiques ou entreprise envers lesquels ils orientent leurs efforts au travail.

Section 2 : La reconnaissance au travail : entre identité professionnelle et évaluation au travail

Appréhendée comme une identification à soi ainsi qu'une identification à autrui basée sur les jugements de soi en terme d'auto évaluation au travail ainsi que la prise en considération des jugements des collaborateurs et de la hiérarchie, la reconnaissance au travail ne peut être pensée sans identité professionnelle (1) ni évaluation au travail (2).

1. L'identité professionnelle vers la détermination de la reconnaissance au travail

Le travail est le lieu central du lien social, il représente l'un des sièges du sens existentiel ainsi qu'un champ privilégié de la quête identitaire (Brun et Dugas, 2005). Il permet en outre d'achever la socialisation secondaire tout en concourant à la construction de l'identité professionnelle (El Akremi et Bouzidi, 2006). Eclairée sous cet angle, l'identité professionnelle participe grandement à la construction sociale. Elle représente un « *processus en perpétuelle évolution, comme état éphémère et instable.... car sans cesse remodelé par et lors d'interactions sociales, la rend intrinsèquement dépendante de la reconnaissance reçue* » (El Akremi et Bouzidi, 2006, p5). L'interdépendance de l'identité professionnelle et de la reconnaissance au travail nous a amené à orienter notre choix vers la mise en lumière de l'importance du travail⁶ dans la construction de l'identité professionnelle.

1.1. L'identité professionnelle : De la distinction de singularité vers une distinction de conformité

A l'instar du caractère bipolaire de la reconnaissance qui permet aussi bien une distinction de conformité que de singularité (El Akremi et Bouzidi, 2006), l'identité professionnelle comme processus de construction sociale atteste de la singularité de la personne qui est souvent impactée par un besoin d'identification aux autres. De part sa nature humaine, l'individu naît inachevé, il finalise sa maturité via les relations interpersonnelles qu'il développe tout au long de sa vie en société. Il est en quête permanente de l'idéal de soi via ses relations avec les

⁶ Nous avons démontré que le travail est un concept déterminant de la reconnaissance au niveau de la partie 2 de la section 1 du chapitre 1

autres. En se basant sur cette vision, Goffman (1973) compare la vie en société à une scène de théâtre immuable sur laquelle se joue l'avenir de l'individu dans le sens où les individus sont des acteurs qui se mettent sur scène pour offrir à leur public une multitude de rôles qu'ils souhaitent incarner. Un individu montre, aux autres membres de la société, l'image qu'il souhaite refléter tout en respectant un ensemble de règles, de lois qu'il perçoit essentielles à leur vie en société. Dans la vie professionnelle, l'individu peut choisir de poursuivre plusieurs formations pour exercer une infinité de métiers mais il est responsable par ses choix de son existence et finira par orienter son choix vers le métier qui lui donne sa vraie valeur en fonction de son vécu. Ce choix est tributaire de son vécu subjectif ainsi que la reconnaissance du métier par la société (Fray et Picoulet, 2010). Conséquemment, choisir un métier reflète adéquatement l'identité de l'individu comme le soutient Hugues, (1996, p.76) « *le métier d'un homme est l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi et même de son destin dans son unique existence* ». Dans le même ordre d'idée, l'identité professionnelle permet la construction de l'identité personnelle sur la base du travail. Certes, « *pour plusieurs personnes, l'identité professionnelle et ou organisationnelle peut être plus marquante et importante que celle qui est attribuée sur la base du genre, de l'âge, de l'ethnicité, de la race ou de la nationalité* » (Hogg et Terry, 2000, p. 121). Selon Dubar (2000), l'identité professionnelle est le résultat d'appartenance à des groupes qui peut être échafaudée et revendiquée en permanence, sa construction est en fonction de la reconnaissance reçue sur la base de l'ensemble des compétences qui sont mises en exercice au travail.

1.2. La construction de l'identité professionnelle : Importance du travail

Le travail représente le lieu de socialisation secondaire ainsi qu'un moyen de formation et de régulation identitaire (El Akremi et Bouzidi, 2006). Aussi bien la formation que la régulation identitaire s'articulent selon Alversson et Willmott, (2002, p.624) autour de « *la centralité, la cohérence, la direction, la distinction, la valeur positive et la conscience de soi* ». La centralité vient en réponse aux questions « *qui suis-je ?* » et « *que sommes nous* » (Alversson et Willmott, 2002, p.624) que se posent les salariés au travail afin de cerner leur « *appartenance professionnelle ou la position dans l'organisation* » (El Akremi et Bouzidi, 2006, p.4). La cohérence décrit le sens de la continuité de l'identité à travers le temps et les

situations afin de relier les différentes expériences professionnelles vécues et de réduire la fragmentation des pensées et sentiments (Alversson et Willmott, 2002). La direction « *implique ce qui est approprié, désirable et valorisé pour un sujet spécifique* » (Alversson et Willmott, 2002, p.624).

Dans le même ordre d'idée, la distinction signifie que chaque personne peut être définie par elle-même ou par les autres comme différente par rapport aux autres (Alversson et Willmott, 2002). Cette distinction peut être effectuée en attribuant une valeur positive sociale sur laquelle repose l'identité qui est liée à l'estime de soi (El Akrimi et Bouzidi, 2006). L'identité est identifiée par (Alversson et Willmott, 2002, p.624) comme étant « *l'objet de la conscience de soi* ».

1.2.1 La conscience de soi

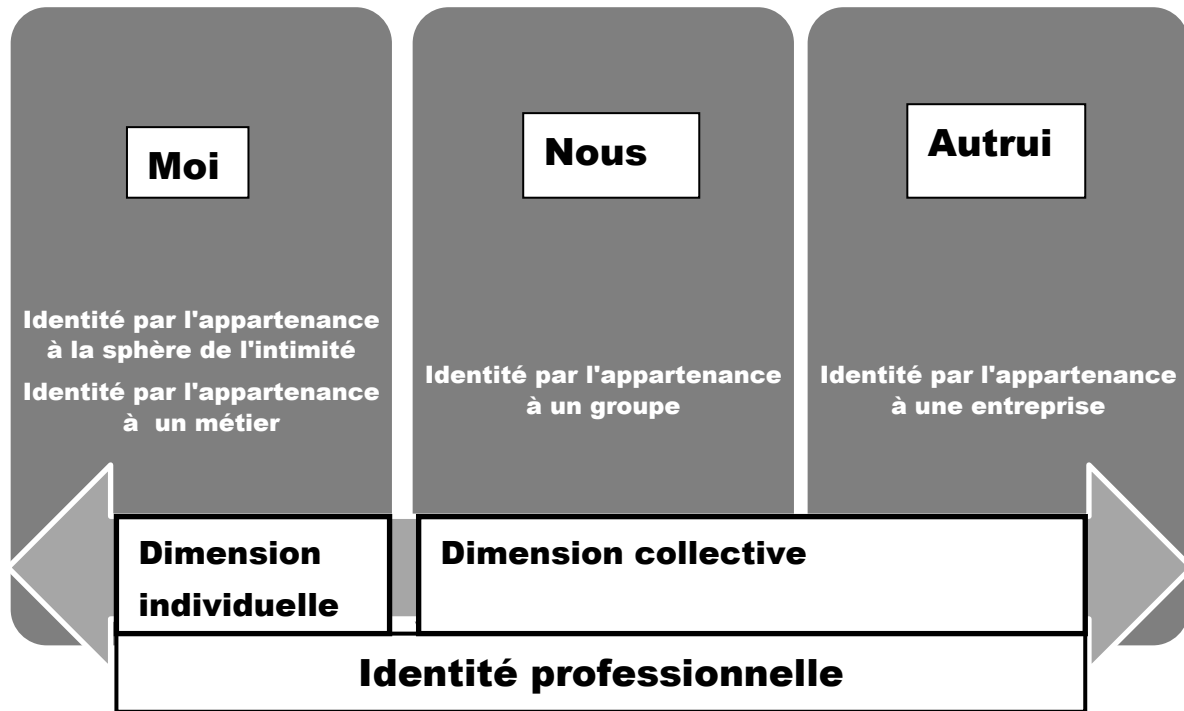
La conscience de soi consiste à détecter, assimiler l'information transmise, à se la réapproprier et à prendre conscience de sa propre vision du monde en perpétuelle évolution ainsi que des représentations qui impactent l'identité et le développement personnel (Servan-Schreiber, 2003). Il s'agit de l'attention permanente de son état intérieur, une prise de conscience de sa propre subjectivité (Damasio, 2001). La conscience de soi est essentielle à l'intuition, c'est cette faculté que la psychothérapie cherche à renforcer. Dans sa forme la plus parfaite, l'observation de soi serait l'observation par un second « moi » neutre et attentif, qui aurait une légère distanciation par rapport à l'expérience (Servan-Schreiber, 2003).

La conscience de soi englobe la compréhension de ses propres valeurs et ses objectifs : une personne ayant une conscience d'elle-même sait où elle va, pour quelles raisons et pourrait refuser des opportunités financièrement avantageuses si elles ne cadrent pas avec ses aspirations et objectifs à long terme. Les personnes conscientes d'elles même connaissent mieux leurs forces et faiblesses, elles en parlent facilement et elles écoutent volontiers les critiques constructives, elles ne s'aventurent pas sur des terrains où elles se perçoivent incompetentes. Une personne qui n'a pas conscience d'elle-même peut prendre des décisions qui la plongent dans l'anxiété car elles sont en conflit avec ses valeurs profondes, dans le même ordre d'idée, elles perçoivent la nécessité de s'améliorer comme un signe de faiblesse (Goleman, 2002). Les personnes dotées de ces qualités ne sont ni trop critiques ni trop optimistes : elles ont plutôt tendance à être honnêtes envers elles même et envers les autres. Elles reconnaissent l'impact de leurs sentiments sur leur état d'esprit, leur comportement,

leurs relations avec autrui au travail. Une bonne conscience de soi permet de canaliser les émotions négatives vers une démarche plus constructive. Les personnes ayant une forte conscience d'elles même sont capables de parler précisément et ouvertement sans être impudiques et démonstratives de leurs sentiments : leurs décisions vont de pair avec leur valeur ce qui les incitera à fournir d'avantage d'efforts dans leur travail (Goleman, 2002). La conscience de soi étant déterminante à la construction et la formation identitaire en complémentarité avec la centralité, la cohérence, la direction, la distinction, la valeur positive tels que catégorisés par Alversson et Willmott, (2002). Par ailleurs, l'identité professionnelle est constituée d'un ensemble de facteurs.

1.2.2. Les facteurs de l'identité professionnelle

Albert et al, (2003) recensent trois facteurs de l'identité professionnelle à savoir l'identité par le métier, l'identité par l'appartenance à un groupe et l'identité par l'appartenance à une entreprise à laquelle nous rajoutons l'identité basée sur les aptitudes et les connaissances propres à l'individu. L'individu intègre l'entreprise en s'identifiant à l'image qu'elle véhicule, il exerce un métier en collaborant avec ses collègues grâce auxquels il entame sa socialisation. Il peut les imiter, se comparer à eux tout en se démarquant via ses compétences distinctives pour accentuer son individualité. Il concrétise son identité en partageant avec ses collaborateurs, un ensemble de règles, connaissances, valeurs et objectifs qui concourent grandement à la consolidation de la fierté d'appartenance à leur entreprise.

Figure 2: Les différentes composantes de l'identité professionnelle

Source : adapté des travaux de Albert et al (2003)

La construction de l'identité professionnelle dépend de l'identité positive qui est construite suivant quatre perspectives inhérentes à « *la vertu, l'évaluation, le développement et la structure* » (Dutton et al, 2010, p.268). Selon la perspective de la vertu, une identité est positive si et seulement si la personne est dotée de qualités vertueuses et distinctives faisant d'elle une personne exemplaire. En deuxième lieu, la perspective évaluative associe l'identité positive aux regards que se font les gens de leurs identités professionnelles qui constituent une distinction par autrui permettant la construction d'une identité ainsi que de l'estime de soi.

En troisième lieu, l'identité positive est définie selon la perspective de développement comme étant l'ensemble des expériences vécues ainsi que les ajustements à adapter aux identités pour qu'elles soient les plus cohérentes aux différentes normes sociales. En dernier lieu, éclairée par la perspective structurelle, l'identité positive est adéquatement organisée et structurée de manière à juxtaposer l'identité personnelle et professionnelle. L'identité positive nécessite un équilibre entre l'identité sociale et personnelle (Dutton et al, 2010).

La reconnaissance au travail dépend grandement de l'identité professionnelle via l'importance qu'elle accorde au travail dans sa construction. Néanmoins, la reconnaissance ne peut être attribuée que sur la base d'une évaluation au travail.

2. L'évaluation au travail : un processus déterminant de la reconnaissance au travail

La reconnaissance au travail exige de déterminer la perception de l'individu de son propre travail ainsi que la perception de ses collègues, quelle que soit la position hiérarchique qu'ils occupent, de son travail. Ainsi le salarié est appelé à auto évaluer son expérience de travail et aussi à percevoir l'évaluation de ses collègues du travail qu'il a effectué. Il s'agit d'«*un processus comparatif subjectif faisant référence à un standard initial tels que les attentes, l'équité, le minimum acceptable ou l'idéal*» (Brillet et al, 2012, p.3).

La visibilité des activités de travail, leur valorisation, leurs perceptions s'effectuent à travers les dispositifs de formalisation de travail qui permettent de considérer l'individu ainsi que son travail tel qu'il a été effectivement et véritablement réalisé. La considération de la personne consiste à la regarder avec attention, l'estimer dans son individualité, singularité tout en prenant en considération l'existence d'autrui. En d'autres termes, il s'agit de la qualifier positivement digne d'intérêt tout en valorisant son identité d'une façon récurrente (Larroche et al 2008).

La reconnaissance au travail se base sur un ensemble de constats qui s'effectuent via l'évaluation du travail réellement effectué comparativement à celui qui est prescrit (Dejours, 2007). L'évaluation se limite aux constats et ne se préoccupe pas des actions futures, d'autres personnes régulent partiellement leurs activités. Cette pratique qui s'effectue en amont de la reconnaissance renvoie à un miroir reflétant l'ensemble des compétences au travail et offre la possibilité de repositionnements, les référentiels d'évaluation permettent de distinguer des niveaux de professionnalité allant du débutant à l'expert. Plus les référentiels, les espaces de progression sont clairs, visibles et accessibles et plus le praticien aurait tendance à se projeter, se mettre en risque et à être responsable par rapport aux apprentissages professionnels (Jorro, 2007). Les critères sur lesquels se base une évaluation qui reflète objectivement la gratitude inhérente à la reconnaissance s'articulent selon Jorro (2006) autour de la fidélité, la pertinence, la validité et la faisabilité. Toutefois, le processus d'évaluation se heurte à un ensemble d'obstacles qui entravent la mise en place de l'ensemble de ces critères.

2.1. Les entraves au processus d'évaluation

La finalité primordiale d'une opération d'évaluation est de formuler un jugement univoque en fonction duquel sont octroyées les marques de reconnaissance (Tchankam, 2009). En effet, seule l'évaluation du travail réellement effectué permet aux supérieurs hiérarchiques de déterminer équitablement les contributions de chaque employé à la performance de l'entreprise. Dans les pays en développement, le processus d'évaluation se heurte à un ensemble d'obstacles inhérents aux facteurs politiques, sociaux et technologiques Tchankam (2009). Dans le cadre de notre étude nous nous intéressons au contexte Tunisien qui souffre à l'instar des pays en développement d'entraves qui affectent négativement le processus d'évaluation au travail. Certes, en Tunisie, malgré le vent de la démocratisation qui a soufflé sur sa révolution Jasmin, l'environnement socio politique n'a pas connu de changements conséquents. Ce qui pourrait être inhérent au fait que pendant des décennies, la dictature des régimes politiques a généré des activités au travail basées sur la corruption et le favoritisme qui impactent négativement l'évaluation objective des salariés au travail. Par ailleurs, le facteur social qui impacte le processus d'évaluation intègre la multiplicité des contrôles injustifiés, la faiblesse des programmes de formation universitaire qui ne sont souvent pas en concordance avec les besoins du marché du travail. A ce facteur social spécifique aux pays en développement comme la Tunisie vient se greffer le facteur technologique qui constitue une entrave au système d'évaluation vu ses spécificités qui s'articulent autour de l'absence d'une infrastructure moderne accentuée par la lourdeur des procédures administratives (Tchankam, 2009). Par ailleurs, la reconnaissance est la confirmation par autrui de la conviction acquise par un individu de sa propre valeur à l'issue de différents processus d'évaluation (Renault, 2004). Partant de ce constat, plusieurs formes de reconnaissance sont générées sur la base de l'évaluation.

2.2. Les formes de reconnaissance basées sur l'évaluation

Jorro (2007) recense trois types de reconnaissance qui se basent sur l'évaluation. D'abord la reconnaissance du genre professionnel qui s'effectue sur la base de l'activité évaluative et qui représente la recherche de conformité par rapport à un référentiel préalablement déterminé suite à l'évaluation. Ensuite, la reconnaissance du style professionnel qui tente de valoriser le pouvoir d'action de la personne à évaluer en ce qui a trait aux tâches non routinières exigeant

un savoir être et un savoir faire assez développés. Enfin, la reconnaissance de l'éthos professionnel qui traduit la capacité de l'évalué à se positionner par rapport aux valeurs de son travail (Dejours, 1995). Cette forme de reconnaissance qui s'intéresse à l'expérience professionnelle permet d'envisager une réflexion sur l'exercice du métier, ses contraintes, ses dimensions positives afin de saisir la qualité de l'investissement dans le métier. Ceci permet de renforcer le développement professionnel et de préciser la nature de l'engagement professionnel (Jorro, 2010).

L'existence d'un décalage entre les modes de reconnaissance concrètement mis en place par les entreprises et le sentiment d'une reconnaissance qui ne répond pas aux attentes des salariés (Malherbe et Saulquin, 2003), nous a ramené à déterminer l'importance de l'évaluation dans la détermination de la reconnaissance. Néanmoins, ces différentes formes de reconnaissance basées sur l'évaluation permettent de mettre en exergue l'importance de l'évaluation dans la détermination de la reconnaissance au travail. Elles ne permettent pas à elles seules de générer la performance escomptée par l'entreprise. D'où l'importance des pratiques de reconnaissance qui ajustées aux besoins spécifiques des salariés permettent d'intensifier la confiance et la justice organisationnelle tout en favorisant la motivation, la fidélisation des salariées ainsi que les comportements organisationnels (Fall, 2015).

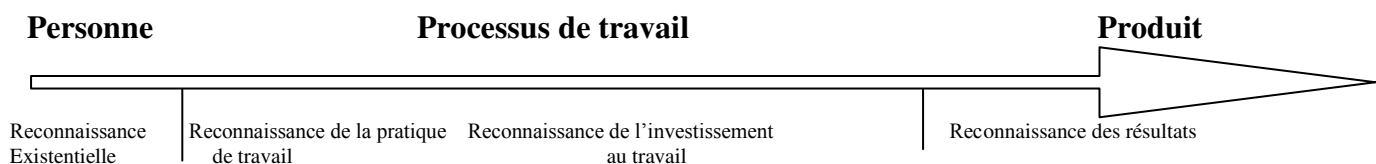
Section 3 : Les pratiques de reconnaissance : une catégorisation en fonction des approches conceptuelles

La reconnaissance est un concept multi-dimensionnel ayant un aspect dynamique (Honneth, 2000 ; Ricoeur, 2004 ; Lazzeri, Caillé, 2004 ; Terramorsi et Peretti, 2010). Ces marques de reconnaissance essentiellement matérialisées par une rétroaction (feed-back), une délégation de pouvoir, des opportunités de développement et des remerciements (Blengen, 1992 ; Brun et Dugas, 2005 ; Sain Onge et al, 2005 ; Fall, 2015) sont catégorisées en fonction de différentes approches (1) et ont des effets considérables sur la gestion des ressources humaines (2).

1. Typologie des pratiques de reconnaissance

Brun (1999) ; Nelson (2001), Saint Onge et al, (2005); Brun et Dugas, (2005) ; Laval, (2011) distinguent quatre approches en fonction desquelles ils catégorisent les différentes pratiques de reconnaissance au travail.

Figure 3: Les différentes pratiques de reconnaissance



Source : adapté des travaux de Brun et Dugas (2005, p 80).

1.1. La reconnaissance au travail selon l'approche éthique

Appréhendée par l'approche éthique, la reconnaissance considère le salarié comme un être à part entière digne de respect ne constituant pas seulement un moyen grâce auquel l'entreprise atteint ses objectifs mais il représente aussi une fin en soi (Brun et al, 2002). Elle « *constitue un devoir incombant à chacun* » (Saint Onge et al, 2005, p.91) grâce auquel les relations au sein de l'entreprise se basent sur le principe d'égalité. De ce fait, les salariés se respectent mutuellement tout en se préoccupant des besoins des autres (Saint Onge et al, 2005).

La reconnaissance éclairée par la perspective éthique permet de gérer les relations au travail sur la base de la dignité humaine et la justice sociale (Brun et al, 2002 ; Brun et Dugas, 2005). Basée sur les notions d'altruisme et d'empathie et « *rattachée à la notion du souci de l'autre* » (Brun et Dugas, 2005, p. 81) la reconnaissance représente l'ensemble des actions orientées vers les collaborateurs en termes d'attention portée aux conséquences des gestes accomplis au travail. L'objectif étant de réparer les préjudices causés par des politiques de gestion de ressources humaines adoptées par les entreprises (Brun et Dugas, 2005) via la propulsion des conditions de travail prospères qui mettent en lumière la valeur distinctive du salarié en tant qu'être unique.

Par exemple à l'instar des restructurations, grâce à la reconnaissance éclairée par la perspective éthique, les collaborateurs proposent des mesures d'accompagnement pour les salariés licenciés, des projets à créer au sein de l'entreprise qui vont de pair avec leurs attentes au travail ainsi que l'ensemble des valeurs et les croyances des salariés (Brun et Dugas, 2005 ; Brillet et al, 2013).

1.2. La reconnaissance existentielle dans le cadre de l'approche humaniste

Il s'agit d'une reconnaissance accordée selon le principe d'égalité, de justice sociale entre les êtres du fait de leur appartenance commune à l'humanité. La conception humaniste qui régit la reconnaissance existentielle est proche de la perspective éthique perçue dans le sens où elle se base sur la dignité humaine et est régentée par le principe selon lequel la personne représente une fin en soi (Honneth, 2000). Toute fois, la différence entre ces deux approches réside dans le fait que « *la notion de justice est au second plan* » (Brun et Dugas, 2005, p.81). Cette forme particulière de reconnaissance qui doit être proportionnelle aux efforts fournis concourt à renforcer l'estime de soi. Elle constitue une forme développée de valorisation du salarié en tant qu'un être singulier digne de respect exigeant l'application des principes de justice et d'égalité pour gérer ses relations avec ses collaborateurs. Grâce à cette pratique, le salarié a « *l'impression d'exister aux yeux des autres et que ses besoins sont pris en considération. Il éprouve en outre le sentiment d'être respecté dans son intégrité et sa singularité physique, affective, psychologique et cognitive* » (Brun et Dugas, 2005, p.82).

Dans le même ordre d'idée, éclairée par la perspective humaniste, la reconnaissance existentielle exige de celui qui l'octroiera d'investir du temps afin de « *connaître les*

personnes... témoigner ensuite de leur pleine existence et donner enfin du sens à leur action» (Bourcier et Palobart, 1997, p.21).

La reconnaissance existentielle est informelle et elle est exprimée en privé, elle peut être sous forme d'accès à des programmes de formation, d'aménagement particulier des horaires de travail ainsi que l'empowerment qui représente la délégation de pouvoir avec le choix des moyens à employer pour atteindre les objectifs fixés. (Brun et Dugas, 2005).

1.3. La reconnaissance de la pratique et de l'investissement au travail selon l'approche de la psycho dynamique de travail

La psycho dynamique de travail « *s'intéresse au vécu subjectif des personnes en situation de travail ainsi qu'aux stratégies individuelles et collectives de défense qu'elles déploient dans le but de préserver leurs équilibres psychiques dans le cadre des conditions de travail déstabilisantes* » (Brun et Dugas, 2005, p.82). Le développement d'une conception de la reconnaissance en psycho dynamique du travail est situé dans la problématique du collectif du travail et de la coopération. La reconnaissance est la raison pour laquelle les gens se mobilisent dans les activités inhérentes au processus de travail (Dejours, 2007). Eclairée par la perspective de la psycho dynamique de travail, la reconnaissance se révèle comme la médiation grâce à laquelle la souffrance au travail est transformée en plaisir et que Caillé (2007) qualifie aussi de remède en matière de santé mentale et une résolution efficace des questions sur l'identité.

1.3.1. La reconnaissance de l'investissement au travail

La reconnaissance de l'investissement dans le travail est une reconnaissance de la participation et de la contribution des employés au processus de travail et qui se traduit en termes d'efforts fournis pour atteindre les objectifs de l'organisation. Ce type de reconnaissance se démarque des autres pratiques de reconnaissance par le fait qu'il rétribue la qualité et l'intensité de l'énergie déployée même si l'objectif n'est pas concrètement atteint (Brun et Dugas, 2005). La reconnaissance de l'investissement dans le travail est aussi l'occasion de souligner la contribution des salariés qui exercent leur travail dans des conditions pénibles de voir leurs efforts inhérents aux tâches invisibles valorisés. Pour ce faire elle « *doit être proportionnée aux efforts que l'employé déploie ou qu'il est en mesure de*

déployer, car la reconnaissance constitue un acte de vérité, et la flatterie n'y a pas sa place » (Brun et Dugas, 2005, p.83). En revanche, lorsque les efforts ne sont pas valorisés à leur juste valeur, un déséquilibre effort-reconnaissance prend dès lors naissance pouvant impacter négativement leur bien être au travail. C'est ce qu'a révélé l'étude qu'a menée De Jonge et al (2000) auprès de 11636 participants qui travaillent dans différents secteurs de compagnies Allemandes.

1.3.2. La reconnaissance de la pratique de travail

Eclairée par cette perspective, la reconnaissance de la pratique de travail vient se greffer à celle relative à l'investissement au travail. Portant « *sur la manière dont l'employé exécute son travail plutôt qu'à sa personne ou ses résultats qu'elle produit* » (Brun et Dugas, 2005, p. 82), la reconnaissance de la pratique de travail, représente une rétribution attendue par le sujet en contre partie de son travail effectivement accompli plutôt que celui prescrit par l'organisation.

Dans la même veine, elle est inhérente à un double jugement (Dejours, 2007) d'une part, un jugement de beauté qui est principalement prononcé par les collaborateurs qui ont pour rôle d'évaluer la qualité du travail réalisé et des efforts fournis par la personne à reconnaître. D'autre part, le jugement d'utilité, sociale, économique et technique du travail qui est émis par les supérieurs hiérarchiques, les collaborateurs et les patients et qui est orienté dans le cadre de notre étude vers les infirmiers. Grâce à cette pratique de reconnaissance, le salarié se « *sent intégré dans une communauté d'appartenance* » (Brun et Dugas, 2005, p.82), a une meilleure conscience de lui-même et effectue une meilleure valorisation de ses compétences.

A l'instar de la reconnaissance existentielle, la reconnaissance de l'investissement au travail exige que ceux qui vont l'octroyer prennent le temps de connaître les personnes, témoigner de leur pleine existence et donner lieu à leur action tout en les considérant véhiculeurs d'intelligence et de sentiments d'expertise (Bourcier et Palobart, 1997 ; Brillet et al, 2013).

1.4. La reconnaissance des résultats au travail d'après l'approche comportementaliste.

L'approche comportementaliste dans laquelle est ancrée cette forme de reconnaissance stipule que le comportement humain observable est stimulé, dirigé et contrôlé par les conséquences

qui en découlent tout en se conformant à la dualité contribution-rétribution (Saint Onge et al, 2005). La reconnaissance des résultats « *porte principalement sur le produit du travail des employés et leur contribution à la réalisation des objectifs de l'entreprise* » (Brun et Dugas, 2005, p.83). Elle vient renforcer l'ensemble des actions et des gestes observables et désirables par l'entreprise (Nelson, 2001). Cette orientation axée exclusivement sur les résultats pourrait dissimuler la réalité du processus de travail qui se vit quotidiennement et qui prend la forme d'investissement en termes d'efforts, de prise de risque vu le fait que le résultat escompté n'est pas atteint (Saint Onge et al, 2005). En effet, cette forme de reconnaissance porte principalement sur le produit du travail des employés et leur contribution si et seulement si les objectifs préalablement fixés ont été atteints. Elle est de nature « *conditionnelle et dont les relations avec la mission et les objectifs stratégiques de l'organisation sont directes* » (Brun et Dugas, 2005, p.83).

Grace à ce type de reconnaissance, le travailleur a l'impression d'être reconnu relativement à sa contribution dans la production des résultats, ce qui a pour effet de propulser d'une façon exponentielle son sentiment d'utilité, de justice quant au rapport rétribution/contribution ainsi que sa distinction, son efficacité et son importance par rapport à ses collaborateurs au sein de l'entreprise. Contrairement aux autres pratiques de reconnaissance, la reconnaissance des résultats a la particularité de développer des comportements dysfonctionnels au travail de la part des salariés qui sont conséquents à « *la jalousie, sentiment d'injustice, compétitivité accrue entre les salariés, perte de crédibilité* » (Brun et Dugas, 2005, p.84) qu'elle est sensée engendrer. Dans son orientation exclusive vers les résultats, cette forme de reconnaissance pourrait dissuader les travailleurs à fournir des efforts s'ils ne sont pas sûrs d'atteindre l'objectif escompté. De ce fait, cette reconnaissance se doit d'être appliquée en complémentarité avec les autres pratiques de reconnaissance afin d'inciter les salariés à prendre des risques, à faire des essais pour atteindre les objectifs escomptés en adoptant des comportements organisationnels qui permettent à l'entreprise de générer un certain seuil de performance.

Le tableau suivant récapitule les différentes approches que nous retenons dans le cadre de notre étude pour définir les pratiques de reconnaissance

Tableau 1: Catégorisation des pratiques de reconnaissance en fonction des différentes approches

Les approches	L'approche éthique	La conception humaniste	La psycho dynamique du travail	L'approche comportementaliste
Définition et pratiques	La reconnaissance comme enjeu de dignité humaine, de souci de l'autre et justice sociale	La reconnaissance de la personne, de son caractère distinctif et son potentiel	La reconnaissance comme rétribution du travail réellement effectué en tenant compte des contraintes	La reconnaissance comme un jugement de gratitude sur les résultats atteints : un renforcement positif des actions.
		Reconnaissance existentielle	Reconnaissance de la pratique de travail et de l'investissement dans le travail	Reconnaissance des résultats
Les formes sous lesquelles elles se manifestent	<ul style="list-style-type: none"> -Assistance présentée aux salariés licenciés pour surmonter la période de transition -Développement d'une culture respectueuse des valeurs individuelles compatibles avec celles de l'organisation -création de projets qui se basent sur les facteurs valorisés par les salariés au travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Informer régulièrement le personnel sur les orientations de l'entreprise et le faire participer aux différentes phases, -Octroyer une plus grande flexibilité horaire, -Donner une marge de manœuvre pour prendre des décisions, -Encourager le développement via l'accès à des formations accessibles et visibles. 	<ul style="list-style-type: none"> -des rétroactions sur les qualités professionnelles du salarié, -des programmes de reconnaissance de l'investissement, -des lettres de remerciements personnalisées en provenance des clients, -remerciements par le gestionnaire de la valeur des idées même quand elles ne sont pas concrétisées, -applaudissements pour souligner les efforts et le temps investis dans un projet, -message envoyé par le supérieur pour souligner le courage de l'employé à s'adapter aux conditions pénibles. 	<ul style="list-style-type: none"> -des cérémonies mettant en valeur une réussite particulière, -des primes de motivation pour la réalisation des objectifs, -des félicitations spontanées par des pairs.

Source : adapté des travaux de Brun et Dugas (2002) ; Brun et Dugas (2005) et Brillet et al (2013)

2. Les pratiques de reconnaissance : Entre importance de la source de provenance de la reconnaissance et efficacité au travail

Appréhendées par différentes approches, les pratiques de reconnaissance sont octroyées sur « *une base régulière ou ponctuelle, avec des manifestations formelles ou informelles, individuelles ou collectives, privées ou publiques, pécuniaires ou non pécuniaires* » (Brun et Dugas, 2005, p 85). Toutefois, « *la personne qui exprime la reconnaissance...doit être légitime, compétente et crédible aux yeux des employés* » (Saint Onge, 2005, p.97) d'où l'importance de la source de provenance de la reconnaissance.

2.1 La source de provenance de la reconnaissance

La réciprocité est constructive de la relation de reconnaissance qui se fonde sur un échange de biens entre celui qui donne le produit de son talent et ses destinataires qui lui rendent la gratitude (Heinrich, 2007). Le principe de réciprocité qui régit les relations interactionnelles entre détenteur de reconnaissance et celui qui la reçoit permet de cerner les différents types d'interactions qui régissent les différentes formes de reconnaissance et que Brun et Dugas (2005, p. 84) typifient en cinq : « *les relations qui s'établissent sur les plans organisationnel, vertical, horizontal, externe et social* ». Ces relations permettent de cerner cinq sources de provenance de reconnaissance à savoir : l'organisation, le supérieur hiérarchique, les collègues au travail, les clients fournisseurs et les autres partenaires externes ainsi que la communauté (Fall, 2015).

La reconnaissance en provenance de l'organisation concerne « *l'ensemble des moyens matériels déployés par l'entreprise et mis à la disposition des salariés* » (Fall, 2015, p.191). Elle correspond à l'ensemble des politiques et programmes dont le contenu est en concordance avec les discours et promesses de l'entreprise lui permettant de garantir sa crédibilité. L'ensemble des formes de reconnaissance provenant de l'entreprise ont pour rôle de garantir l'avancement et le développement des salariés via l'accès à des programmes de coaching, mobilité, consultation des avis des salariés en prenant en considération leurs suggestions. Dans le même ordre d'idée, quelles soient pécuniaires ou non pécuniaires, elles sont essentiellement orientées vers la rétribution de l'ancienneté au travail, l'innovation ainsi que la qualité des réalisations individuelles ou en groupe (Fall, 2015 ; Brun et Dugas, 2005). Cette forme de reconnaissance provenant de l'organisation semble être plus objective par rapport à celle qui provient du supérieur hiérarchique. En effet, cette dernière se base sur la

qualité de la relation qu'entretient le détenteur de la reconnaissance avec son supérieur qui a des réticences quant à son octroi. Saint Onge et al (2005, p.90) résument l'ensemble des réticences autour de « *la crainte de perdre du pouvoir; la peur d'exprimer des sentiments; la perception que la reconnaissance est un exercice peu viril assimilé à de la flatterie, à de la séduction ou à de la manipulation; la méconnaissance du travail accompli par les employés; la peur d'alimenter des perceptions d'injustice, des jalousies et un climat de compétition* ». Provenant du supérieur hiérarchique, cette forme de reconnaissance concerne les appréciations à visée de valorisation des efforts et aussi des réalisations des salariés. Ainsi, elle fait référence, généralement, à l'accès aux programmes de formation, d'évaluation, aux différents actes inhérents aux remerciements publics, privés voire même écrits (Fall, 2015 ; Brun et Dugas, 2005).

La reconnaissance attestée par les collègues se base sur le jugement de beauté qui est perçu par le salarié à reconnaître comme étant honnête car elle n'est pas impactée par la flatterie pouvant provenir des jugements effectués par l'organisation ou les supérieurs hiérarchiques. Toutefois, les collaborateurs sont en perpétuelle concurrence de peur de perdre leur emploi dans des conditions de travail impactées par la précarisation des emplois. De ce fait, ils cherchent de moins en moins à reconnaître le travail des plus performants dans un groupe par peur de les voir les devancer et parfois même être la cause de leur licenciement. En provenance des collègues au travail, elle se réfère aux rencontres formelles et informelles entre collègues, aux rétroactions spontanées suite aux différentes réalisations, aux encouragements mutuels via des remerciements écrits, publics et privés (Brun et Dugas, 2005). En dernier lieu, la reconnaissance provenant d'acteurs externes à l'entreprise tels que les clients, les fournisseurs, les autres partenaires se manifeste par des contacts personnalisés, remerciements publics, privés voire même écrits de la part des clients, fournisseurs, ou bien d'autres partenaires. Celle en provenance de la communauté « *peut se manifester par la valorisation de l'utilité sociale d'une organisation ou la reconnaissance de la contribution sociale de certains corps de métier comme les pompiers ou les infirmières par exemple* » (Fall, 2015, p.191). Elle se présente sous forme de remerciements écrits, publics, privés pour valoriser le caractère social du travail effectué. L'ensemble des pratiques de reconnaissance présentées au niveau de la partie 1 de cette section sont catégorisées en fonction de la source de provenance d'une façon détaillée dans le tableau 2 inspiré des travaux de Brun et Dugas (2005, p86).

Tableau 2: Typologie des pratiques de reconnaissance en fonction des sources de provenance

Les pratiques de reconnaissance / Source de provenance	Reconnaissance existentielle	Reconnaissance de la pratique de travail	Reconnaissance de l'investissement dans le travail	Reconnaissance des résultats
L'organisation	<ul style="list-style-type: none"> -Lettre personnalisée lors d'un événement personnel (anniversaire) - Rencontre d'accueil pour le nouvel employé -Accès à un travail moins pénible -Programme de suggestions des employés -Information, consultation du personnel -Clarification des normes de rétribution 	<ul style="list-style-type: none"> -Prix de pratique professionnelle - Programme de <i>coaching</i> et mentorat - Programme de mobilité -Programme de reconnaissance et de soutien de l'innovation -Cérémonie de reconnaissance pour le travail d'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance des heures supplémentaires -Reconnaissance des années de service -Octroi de temps pour les activités sociales entre employés - Repos accordé 	<ul style="list-style-type: none"> -Primes de motivation -Communiqués, journal des succès -Prix d'excellence, prix d'équipe -Budget discrétionnaire / reconnaissance par unité ou Service -Note personnalisée pour une réalisation méritante - Semaine de la reconnaissance
Le supérieur hiérarchique	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité et visibilité de la direction -Gestion responsabilisante -Participation au développement -Accès au développement professionnel -Défense de ses employés -Latitude décisionnelle offerte -Autorisation d'aménagements d'horaire 	<ul style="list-style-type: none"> -Affectation à un projet spécial - Participation autorisée à un colloque -Encadrement professionnel -Appui positif de l'employé envers le patron -Valorisation des porteurs de dossiers -Félicitations adressées à un employé devant les pairs 	<ul style="list-style-type: none"> -Prise en considération de la charge de travail ou de la difficulté du travail dans l'évaluation des résultats - Organisation d'activités relaxantes après des activités intenses - Remerciements de la part d'un employé pour le temps qu'un cadre lui a consacré 	<ul style="list-style-type: none"> -Rencontre d'évaluation du rendement - Lettre personnalisée à un employé ayant obtenu un contrat pour l'entreprise -Affichage dans le service des réussites d'équipes -Félicitations, remerciements publics des employés au gestionnaire pour sa contribution à une réussite -Tableau d'honneur

<p>Les collègues</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation entre pairs -Soutien face à un besoin personnel -Information sur un sujet d'intérêt -Cérémonie de reconnaissance entre collègues lors d'un départ 	<ul style="list-style-type: none"> -Feed-back par les pairs sur les habiletés professionnelles -Groupe de résolution de problèmes -Mise en relief des contributions, de l'innovation, de la créativité lors de réunions d'équipe -Félicitations adressées mutuellement 	<ul style="list-style-type: none"> -Applaudissements pour souligner l'effort - Lettre personnalisée reconnaissant le courage et la ténacité d'un collègue - Encouragements des pairs à maintenir l'effort et la mobilisation collective -Soutien entre groupes de métiers 	<ul style="list-style-type: none"> -Fête entre pairs pour souligner une réussite -Remise d'un cadeau à une personne pour une réalisation professionnelle importante -Réjouissances informelles entre deux employés au moment de la réalisation des objectifs
<p>Acteurs externes à l'entreprise : clients, fournisseurs, autres partenaires, communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Prise en considération de l'opinion du client, du consultant - Contacts personnalisés -Information offerte au consultant -Accueil sympathique des fournisseurs -Mémoire des caractéristiques personnelles du client -Travail bénévole -Respect de la culture et de l'identité d'un groupe de la communauté -Valorisation sociale d'un employé ou d'une entreprise par la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> -Remerciements verbaux adressés par un client pour la qualité du service -Rencontre d'évaluation du travail d'un consultant - Offre d'un contrat important en relation avec les compétences professionnelles du consultant -Remerciements publics de l'entreprise à un organisme communautaire en reconnaissance du travail effectué 	<ul style="list-style-type: none"> -Lettre de recommandation pour le consultant vantant son ardeur au travail - Feed-back positif à un fournisseur - Félicitations par un client pour le travail d'un employé dans des conditions difficiles - Reconnaissance du travail des aînés et retraités - Lettre de reconnaissance de la communauté à un groupe d'employés pour leur mobilisation 	<ul style="list-style-type: none"> -Subventions au mérite à des organismes -Cérémonie de reconnaissance - Diffusion dans les médias des résultats positifs de la collaboration entreprise-communauté

Source : adapté des travaux de Brun et Dugas, (2005, p.86)

2.2. Efficacité des pratiques de reconnaissance dans les milieux organisationnels

Les salariés sont en quête permanente de reconnaissance qui se place au centre de leurs préoccupations dans un contexte marqué par l'incertitude des repères individuels et collectifs (El Akrimi et al, 2009). Les gestionnaires des ressources humaines se soucient davantage de la reconnaissance et développent des pratiques qu'ils octroient fréquemment et qui présentent un ensemble d'avantages par rapport aux régimes de rémunération variable. Cette orientation vers les pratiques de reconnaissance est d'autant plus importante vu la remise en question du système classique des récompenses ainsi que les avantages que sont supposées générer ces pratiques par rapport aux régimes de rémunération variable. Saint Onge et al (2005) ont résumé l'ensemble de ces avantages autour du fait qu'elles sont moins coûteuses, plus personnalisées, elles ne sont pas perçues comme des acquis mais plutôt valorisées comme des trophées, elles symbolisent adéquatement les valeurs des dirigeants, et permettent aux salariés de concilier la vie professionnelle et la vie familiale à un certain degré (Saint Onge et al, 2005).

Dans le même ordre d'idée, les pratiques de reconnaissance permettent de générer un ensemble d'avantages en matière de gestion des ressources humaines en milieux organisationnels. La reconnaissance renforce la confiance qui régit les rapports entre les salariés et leur supérieur hiérarchique. Ces derniers perçoivent leurs subordonnés comme étant responsables, cherchant à déployer des efforts en permanence pour atteindre les objectifs organisationnels. De leur part, les salariés, jugent qu'ils sont estimés, respectés à leur juste valeur, leurs avis sont pris en considération et bénéficient d'un traitement qui met en exergue leur singularité (Saint Onge et al, 2005 ; El Akremi et al, 2009). L'étude d'El Akremi et al (2009) effectuée auprès des salariés qui travaillent dans des entreprises de différents secteurs a révélé que la confiance dans le potentiel d'un salarié est le reflet de la reconnaissance attestant de sa valeur distinctive octroyée par ses supérieurs. Perçue comme étant une gratification de cette valeur, la responsabilisation a posteriori peut également procéder de la reconnaissance en signe de récompense de cette confiance instaurée. Ainsi les marques de reconnaissance qui s'ajustent aux besoins spécifiques des salariés au travail permettent de renforcer la confiance mutuelle entre les salariés et leur supérieur hiérarchique et d'assurer la justice

organisationnelle. La justice organisationnelle s'articule autour de la justice distributive, procédurale et interactionnelle. D'abord la justice interactionnelle fait référence à la perception des employés de la qualité de traitement interpersonnel reçu de la part des supérieurs hiérarchiques (El Akremi et al, 2009). La caractéristique interpersonnelle de cette dimension de la justice est un « *élément clé dans la reconnaissance* » (Brillet et al, 2012, p.5) dans le sens où elle met en exergue la réciprocité des interactions entre la source de la provenance de la reconnaissance et celui qui la détient. Ensuite la justice distributive qui est focalisée sur le résultat obtenu et correspond à la justice perçue de la comparaison qu'effectuent les salariés du ratio de leurs contributions/rétributions par rapport à ceux de leurs référents (Brillet et al, 2012). Enfin, la justice procédurale fait référence à la justice perçue des procédures adoptées lors de la décision d'allocation des pratiques de reconnaissance (El Akrimi et al, 2009). Les résultats de l'étude de Brillet et al (2012) ont révélé que la justice procédurale et la justice interactionnelle déterminent plus significativement la reconnaissance au travail que la justice distributive. Toutefois leur étude a révélé que la reconnaissance déterminée via l'ensemble de ces trois dimensions de la justice organisationnelle n'a pas d'effet sur la fidélisation des salariés au travail. Ce qui pourrait être expliqué par le fait que seules les pratiques de reconnaissance déterminées par la justice procédurale et la justice interactionnelle impacteraient la fidélisation des salariés à l'entreprise.

Par ailleurs, les pratiques de reconnaissance représentent une source importante de mobilisation des ressources humaines (Tremblay et al, 2005). L'étude de Paré et Tremblay (2004) a révélé que les pratiques de reconnaissance qui se présentent sous forme de félicitations et de remerciements ont des effets positifs sur la mobilisation des salariés. Dans le même ordre d'idée, la reconnaissance au travail se présentant sous différentes formes symboliques permet de soutenir la motivation au travail (Moulinier, 2010). Dans la même veine, les travaux d'El Akremi et al (2009, p.678) ont révélé que l'ensemble des marques de reconnaissance « *enclenche et dynamise la motivation laquelle se matérialise par une activité accrue ou des comportements pro sociaux* ». La motivation au travail constitue un déterminant parmi d'autres de la performance individuelle. Cette dernière est décrite d'après Campbell (1990) comme étant l'ensemble des comportements que les salariés mettent en œuvre lors de l'exercice de leur travail et qu'ils orientent vers les objectifs organisationnels.

Appréhendée comme un ensemble de comportements organisationnels au travail, la performance individuelle représente l'ensemble des valeurs qui font l'objet d'une expectation de la part de l'organisation en ce qui a trait aux comportements discrets qu'adoptent les salariés pendant une période de temps bien déterminée (Motowidlo, 2003). Dans le même ordre d'idée, Murphy (1990); Campbell et al (1993) soulignent que la performance individuelle ne représente pas une conséquence des comportements organisationnels mais elle constitue plutôt l'ensemble de ces comportements en tant que tels. Afin de renforcer ces comportements organisationnels qui permettent à l'entreprise de générer les résultats escomptés, les gestionnaires des ressources humaines développent des pratiques de reconnaissance (Saint Onge et al, 2005). Parmi ces comportements organisationnels, nous avons orienté notre choix dans le cadre de notre travail doctoral vers les comportements discrétionnaires. Les comportements discrétionnaires ont la spécificité de ne pas constituer « une exigence exécutoire du rôle ou de la description de l'emploi, qui est, dans les conditions clairement définies du contrat de travail » Organ (1988, p.4). Ils sont volontairement adoptés par les salariés qui sont incités à effectuer un travail qui va au-delà de celui qui est prescrit par leur organisation. Force est de constater que ces comportements ne sont pas explicitement récompensés par les systèmes de rémunération formelle et pourtant, ils facilitent l'efficacité de l'organisation et promeuvent les intérêts organisationnels (Brief et Motowildo, 1986). Les pratiques de reconnaissance prennent dès lors tout leur sens. Pour mémoire, les pratiques de reconnaissance rétribuent le travail réellement effectué en tenant compte des contraintes, se basent sur des jugements de gratitude afin de valoriser les résultats atteints par le salarié. Grâce à ces pratiques, ce dernier n'est pas seulement considéré comme une force de travail mais aussi comme une personne à part entière digne de respect et de traitements justes lui permettant de se démarquer de ces collaborateurs. Dans cette visée, les pratiques de reconnaissance peuvent constituer des déterminants des comportements discrétionnaires, c'est ce que nous allons démontrer tout au long des chapitres suivants

Conclusion

La reconnaissance au travail est un concept émergent en sciences de gestion qui a connu son apogée à partir des années 2000. Ce concept multidimensionnel (Roche, 2014) que Brun et Dugas (2005, p.80) qualifient de « *polymorphe et polysémique* » a fait l'objet de travaux conséquents dans différentes disciplines notamment en philosophie qui constitue la seule discipline qui a fait de la reconnaissance un sujet focal depuis plus de deux siècles (Bouzidi et El Akrimi, 2006). La lutte pour la reconnaissance est par excellence un combat contre le déni que le salarié mène dans son travail afin d'échapper au mépris, la méconnaissance et l'invisibilité. L'objectif étant de garantir d'une reconnaissance authentique qui assure d'une part une distinction de singularité en réponse aux attentes de soi et de son autoévaluation au travail. D'autre part, la distinction de conformité qui se base sur des critères d'utilité énoncés par la hiérarchie et attribués par les acteurs internes et externes à l'entreprise (Dejours, 1995). Ces deux formes de distinction mettent en exergue le caractère bipolaire de la reconnaissance au travail (Bourcier et Palobart, 2007) et permettant dans le même ordre d'idée, une identification à soi ainsi que celle à autrui. Grâce à la relation de reconnaissance qui garantit la réciprocité des échanges, les salariés s'attendent à une valorisation de leur contribution via des actions d'évaluation de la part des acteurs externes ou internes à l'entreprise envers lesquels ils orientent leurs efforts au travail. Dans cette perspective, les pratiques de reconnaissance catégorisées par les approches éthique, humaniste, psycho dynamique et comportementaliste sont octroyées par ces différents acteurs de l'entreprise. Elles se présentent sous différentes formes allant d'un simple merci informel provenant des différentes sources attestant de la reconnaissance au travail à un éventail plus large de marques formelles.

Le recours à ces différentes pratiques est d'autant plus important depuis la remise en question du système de rémunération traditionnel (Laval, 2011). Certes, les pratiques de reconnaissance ont montré leur efficacité dans les milieux organisationnels en tant que propulseur de la confiance au travail, la mobilisation des ressources humaines, la motivation au travail et les comportements organisationnels (Moulinier, 2010 ; El Akrimi et al, 2009 ; Brun et Dugas, 2005 ; Tremblay et Simard, 2005 ; Tremblay et Paré, 2004).

Par ailleurs, les comportements discrétionnaires ne représentent pas une « exigence exécutoire du rôle ou de la description de l'emploi, qui est, dans les conditions clairement définies du contrat de travail » Organ (1988, p4) et ne sont pas explicitement récompensés par les systèmes de rémunération formelle. Partant de ces constats, les pratiques de reconnaissance prennent dès lors tout leur sens parce qu'ils rétribuent le travail réellement effectué en tenant compte des contraintes, se basent sur des jugements de gratitude afin de valoriser les résultats atteints par le salarié. Dans cette visée, nous allons analyser l'impact des pratiques de reconnaissance qui se présentent sous différentes formes sur les comportements discrétionnaires adoptés au travail.

Chapitre 2 : Comportements discrétionnaires : vers un éclairage théorique du comportement d'entraide et du comportement d'innovation

Introduction

Les comportements discrétionnaires sont des comportements adoptés à l'initiative de l'employé, de son propre gré afin d'effectuer un travail qui va au-delà de celui qui est prescrit par son entreprise (Organ, 1988). Ces comportements qui ne sont pas exigés par l'entreprise et qui ne font pas l'objet de l'une des clauses du contrat de travail, ne sont pas rétribués expressément par les systèmes de rémunération formels de l'entreprise (Organ, 1988 ; Brief et Motowildo, 1986). Les comportements discrétionnaires sont « *bénéfiques à l'organisation* » (Guay al, 2000, p.8). Dans le cadre de notre étude, nous allons nous intéresser aux comportements d'entraide et comportement d'innovation. La population de notre étude a concouru à orienter notre choix vers ces deux comportements discrétionnaires et non pas d'autres. En effet, les infirmiers exercent un métier qui s'articule autour d'un ensemble d'activités qui visent non seulement à présenter des soins représentant l'ensemble des activités exigées par ce métier mais aussi à prendre soin des patients. L'ensemble de ces activités ne font pas toutes nécessairement partie des exigences formelles du métier d'infirmier. Elles concernent en outre l'ensemble des tâches visant à aider les patients à retrouver leur autonomie. Dans le même ordre d'idée, les infirmiers travaillent dans des environnements turbulents, disposent de ressources limitées et sont en lutte permanente pour présenter des prestations de qualité (Matthews et al, 2006). Ils sont dès lors appelés à s'entraider avec leurs collaborateurs ainsi qu'à adopter des comportements d'innovation pour répondre aux exigences de leur métier.

Partant, de ces constats, nous allons tout au long de ce chapitre exposer le comportement d'entraide qui de part sa nature discrétionnaire est catégorisé comme un comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers les autres (Organ, 1988 ; 1990) (Section 1). Le comportement d'innovation comme comportement extra rôle représentant l'ensemble des

actions discrétionnaires (Katz, 1964) sera appréhendé en tant que création, introduction et application de nouvelles idées au travail (Janssen, 2001) (Section 2).

Section 1 : Le comportement d'entraide : Spécificités d'un comportement de citoyenneté organisationnelle

Section 2 : Les comportements d'innovation

Section 1 : Le comportement d'entraide : Spécificités d'un comportement de citoyenneté organisationnelle

Le comportement d'entraide est un comportement discrétionnaire qui génère un ensemble de bénéfices potentiels aussi bien pour le travail en groupe que pour l'organisation (Anderson et Williams, 1996; Borman et Motowidlo, 1993; Organ, 1988; Van Dyne et Lepine, 1998). Représentant une dimension prépondérante du comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers les autres (1), ce comportement s'articule autour de l'altruisme (2), la facilitation interpersonnelle et le rétablissement de la paix (3). L'objectif étant de poser les prémisses d'un comportement indispensable au travail du personnel infirmier.

1. Le comportement d'entraide : un comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers les autres

Les travaux sur les comportements de citoyenneté organisationnelle se sont multipliés depuis les premières recherches de Borman et Organ (1983) et celles de Smith, Organ et Near (1983) faisant émerger « *un ensemble de concepts connexes tels que les comportements extra rôle...les comportements pro sociaux organisationnels...et la performance contextuelle* » (Podsakoff et al, 2000, p 514).

Malgré l'évolution des travaux sur les comportements de citoyenneté organisationnelle d'une façon exponentielle depuis les premières études de Borman et Organ (1983) et Smith et al (1983), la plupart de ces recherches s'accordent sur l'efficacité de ces comportements au niveau groupal qui est plus importante que les comportements de citoyenneté organisationnelle au niveau individuel (Valsania et al, 2012).

1.1. Les comportements de citoyenneté organisationnelle : définitions d'un concept multidimensionnel

Organ (1988, p.4), définit les comportements de citoyenneté organisationnelle comme étant « *des comportements discrétionnaires qui ne sont pas directement ou explicitement reconnus par le système formel de récompenses dans l'entreprise mais qui dans l'ensemble favorisent le fonctionnement efficace de l'organisation. Par discrétionnaire, nous voulons dire que le comportement n'est pas une exigence exécutoire du rôle ou de la description de l'emploi, qui*

est, dans les conditions clairement définies du contrat de travail ». Dans le même ordre d'idée, selon El Akremi et al (2006, p.76) «Ces comportements spontanés, positifs et pro sociaux... vont au-delà de ce qui est formellement prescrit et requis de l'employé... et ne sont pas récompensés par des rétributions formelles ».

Adopter un comportement discrétionnaire est plutôt une question de choix personnel et son omission n'est généralement pas punissable. Ces comportements que les employés engagent dans la discrétion contribuent à l'efficacité de l'organisation ainsi que la promotion des intérêts organisationnels (Brief et Motowildo, 1986). Leur intérêt pour l'organisation s'explique aussi par le fait qu'ils relèvent des conduites volontaires et qu'ils ne font l'objet d'aucune récompense institutionnalisée (Paillé, 2006). El Akremi et al (2006), affirment que les entreprises qui exaltent les comportements de citoyenneté organisationnelle tirent un avantage compétitif. Ces comportements sont une denrée rare, difficilement imitables et non substituables et sont dans le même ordre d'idée des *«contributions nécessaires à l'entretien et l'amélioration du contexte social et psychologique qui soutiennent l'exécution des tâches »* Organ (1997, p.91).

Par ailleurs, les motivations individuelles à s'engager dans des comportements de citoyenneté organisationnelle sont déterminante de leur distinction en tant que comportement in rôle ou extra rôle (Kwantes et al, 2008).

1.1.1. Les comportements de citoyenneté organisationnelle : entre comportement in rôle et extra rôle

Catégoriser un comportement de citoyenneté organisationnelle comme étant un comportement in rôle ou extra rôle dépend grandement de l'engagement de l'employé dans ce comportement (Morrison, 1994 ; Coyle-Shapiro, 2004). Le comportement in rôle est défini comme un comportement indispensable, faisant partie des tâches principales du travail que l'employé est dans l'obligation d'effectuer. Néanmoins, le comportement extra rôle est perçu comme un comportement supplémentaire, un plus, une faveur qui n'est pas obligatoirement sollicitée lors de l'exécution du travail. Kwantes et al, (2008) et Moorman et Blakely (1995) mettent l'accent sur l'importance de la culture dans la catégorisation des comportements de citoyenneté organisationnelle en comportements in rôle ou extra rôle. Moorman et Blakely (1995) avancent l'idée selon laquelle les individus appartenant à des cultures collectivistes exhibent de hauts niveaux de comportements de citoyenneté organisationnelle par rapport aux

individus appartenant à des cultures individualistes. Plus spécifiquement, les individus issus de cultures collectivistes mettent d'avantage l'accent sur l'harmonie et les aides interpersonnelles par rapport aux individus issus de cultures individualistes.

Néanmoins, Podsakoff et al (2000) stipulent qu'il n'existe pas de variables culturelles permettant de prédire les CCO. De leur côté, Kwantes et al, (2008) ; Borman et al, (2001) ; Organ et Ryan, (1995), affirment que les facteurs inhérents à la personnalité sont reliés à la perception du CCO en tant que comportement in rôle et extra rôle. Il existe des facteurs de personnalité qui prédisposent un individu à s'engager dans les CCO. Par exemple, les personnes qui s'inscrivent dans des actions d'œuvre caritatives sont prédisposées à s'engager dans les CCO et à les considérer comme des comportements in rôle. Dans le même ordre d'idée, les différences individuelles en termes de méfiance réciproque, d'empathie et de prise de recul déterminent la perception du CCO en tant que comportement in rôle ou extra rôle. En effet, les personnes qui ont un niveau de méfiance réciproque élevé sont moins enclines de voir le CCO comme un comportement in rôle. Toutefois, les personnes qui ont un haut niveau d'empathie et de prise de recul perçoivent les CCO comme étant des comportements in rôle (Kwantes et al, 2008).

Selon Morrison (1994), les barrières entre les comportements extra-rôle et in-rôle dépendent des relations interpersonnelles qui régissent les rapports des salariés avec leurs collègues ainsi qu'avec leur supérieur hiérarchique. Les superviseurs valorisent les comportements extra rôle car les environnements dynamiques dans lesquels baignent les entreprises de nos jours ne permettent pas la spécification voire même l'anticipation de tous les comportements souhaités par l'entreprise (Van Dyne et Le Pine, 1998).

Force est de constater que la catégorisation des comportements de citoyenneté organisationnelle en comportement in rôle ou extra rôle n'est pas toujours évidente telle que l'a soulignée Organ, (1997). Toutefois, qu'il soit catégorisé en un comportement in rôle ou extra rôle, le comportement de citoyenneté organisationnel est un concept multi dimensionnel orienté aussi bien vers l'organisation que vers les individus.

1.1.2. Le comportement de citoyenneté organisationnelle : un concept multidimensionnel

Les CCO sont composés de plusieurs sous ensembles de comportements organisationnels pro sociaux (Brief et Motowildo, 1986 ; Organ, 1988). En effet, de part leur nature discrétionnaire, « *les comportements de citoyenneté organisationnelle dépassent le cadre des systèmes formels de rémunération et constituent une source qui peut être échangée par les individus qui ont bénéficié de récompenses sociales* » (El Akremi et al, 2006, p.76). Les salariés sont motivés à adopter des comportements de citoyenneté organisationnelle en contre partie d'un échange non pas monétaire mais que El Akremi et al (2006, p76) qualifient de « *social* ». En tant que composante de l'échange social, les comportements de citoyenneté organisationnelle sont la principale monnaie qui n'est pas exemptée de leur contrôle et qu'ils domptent parfaitement dans les relations avec leurs collaborateurs (Ayree et al, 2002).

Smith, Organ et Near (1983) pionniers des comportements de citoyenneté organisationnelle ont recensé deux dimensions des comportements organisationnels pro sociaux qui s'articulent autour de l'altruisme et de la complaisance organisationnelle. L'étude que ces auteurs ont menée auprès de 422 employés travaillant dans deux banques américaines a révélé que l'altruisme représente l'ensemble des comportements qui sont à vocation d'aider les personnes afin d'affronter diverses situations. L'altruisme « *ressemble beaucoup aux formes de comportements d'aide préalablement étudiés par la psychologie sociale* » (Smith et al, 1983, p. 661). La complaisance générale : fait référence à un type impersonnel de conscience qui ne fournit pas de l'aide immédiate à une personne particulière mais plutôt de l'aide à d'autres personnes de l'organisation « *pour le bien du système plutôt que pour une personne spécifique* » (Smith et al 1983, p. 661).

Podsakoff et al (2000, p.516) rajoutent leur pierre à l'édifice et recensent « *trente différentes formes de comportements de citoyenneté organisationnelle* » depuis les travaux de Smith et al (1983). Ces formes ont été regroupées en sept dimensions à savoir « *les comportements d'entraide, l'esprit sportif, la loyauté organisationnelle, la conformité organisationnelle, l'initiative individuelle, la vertu civique et le développement de soi* » (Podsakoff et al, 2000, p. 516). Le développement de soi est un comportement de citoyenneté organisationnelle (George et Brief, 1992) qui ne fait bénéficier que la personne qui l'adopte. Il concourt à améliorer volontairement l'ensemble de ses savoirs, savoir être et savoir faire afin d'élargir la

gamme de ses contributions dans l'objectif d'être employable dans différentes organisations (Podsakoff et al, 2000).

Anderson et Williams (1996) pionniers de la catégorisation des comportements de citoyenneté organisationnelle en fonction des bénéficiaires, différencient les comportements orientés vers les individus CCO-I de ceux qui sont orientés vers l'organisation CCO-O. Cette classification que Motte (2013, p.2) qualifie de « *pertinente* », permet de cerner avec exactitude les différents processus responsables de l'adoption de ces comportements discrétionnaires. Dans la même veine, elle permet aux personnes qui bénéficient des comportements de citoyenneté organisationnelle d'aider « *la source grâce à laquelle ils ont obtenu ce bénéfice* » (Motte, 2013, p.2) d'après la norme de réciprocité basée sur l'échange social (Cormier, 2008).

Les CCO-O comprennent l'ensemble des comportements qui représentent « *un engagement, une loyauté, une allégeance à une organisation... qui implique une adhésion aux règles, aux politiques et aux procédures prescrites* » (Motte, 2013, p.2). Ils incluent la loyauté organisationnelle, la conformité organisationnelle, l'esprit sportif, la vertu civique et l'initiative individuelle (Mac Kenzie et al, 1998 ; Podsakoff et al, 1990). La loyauté organisationnelle ainsi que la conformité organisationnelle s'articulent autour du respect des règles et des procédures organisationnelles auxquels viennent se greffer, certains aspects relatifs au dévouement au travail (Borman et Motowildo, 1993, Van Scooter et Motowildo, 1996). L'esprit sportif représente « *la volonté de tolérer les inconvénients inévitables et les impositions inhérentes au travail sans se plaindre* » Organ (1990, p.96). La vertu civique comme forme de CCO-O représente la participation responsable et constructive dans le processus politique de l'organisation tels que l'expression des opinions, la participation aux réunions informelles, le partage des opinions et les actes volontaires pour appliquer des idées innovantes (Organ, 1988, 1990 ; Graham, 1991 ; George et Brief ; 1992 ; Georges et Jones ; 1997). En dernier lieu, l'initiative individuelle, représente « *la communication avec les autres dans les lieux de travail afin d'améliorer la performance individuelle et groupale* ». (Moorman et Blakely, 1995, p.130). Elle inclut des actes volontaires de créativité et d'innovation visant à améliorer la performance et qui motivent les collaborateurs à s'engager dans des actions de volontariat (Podsakoff et al, 2000).

Grâce à ces formes de comportements, les salariés font bénéficier directement leur organisation à travers leurs contributions (Mac Kenzie et al, 1998, Podsakoff, et al, 1990).

Néanmoins, le comportement d'entraide dont les composantes principales sont l'altruisme et la courtoisie (Organ, 1988, 1990) est catégorisé comme étant un comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers ses collaborateurs encore qualifiés par Motté (2013, p. 2) « *les autres individus de l'organisation* ».

2. Le comportement d'entraide pour une aide volontaire

Aider les autres membres du groupe représente une forme de comportement discrétionnaire qui présente un ensemble d'avantages potentiels aussi bien pour le travail en groupe que pour l'organisation (Anderson et Williams, 1996; Borman et Motowidlo, 1993; Organ, 1988; Van Dyne et al, 1995). Graham (1991) définit les comportements d'entraide comme une coopération interpersonnelle focalisée sur l'aide des collaborateurs qu'ils présentent quand elle est nécessaire. George et Brief (1992) et George et Jones (1997) rajoutent leur pierre à l'édifice en précisant que le comportement d'entraide représente l'ensemble des différentes formes d'assistance volontaires que les membres de l'organisation fournissent les uns aux autres afin de faciliter l'accomplissement des tâches au travail et d'atteindre les objectifs fixés par l'organisation. Borman et Motowidlo (1993, 1997) soulignent l'importance de la coopération entre les collègues ainsi que l'altruisme qui règne sur les relations d'entraide.

2.1. L'altruisme une dimension du comportement d'entraide et relative à l'aide volontaire

Depuis les travaux de Smith et al (1983), les études de Mac Kenzie et al (1991) ; Borman et Motowidlo (1993, 1997) ; Moscovic(2000) ; Van Scotter et Motowidlo (1996) ; Dieffendord et al (2002) ; Lievens et Anssel (2004) ; Paillé (2006) ont révélé que le comportement d'entraide se base essentiellement sur l'altruisme. Certes, Smith, Organ et Near (1983) définissent les comportements d'entraide comme des comportements qui sont adoptés directement et intentionnellement pour aider des personnes spécifiques à affronter des situations diverses. « *L'altruisme est un concept émergent des comportements d'entraide qui vise des personnes spécifiques* » (Smith et al, 1983, p 662). Un besoin d'aide suite à un problème rencontré, une demande de service, d'assistance constituent des stimuli à

l'engagement dans un comportement altruiste étudiés par les spécialistes de psychologie sociale dans le contexte de travail depuis les travaux de Berkowitz (1972).

L'étude que Smith et al, (1983), ont effectuée auprès de 422 employés travaillant dans différents départements d'une banque Américaine a révélé que l'altruisme représente l'ensemble des comportements volontaires. Ces derniers visent à aider les collègues aussi bien dans l'exécution des tâches quotidiennes au travail que dans la production des solutions aux problèmes confrontés au travail. L'altruisme se présente sous différentes formes comme par exemple aider ses collaborateurs et leur alléger la charge lourde de travail qui leur incombe, consacrer du temps pour assister ses collègues (Smith et al, 1983 ; Mac Kenzie et al, 1991). Dans le même ordre d'idée, Moscovic (2000), dans son livre: la psychologie sociale des relations à autrui définit l'altruisme comme étant « *un désir irrépessible qu'une personne éprouve de pouvoir sortir de soi afin de nouer un rapport de bonne foi avec les hommes....il adoucit par l'âpreté des intérêts et des sentiments qui nous séparent dans le milieu social où nous sommes immergés* » (Moscovic, 2000, p.116). Partant de ces constats, nous ne pouvons évoquer l'altruisme sans mettre en exergue l'importance de l'empathie.

2.2. L'empathie : une composante de l'altruisme nécessaire aux relations interpersonnelles du comportement d'entraide

Moscovic (2000) traite des facteurs qui poussent les individus à adopter des comportements altruistes. Parmi ces facteurs, nous citons l'empathie qui est manifestée lorsque la personne qui s'engage dans un comportement altruiste perçoit que la personne pour laquelle son aide est orientée se trouve dans une situation de détresse. « *La plupart du temps, le sentiment de détresse et d'empathie se conjuguent pour motiver l'altruisme dans une situation de crise où l'on cherche à s'approcher des autres* ». (Moscovic, 2000, p.115). Dans le même ordre d'idées, Moscovic (2000) met l'accent sur le fait que « *les personnes éprouvant de l'empathie pour les autres leur apportent en général de l'aide* ». Afin de justifier ces propos, il a pris l'exemple de l'étude qu'Amato (1986) a menée auprès des bienfaiteurs qui ont fait des dons aux victimes du gigantesque incendie qui a touché l'Australie en 1983. Les résultats de cette étude ont révélé que les donateurs qui éprouvent plus d'empathie envers les victimes de cette catastrophe naturelle avaient tendance à faire des dons plus importants que ceux qui en éprouvent moins. La question qui se pose à ce niveau est celle de savoir qu'est ce que l'empathie et dans quelle mesure impacte-t-elle les comportements d'entraide tel que l'altruisme ?

Par empathie, Eisenberg et Strayer (1987) sous entendent la capacité à partager l'émotion ressentie par autrui et à en être affectée ce qui impliquerait la capacité de saisir les causes inhérentes à l'état émotionnel spécifique tout en prenant en considération la perspective de l'identification aux autres. En d'autres termes, il s'agit du fait de « *se mettre à la place de l'autre* » (Moscovici, 2000, p.139). Thoits (1985 ; 1989) et George (2000) définissent l'empathie comme un comportement pro social représenté par la sensibilité d'un individu à ressentir les préoccupations de ses collègues avec lesquels il entretient des liens étroits. Detert et al (2008), rajoutent leur pierre à l'édifice et considèrent l'empathie comme un sentiment individuel, une sorte de préoccupation sympathique qui constitue une vraie motivation de comportement pro social. Catégorisée comme une compétence émotionnelle interpersonnelle, elle représente la capacité d'entretenir des relations en présentant de l'aide à ses collaborateurs (Goleman, 2002). Grâce à l'empathie, des relations sociales solides sont dès lors construites permettant la formation d'un réseau social qui aurait pour principal impact d'intensifier la cohésion au sein d'un groupe de travail incitant ainsi ses membres à demeurer le plus longtemps possible en son sein et à orienter leurs objectifs personnels vers ceux du groupe (Rapisarda, 2002 ; Hellriegel et al, 2001 ; Georges, 2000).

Detert et al (2008), suggèrent que les individus diffèrent dans les niveaux d'empathie. Ce qui expliquerait les raisons pour lesquelles certaines personnes sont aptes à percevoir les sentiments, émotions de leurs collaborateurs. Par conséquent, à s'engager dans des comportements d'entraide avec eux et sont susceptibles de les aider quand ils ont besoin d'eux.

La recherche sur les différentes motivations pro sociales (Batson et al, 1991 ; Batson et Show, 1991) a révélé que lorsque les personnes ressentent une vraie empathie, ils performant dans les comportements d'entraide afin de réduire les sentiments négatifs des autres même si leurs intérêts personnels peuvent être dans certains cas de figure compromis. Cependant, se trouvant dans un état de détresse qui pourrait être inhérent aux conditions de travail astreignantes, les collaborateurs ont tendance à réduire leurs réactions émotionnelles négatives et à aider leurs collègues à partir du moment où leurs intérêts ne sont pas compromis et qu'ils n'ont pas le choix de faire autrement.

Afin de mesurer les effets de l'empathie sur les comportements d'entraide, Paciella et al, (2013) ont effectué une étude auprès de 173 jeunes étudiants du Sud de l'Italie. Les résultats de leur étude ont révélé que l'empathie joue un rôle déterminant dans la promotion des comportements d'entraide. En effet, à l'instar des études de Baston et al (1991) et Eisenberg

et al (2006), le pouvoir préventif de l'empathie est déterminant des comportements d'entraide qui constituent des comportements de citoyenneté organisationnelle orientés vers les autres.

Un résultat aussi important a été révélé à savoir, la capacité de désamorcer les conflits qui a un effet important sur le comportement d'entraide. En effet, présenter son aide à ses collaborateurs, faire preuve de facilitation interpersonnelle afin de rétablir la paix constituent des actes volontaires pouvant induire au refus ou bien à l'acceptation d'assister ses collègues pour solutionner les problèmes auxquels ils font face au travail.

3. La facilitation interpersonnelle et le rétablissement de la paix pour une aide interpersonnelle face aux conflits au travail

Aider un collaborateur inclut les comportements allant de l'aide à un collègue qui a une surcharge de travail exorbitante à attirer son attention sur les erreurs, les omissions et voire même lui offrir une formation pour garantir l'apprentissage des nouvelles méthodes au travail quand personne n'est désigné pour le faire (George et Brief, 1992 ; George et Jones, 1997). Le comportement d'entraide implique d'aider volontairement les autres et ou à prévenir l'apparition des conflits au travail (Podsakoff et al, 2000). Les formes de comportement d'entraide inhérentes à l'aide volontaire ont été présentées au niveau de la partie 2. La courtoisie représente selon Organ (1988, 1990), la forme de comportement d'entraide relative à la prévention ou la résolution des conflits. Elle implique le fait d'aider les autres collaborateurs en procédant aux démarches nécessaires pour prendre les mesures préventives, permettant aux collaborateurs d'empêcher l'émergence des problèmes interpersonnels au sein de l'organisation (Podsakoff et al, 2000). Toutefois, la facilitation interpersonnelle (Van Scotter et Motowidlo, 1986) et le rétablissement de la paix (Organ, 1988, 1990) concourent au désamorçage des conflits interpersonnels.

3.1. La facilitation interpersonnelle

Van Scotter et Motowidlo (1996) définissent les comportements d'entraide autour de la facilitation interpersonnelle qui représente des comportements orientés vers les collaborateurs et plus précisément les relations interpersonnelles qui contribuent à atteindre les objectifs de l'organisation. En addition aux comportements d'entraide volontaire, « *la facilitation interpersonnelle englobe des actes délibérés qui améliorent le moral, encouragent la*

coopération, éliminent les obstacles qui entravent la performance et qui aident les collaborateurs à exercer leurs activités professionnelles axées sur les tâches » (Van Scotter et Motowidlo, 1996, p.519).

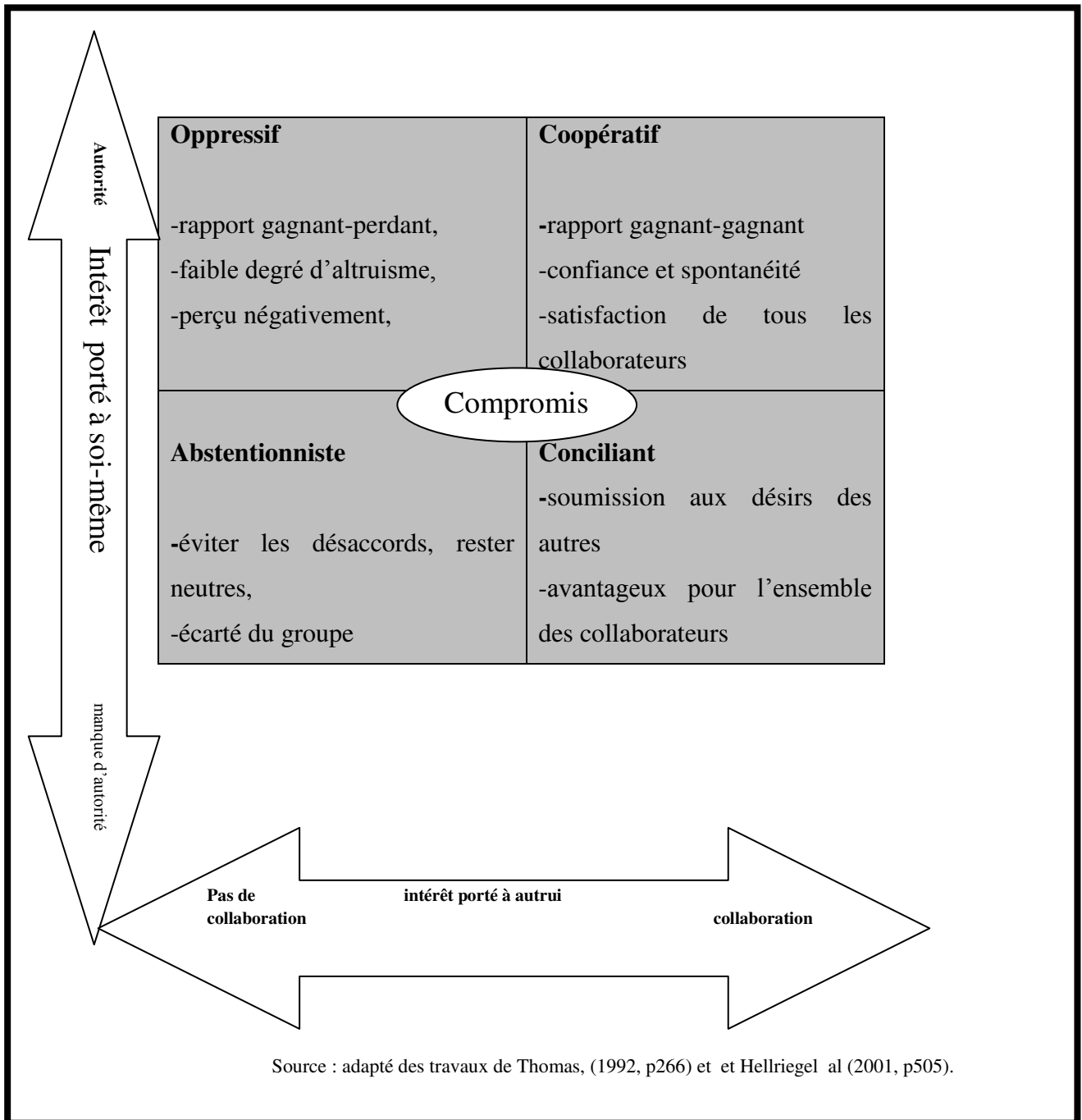
Ainsi, la facilitation interpersonnelle englobe une série d'actes interpersonnels qui aident au maintien de la cohésion de groupe nécessaire à l'exécution efficace des tâches. Néanmoins, cette dimension du comportement d'entraide ne peut à elle seule suffire à désamorcer les conflits interpersonnels, ainsi vient se greffer le rétablissement de la paix qui selon Podsakoff et al (2000) détermine aussi le comportement d'entraide.

3.2. Le rétablissement de la paix : vers la résolution des conflits interpersonnels

Le rétablissement de la paix est défini par Podsakoff et al (2000) comme étant l'ensemble des actes qui permettent d'aider ses collaborateurs et concourt à prévenir, résoudre et d'atténuer les conflits interpersonnels.

Hellriegel et al (2001, p.503) définissent le conflit interpersonnel comme celui qui implique « *deux ou plusieurs individus qui se perçoivent eux mêmes opposés entre eux au sujet de leurs préférences respectives en matière d'objectifs et /ou d'attitudes, de valeurs et de comportements* ». Pour faire face à un conflit au travail, les salariés adoptent cinq styles de comportements que Thomas.K.W (1992) catégorise en fonction de deux dimensions à savoir l'intérêt qu'ils portent pour eux même et celui porté pour leurs collaborateurs. En premier lieu, l'intérêt porté pour soi dépend de la mesure dans laquelle il fait preuve d'autorité quand il poursuit ses objectifs personnels. En second lieu, le désir de satisfaire les intérêts d'autrui dépend de la mesure dans laquelle le salarié fait preuve d'un esprit de collaboration. Le schéma suivant résume les cinq styles de comportements en fonction de ces dimensions.

Figure 4: Les styles de comportement dans le règlement des conflits interpersonnels



Les styles oppressif et abstentionniste se caractérisent par un faible niveau de collaboration il s'agit de styles qui sont orientés vers les intérêts personnels de celui qui les adopte. Néanmoins le degré d'autorité de la personne qui adopte le style oppressif est plus important par rapport à celle qui adopte un style abstentionniste. Certes, face à un conflit interpersonnel,

le style oppressif se traduit par la primauté de l'intérêt de celui qui l'adopte au détriment des intérêts de ses collaborateurs. En d'autres termes, un salarié qui s'engage dans un style oppressif pour désamorcer un conflit se réjouit des avantages des gains qui se font au détriment de la perte de ses collaborateurs. Dans le même ordre d'idée, le style abstentionniste implique un comportement fondé sur une absence d'autorité et de coopération permettant à ceux qui les adoptent de « *demeurer hors conflits, éviter les désaccords ou rester neutres* » (Slocum et al, 2001, p.504). Adopter des comportements laxistes lors des conflits est perçu négativement par les collaborateurs. De ce fait, les styles oppressif et abstentionniste semblent dissuader les collaborateurs de désamorcer les conflits interpersonnels.

Or, l'objet de cette section est de déterminer les comportements qui motivent les collaborateurs à s'entraider pour rétablir la paix lors d'un conflit. De ce fait, nous allons présenter les styles coopératif et conciliant orientés vers l'intérêt des collègues au travail et qui exigent un degré de collaboration assez important.

En nous basant sur la figure 4, le style conciliant représente un comportement coopératif caractérisé par un faible niveau d'autorité et ce contrairement au style oppressif marqué par un faible niveau de coopération. Au sein d'une entreprise, les salariés qui adoptent des comportements conciliants sont perçus comme étant « *trop faibles et soumis* » (Hellriegel et al, 2001, p.505). Le style coopératif comme comportement inhérent au rétablissement de la paix lors des conflits interpersonnels se caractérise par « *une volonté de confiance et de collaboration* » (Hellriegel et al, 2001, p.505) orientée vers le désamorçage des conflits qui garantit à l'ensemble des collaborateurs « *le maximum des avantages mutuels* » (Hellriegel et al, 2001, p.505). Les personnes coopératives sont qualifiées d'entrepreneuses qui adoptent des solutions créatrices pour résoudre les problèmes, veillent à ce que ces solutions satisfont l'ensemble des collaborateurs sans qu'elles ne portent préjudice à aucun collaborateur.

En conclusion à notre analyse de la figure 4, le style fondé sur le compromis est aussi catégorisé comme un moyen de résolution des conflits permettant à celui qui l'adopte d'être moyennement autoritaire et collaboratif. Eclairé par cette perspective, ce style se base sur un rapport donnant-donnant, le compromis est perçu par l'ensemble des collaborateurs comme une volonté de coopération exigeant un fort pouvoir de persuasion donnant lieu à une série de consensus.

Van Dyne et Lepine (1998) et Tonks et al, (2014) affirment que le comportement d'entraide est perçu comme étant in rôle pour le personnel infirmier. Ceci est dû à la nature de ce métier

qui se base essentiellement sur les relations interpersonnelles aussi bien avec les collaborateurs qu'avec les patients. Ainsi, lors de l'exercice de ses tâches quotidiennes, l'infirmier adopte un comportement d'entraide orienté vers ses collaborateurs afin de partager et intégrer ses compétences mais aussi pour désamorcer les conflits quand ils surgissent. Il doit aussi faire preuve de complaisance envers les patients en adoptant des comportements d'entraide non seulement pour leur présenter les soins mais aussi pour prendre soin d'eux.

Section 2 : Le comportement d'innovation

Katz (1964) catégorise le comportement d'innovation comme un comportement extra rôle représentant l'ensemble des actions discrétionnaires des employés qui vont au-delà des attentes du rôle prescrit et qui ne sont pas reconnus par le système de récompense formelle.

Ce comportement n'est pas prescrit par l'organisation, il est donc discrétionnaire et initié volontairement par les salariés (Parker et al, 2010 ; Ettlér, 2008).

Le comportement d'innovation ne représente pas seulement un comportement de créativité (1), il se réfère aussi selon Janssen (2003) aux différentes étapes du processus d'innovation qui s'articulent autour de la génération des idées nouvelles, leurs promotions ainsi que leurs réalisations (2)

1. Le comportement d'innovation : Importance de la nouveauté pour un ensemble de compétences comportementales

L'importance du processus d'innovation et de son impact sur le développement économique a été mise en exergue depuis les travaux de Schumpeter (1934)⁷. Il définit l'innovation comme étant le processus de création, de mise en œuvre et de combinaison de nouvelles idées à de nouveaux produits, services et processus de travail ou de marché. A l'instar des travaux de Schumpeter, l'innovation a été définie et redéfinie plusieurs fois (Farzaneh, 2014). L'innovation a pour mission d'apporter une nouveauté dans le contexte où elle est appliquée même si elle n'a pas assurément le caractère nouveau pour la personne qui l'a introduite. Bien que le noyau de l'innovation à savoir la nouveauté n'est pas toujours absolue mais peut être aussi relative appliquée dans le cadre de l'environnement social. Cette condition sinéquanone de nouveauté est prépondérante aux comportements d'innovation et permet en outre de les différencier des comportements de créativité (Scott et Bruce, 1994).

⁷ Source:

<https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=OZwWcOGeOwC&oi=fnd&pg=PR6&dq=schumpeter+1934&ots=iM9Xm-sfIg&sig=V8AP99BReZ9yT1LCQREtv-sXEfo#v=onepage&q=schumpeter%201934&f=false>

Consulté le 12 Février 2014 (non reprise en bibliographie)

1.1. Le comportement d'innovation versus le comportement de créativité : importance de la notion de nouveauté relative

Les comportements de créativité « *se rapportent à la production des idées, des produits, des processus ou des procédures nouveaux et utiles* » (Farazaneh, 2014, p.84). De ce fait, les notions de nouveauté et d'utilité sont basiques, exclusives et prépondérantes aux comportements de créativité, ce qui n'est pas toujours le cas pour les comportements d'innovation.

Les comportements d'innovation impliquent aussi bien des idées tout à fait nouvelles que d'autres qui le sont par rapport à l'unité à laquelle elles s'appliquent. Ils s'articulent autour de l'introduction intentionnelle et l'application des idées, processus, produits ou procédures qui sont qualifiés de « nouveaux » par rapport à l'unité responsable de leur adoption visant à faire bénéficier de manière significative l'individu, le groupe, l'organisation ou la société (Cingöza , Akdo÷anb , 2011 ; Janssen, 2000). En d'autres termes, ils peuvent inclure l'application d'un produit, d'une procédure, d'un processus qui sont déjà utilisés ailleurs, à condition qu'ils soient nouvellement appliqués pour un rôle particulier, un groupe de travail ou dans une organisation (Janssen, 2000 ; Anderson et al, 2004). Ainsi les comportements relatifs à l'innovation impliquent non seulement l'exclusivité de la notion de nouveauté absolue mais aussi la perception de la nouveauté par rapport à une unité bien déterminée en termes de nouveauté relative (Anderson et al, 2004). L'exemple suivant permet de mettre l'accent sur la différence entre le comportement d'innovation et le comportement de créativité. Un comportement est qualifié d'innovant lorsqu'un responsable des ressources humaines rétribue ses collaborateurs du département commercial en fonction des efforts qu'ils fournissent pour conclure une vente. Le fait que cette pratique de rémunération ne soit pas mise en place dans l'organisation en question auparavant, même si elle est déjà appliquée dans d'autres organisations, permet de qualifier le comportement du responsable des ressources humaines d'innovant et non pas de créatif.

Dans le même ordre d'idée, viennent se greffer à la notion de nouveauté relative les notions d'utilité et de résultats qui permettent de différencier un comportement d'innovation d'un comportement de créativité. En ce qui a trait à l'utilité, les idées ou les produits générés par le comportement créatif se doivent d'être utiles. En revanche, un comportement peut être qualifié d'innovant, sans pour autant être nécessairement utile, « *une tentative d'innovation peut aussi bien aboutir à un succès ou un échec pour l'organisation, car une innovation*

inefficace peut rester malgré tout une innovation » (Farazen, 2014, p.85). Pour ce qui est des résultats, Unsworth (2001), Anderson et al. (2004) affirment que les comportements de créativité sont essentiellement focalisés sur l'introduction ou bien la production de nouvelles idées, tandis que ceux relatifs à l'innovation au travail concernent aussi la sélection que l'implantation des meilleures d'entre elles.

1.2. Le comportement d'innovation : un ensemble de compétences comportementales

Appréhendée par l'approche axée sur les comportements (Scott et Bruce 1994 ; Janssen 2000 ; Yuan et Woodman 2010), l'innovation représente l'ensemble des comportements complexes intentionnels d'un individu (De Jong et Den Hartog 2007 ; Janssen 2000 ; Scott et Bruce 1994 ; Yuan et Woodman 2010). Ces comportements permettent d'introduire et d'appliquer de nouvelles idées mais aussi de produire de nouveaux biens et services en instaurant des changements dans les processus et procédures de travail voir même en intégrer de nouveaux (Janssen 2000 ; Kanter 1988 ; Scott et Bruce 1994).

Les comportements d'innovation qui constituent le processus d'innovation requièrent des personnes génératrices de nouvelles idées, qui sont en osmose avec leur environnement de travail. Grâce à la collaboration avec leurs collègues, ils exécutent des activités spécifiques permettant la réalisation efficace des objectifs fixés. Or ceci ne peut avoir lieu que via la mise en exercice d'un ensemble de compétences. La plupart des études qui relèvent du management des compétences dans le processus d'innovation traitent les compétences comme « *des leviers de mise en œuvre de stratégies de l'entreprise ainsi que des facteurs nécessaires au développement de l'innovation* » (Loufrani-Fedida et Alderbet, 2013, p.57).

Selon Hoffmann (1999), la compétence possède plusieurs définitions qui diffèrent d'un domaine à un autre. Considérée comme une aptitude individuelle, la compétence représente l'ensemble des capacités individuelles, connaissances et comportements nécessaires à l'exercice du travail. Dubois (1998, p.V) définit la compétence comme étant l'ensemble des caractéristiques incluant « *les connaissances, les mentalités, les modes de pensée qui sont, employés soit singulièrement ou suivant des combinaisons divers et qui entraînent une performance réussie* ». Amabile (1998) rajoute sa pierre à l'édifice en définissant la compétence comme étant l'aptitude d'apprendre des connaissances spécifiques à un domaine déterminé. Les compétences intègrent les acquis en termes de niveau individuel d'études,

formation, et connaissances. Les compétences d'innovation s'associent à la perception des problèmes au sein des entreprises afin d'adopter les solutions optimales à leur résolution ainsi qu'à un style de travail propice à la persévérance (Amabile, 1998).

Le concept de mobilisation des compétences est prépondérant dans la notion de compétences, Le Boterf (2008) la met en lumière et propose de traiter la définition de la compétence en discernant le fait d'être compétent de celui relatif au fait de détenir des compétences.

Dans le même ordre d'idée, il se réfère au domaine de l'action et définit le fait d'être compétent comme étant « *être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail (activité à réaliser, événement auquel il faut faire face, problème à résoudre, projet à réaliser...)*. C'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoirs, savoir-faire, comportements, modes de raisonnement » Le Boterf (2008,p. 21). Dans le même ordre d'idée avoir des compétences « *c'est avoir des ressources (connaissances, savoir-faire, méthodes de raisonnement, aptitudes physiques, aptitudes comportementales...)* pour agir avec compétence ». Le Boterf (2008,p. 21)

An niveau individuel, la compétence représente la capacité de mobiliser et combiner les ressources afin de mettre en œuvre une activité ou un processus d'action bien déterminé (Loufrani-Fedida et Alderbet, 2013). De ce fait, pour qu'un employé soit qualifié de compétent, il doit agir avec compétence en combinant et mobilisant « *un ensemble de ressources appropriées personnelles (connaissances, savoir faire, comportements..) et de support (bases de données, collègues, experts, autres métiers)* » Le Boterf (2008, p. 21). Aussi lorsqu'il sait « *mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente pour gérer cette situation en prenant en compte ses exigences et son contexte particulier afin de produire des résultats (produits, services) satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire (client, patient, usager)* » Le Boterf (2008, p. 21). En d'autres mots, un salarié compétent agit avec compétence dans une situation de travail en mobilisant et combinant les ressources nécessaires dont il dispose pour affronter les différentes situations au travail.

Les compétences individuelles à mobiliser lors du comportement d'innovation s'articulent autour du « *triptyque : savoirs, savoir être et savoir faire* » (Loufrani-Fedida et Alderbet, 2013, p 58).

Eclairée par la perspective des ressources humaines, ces compétences d'innovation sont catégorisées en compétences comportementales et compétences techniques (Farzen, 2014). Les compétences techniques encore appelées « *hard skills* » représentent « *ce que les gens*

doivent savoir et être en mesure de faire ...pour jouer correctement et efficacement leur rôle au travail. Elles sont liées soit à des rôles génériques (groupes d'emploi similaires) ou des rôles individuels (compétences spécifiques au rôle)» (Armstrong, 2006, p.161).

Par ailleurs, les compétences comportementales ou « *soft skills* » représentent l'ensemble des « *comportements nécessaires attendus pour atteindre les résultats* » (Armstrong, 2006, p.162) et qui s'articulent autour du travail en groupe, la communication, le leadership, la prise de décisions, la créativité, l'adaptabilité, l'écoute et l'empathie (Lacroux, 2014 ; Armstrong, 2006). L'association de ces « *soft skills* » permet l'émergence de nouvelles compétences grâce à la cohésion entre les membres de groupe qui à son tour impacte grandement la synergie des compétences. La cohésion de groupe ne peut être atteinte qu'à partir du moment où les collaborateurs du capital humain de l'entreprise mettent en exercice leurs compétences interpersonnelles en termes d'empathie et d'aptitude sociale (Wong et Ang, 2007). Les collaborateurs qui développent ces compétences interpersonnelles ont tendance à partager le travail équitablement entre eux, à intégrer l'ensemble de leurs savoirs dans l'objectif de développer des comportements d'innovation qui leur permettront de se démarquer des autres équipes de travail.

2. Le comportement d'innovation au travail : un processus d'innovation qui inclut les étapes allant de la production à l'application des idées nouvelles

Le comportement d'innovation représente la création intentionnelle, l'introduction et l'application de nouvelles idées au travail (Janssen, 2000). Ce comportement qui se base sur la nouveauté relative et qui fait appel à un ensemble de compétences reflète les différentes étapes du processus d'innovation. Ces étapes s'articulent autour de la production, la promotion ainsi que la réalisation des idées innovantes (Janssen, 2003). La production des idées novatrices est enclenchée par la perception des problèmes liés au travail (Scott et Bruce, 1994 ; Janssen, 2000). Toutefois, Montani et al (2014) mettent l'accent sur l'importance de la fixation et la planification des objectifs proactifs qui constituent deux étapes déterminantes de la production des idées novatrices.

2.1. La fixation et la planification des objectifs proactifs : une analyse à travers la théorie de la régulation des objectifs

Oldham et Baer, (2012) soulignent que le processus de production des objectifs est un facteur déterminant des comportements d'innovation au travail des employés. Instaurer le mécanisme de régulation des objectifs proactifs dans la fixation et la planification des objectifs permettrait de définir une feuille de route qui prescrit l'orientation des objectifs en amont de la production des idées novatrices (Parker et al, 2010).

2.1.1. La fixation des objectifs proactifs: Rôle de la théorie de régulation des objectifs

La théorie de régulation des objectifs de Golwitzer, (1990) fournit la base théorique de la relation entre la fixation, la planification des objectifs proactifs d'une part et les comportements d'innovation au travail d'autre part. Selon sa théorie, Golwitzer (1990) suggère qu'à travers leur implication autogérée⁸ dans le processus de production des objectifs, les individus transforment leurs désirs en des objectifs. Ils fixent ces objectifs en dressant un ensemble de contraintes à dépasser et s'engagent dans l'initiation et l'adoption de comportements orientés vers ces objectifs (Gollwitzer, 1990; Gollwitzer et Schaal, 2001). Gollwizeh et Bayer (1999) rajoutent leur pierre à l'édifice en mettant l'accent sur l'importance de la maîtrise de soi dans l'organisation des stratégies adéquates pour atteindre les objectifs en question. La maîtrise de soi, se manifeste par une propension à réfléchir et une certaine aisance face à l'incertitude et au changement. Cette compétence exige un sens développé de la clarté émotionnelle et de l'auto réparation qui se réfère à la capacité des individus à adapter les stratégies optimales pour se débarrasser des émotions négatives (Rosenberg et al, 1989). Il s'agit d'interrompre leurs états émotionnels négatifs, étendre leurs états émotionnels positifs et mettre un terme aux émotions négatives en les remplaçant par celles qui sont positives (Papadogiannis et al, 2009). La maîtrise de soi accentuée par l'engagement dans le processus de production des objectifs proactifs, permet aux salariés d'adopter un comportement orienté vers l'objectif à atteindre.

⁸ Cette implication dans la génération des objectifs proactifs est d'autant plus importante que la faisabilité, la désirabilité et le degré de précision des objectifs sont importants (Golwitzer, 1990). La perception de la faisabilité et la désirabilité des objectifs proactifs sont impactées par le climat d'innovation ainsi que l'innovation dans les tâches (Montani, 2014).

Grace au processus de fixation des objectifs proactifs, les individus ayant une bonne maîtrise d'eux même, sont susceptibles d'explorer et exploiter leurs ressources afin de produire et appliquer de nouvelles idées. A travers sa fonction directionnelle, la fixation des objectifs oriente les salariés vers l'identification et l'exploitation des opportunités « nouvelles » pour atteindre les objectifs escomptés voire même leur poursuite effective (Locke et Bryan, 1969; Locke et Latham, 2002, Gollwitzer, 1990; Gollwitzer & Sheeran, 2006). Ce qui suggère que les employés qui ont défini des objectifs axés sur le changement dirigent leur attention de manière plus efficace, en sélectionnant les aspects environnementaux qui facilitent les actions dirigées vers un objectif déterminé. Par conséquent, ils auront plus de temps et d'énergie disponibles à chercher de nouvelles perspectives, des informations et des connaissances pertinentes pour déclencher le changement facilitant ainsi l'adoption des comportements d'innovation (Mumford et al, 1991; Zhang et Bartol , 2010).

2.1.2. La planification des objectifs proactifs

Les objectifs proactifs ainsi fixés, leur définition constitue aussi une étape prépondérante de la planification. Elle permet aux salariés de persévérer afin d'atteindre ces objectifs et d'adopter des comportements innovants pour solutionner les problèmes rencontrés lors de la réalisation de ces desseins (Hulshger et al, 2009). Dans le même ordre d'idées, définir les objectifs proactifs, permettrait une meilleure auto évaluation des comportements entrepris, une évaluation des solutions proposées ainsi que leur ajustement avec la stratégie d'innovation de l'entreprise (Pinto et Prescott, 1987 ; Shalley, 1991).

Les tâches inhérentes au processus de planification concernent des problèmes de structuration, la collecte des informations ainsi que le recensement des opportunités potentielles liées à la poursuite des objectifs proactifs (Montani et al, 2014 ; Parker et al, 2010). Leur mise en œuvre, nécessite l'élaboration d'une structure de développement, ainsi qu'une promotion de nouvelles idées permettant aux salariés qui se sont inscrits à cette étape du processus d'innovation de canaliser leurs efforts dans l'atteinte des objectifs proactifs ainsi que de soutenir leurs collaborateurs dans la gestion des situations complexes et incertaines (Hunter et al, 2012 ; Mumford et al, 2001). Par le biais de la planification proactive, les employés peuvent détecter et agir d'une manière préventive sur les opportunités pour apporter les changements nécessaires au travail. Dans le même ordre d'idée, les collaborateurs qui se sont engagés dans la planification des objectifs sont mieux préparés à franchir les obstacles qui

entravent l'innovation et par conséquent de voir réduire les risques que leurs initiatives et activités innovantes échouent (Mumford et al, 2001).

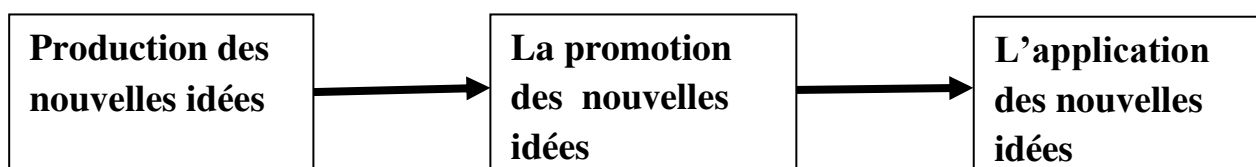
3. De la production à l'application des idées novatrices

La fixation des objectifs proactifs ainsi que leur planification constituent deux étapes du processus d'innovation qui déterminent la production des idées novatrices. Néanmoins, elles se rattachent plus aux comportements inhérents à la proactivité plutôt qu'aux comportements d'innovation. En effet, en nous basant sur la théorie de régulation des objectifs nous avons pu déterminer les prémisses de la définition des objectifs proactifs ainsi que leur planification. Tout au long de cette analyse, nous avons constaté que les deux déterminants de la planification reflètent des comportements proactifs. Ces derniers sont définis par Crant (2001, p. 436) comme « *étant la prise d'initiative dans l'amélioration de la situation actuelle ou dans la création de nouvelles situations, ce qui implique de remettre en question le *status quo* plutôt que de s'adapter passivement aux conditions actuelles* ». De leur part, les comportements d'innovation constituent des comportements intentionnels qui s'articulent autour de l'introduction, la promotion ainsi que l'application des idées novatrices au travail. Ces comportements constitués d'un ensemble de compétences se basent sur la notion de nouveauté relative sans qu'il y ait impérativement une remise en question des conditions dans lesquelles il sera adapté à l'instar des comportements proactifs. Force est de constater que le comportement proactif ainsi que le comportement d'innovation sont des concepts proches à des différences près. Afin d'éviter tout enchevêtrement entre ces deux comportements et au regard de l'objectif de notre travail doctoral, nous considérons le comportement d'innovation tel que défini par Janssen (2000) et Scott et Bruce (1994). De ce fait, le comportement d'innovation sera appréhendé comme étant « *l'ensemble des comportements complexes* » (Janssen, 2000, p.288) qui s'articulent autour des trois étapes du processus d'innovation à savoir la production, la promotion et l'application des idées nouvelles.

3.1. Les comportements d'innovation autour des différentes étapes du processus d'innovation

La production des nouvelles idées englobe « *la perception des problèmes liés au travail, incongruités, discontinuités et aux tendances émergentes* » (Janssen, 2000, p.288). Les comportements d'innovation sont enclenchés à partir du moment où il y a reconnaissance d'un problème au travail qui fera l'objet de la production d'un ensemble de nouvelles idées visant à le solutionner. Ensuite, la deuxième étape concerne la promotion des idées auprès des alliés potentiels en s'engageant dans des activités sociales, en constituant un réseau social incluant des amis, des sponsors qui supportent les idées d'innovation ou voire aussi en construisant une coalition avec ses collaborateurs qui supportent les idées d'innovation générées (Janssen, 2000 ; Scott et Bruce, 1994). La dernière étape du processus d'innovation exigeant des comportements d'innovation s'articule autour de la réalisation des idées innovantes en produisant « *un prototype ou un modèle d'innovation qui peut être expérimenté ou appliqué dans son rôle de travail, au sein d'un groupe ou dans une organisation* » (Janssen, 2000, p.288). L'objectif de cette étape ultime est en outre de solutionner le problème détecté au niveau de l'étape inhérente à la production des nouvelles idées. Dans le même ordre d'idée, Janssen (2000) souligne que la réalisation des innovations simples nécessite l'implication individuelle des travailleurs. En revanche, accomplir des innovations complexes requière un travail de groupe.

Figure 5: Le comportement d'innovation: Les différentes étapes de l'application des nouvelles idées



Source : adapté des travaux de Janssen (2003) ; Janssen (2000) ; Scott et Bruce(1994)

3.2. Les facteurs essentiels à l'adoption des comportements d'innovation

Les comportements d'innovation aident les salariés à répondre aux exigences de plus en plus importantes du poste de travail. Grâce à ces comportements, les salariés améliorent leur adaptation avec les exigences accrues de leur travail en générant, promouvant et réalisant les idées afin d'instaurer des changements pour soi même ou bien pour l'environnement de travail. Toutefois, les personnes qui adoptent un comportement d'innovation disposent d'un ensemble de traits de personnalité que Oldham et Cummings, (1996); Zhou et Oldham (2001) résumant autour du fait d'être intelligent, confiant, perspicace, inventif, autonome, collaboratif, original, et non conventionnel. En complémentarité avec ces caractéristiques spécifiques aux personnes innovantes, l'ouverture à l'expérience comme dimension de personnalité (Magnusson et Torestad, 1993 ; Paunonen et Ashton, 2001) et composante du modèle « Big five factors » de Furnham et al (2009) est considérée comme un facteur déterminant du comportement d'innovation.

Les personnes qui ont une forte ouverture à l'expérience disposent d'un niveau élevé de curiosité intellectuelle, une imagination importante, sont autonomes et tolèrent les opinions divergentes tout en contrôlant leur propre particularité (Costa 1996; Bracket et al, 2004). Dans le même ordre d'idée, conscients de leurs propres émotions, les salariés qui ont une ouverture à l'expérience prennent des initiatives pour entamer de nouvelles expériences, des changements qui font partie intégrante de l'innovation ainsi que la production de solutions créatives (Amabile, 1983 ; Mayer et al, 1999). Tout en sachant que l'initiative personnelle est une tendance comportementale discrétionnaire, volontaire, spontanée, proactive et relativement stable. Les personnes qui adoptent ce comportement persévèrent à l'encontre des entraves et des affronts (Frese et al. ,2001).

Toutefois, les comportements d'innovation ne peuvent être adoptés qu'à partir du moment où les entreprises garantissent à leurs salariés un environnement de travail axé sur le changement, la prise d'initiative et la tolérance des échecs. En d'autres termes, les facteurs organisationnels propices aux comportements d'innovation au travail s'articulent autour de la culture organisationnelle qui encourage la prise de risque et l'innovation. Or ceci n'est possible qu'au sein des entreprises qui adoptent une structure organisationnelle organique. Dans la même veine, la qualité des relations supérieur hiérarchique/salarié, les pratiques

d'empowerment, la communication bidirectionnelle, le support managérial ainsi que les systèmes de récompense incitent les salariés à adopter des comportements d'innovation (Scott et Bruce, 1994 ; King et al, 1996). Parmi les systèmes de récompense, les pratiques de reconnaissance déterminent les comportements d'innovation, c'est ce que nous allons démontrer dans les chapitre suivants.

Conclusion

Le comportement d'entraide est un comportement discrétionnaire qui génère un ensemble de bénéfices potentiels pour le travail en groupe ainsi que l'organisation (Anderson et Williams, 1996 ; Borman et Motowildo, 1993 ; Organ, 1988). De part sa nature discrétionnaire, il ne représente pas une exigence exécutoire du rôle. A l'instar de la complaisance organisationnelle, la vertu civique, l'esprit sportif, la loyauté organisationnelle et le développement de soi (Podsakoff et al, 2000) ; le comportement d'entraide représente une forme de comportement de citoyenneté organisationnelle. Ce dernier est orienté vers les autres (Organ, 1988 ; 1990) et s'articule autour de l'altruisme, la facilitation interpersonnelle ainsi que le rétablissement de la paix (Podsakoff et al, 2000) et vise à présenter une aide volontaire pour résoudre un problème important ou alléger une charge de travail (Konovsky et Pugh , 1994). Le comportement d'innovation qui constitue aussi le comportement discrétionnaire retenu dans le cadre de notre recherche, se base sur la notion de nouveauté relative et inclut un ensemble de compétences comportementales. Ce comportement est enclenché par la reconnaissance du problème, pour lequel les salariés innovants doivent produire, promouvoir et réaliser les solutions.

A l'instar du comportement d'entraide, le comportement d'innovation n'est pas récompensé par un système formel de rémunération. Les différentes pratiques de reconnaissance ont justement pour principal objectif de rétribuer ces deux comportements discrétionnaires: c'est ce qui fera l'objet du chapitre suivant

Chapitre 3 : La reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : particularités pour le personnel infirmier

L'objectif de ce chapitre est de cerner les liens entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires compte tenu des particularités du métier d'infirmier (section 1). A cette fin, des hypothèses ont été formulées pour vérifier l'impact de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation à partir desquelles un modèle de recherche a été constitué (section 2).

*Section 1 : La reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires :
Repérage des liens*

Section 2 : Formulation des hypothèses et modèle de recherche

Section 1 : La reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : Repérage des liens

La présente section procède au repérage des liens entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires en se basant sur la théorie de l'échange social (1). Dans un second temps, elle permettra de déterminer l'importance de la reconnaissance au travail ainsi que les spécificités des comportements discrétionnaires retenus dans le cadre de notre recherche à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation pour le personnel infirmier (2).

1. La reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : une analyse en fonction de la théorie de l'échange social

La relation de reconnaissance est régie par la notion de réciprocité qui se traduit selon Heinich, (2007) par un échange de biens entre celui qui donne le produit de son talent à ses destinataires qui lui rendent la gratitude en lui octroyant différentes formes de reconnaissance catégorisées à l'instar des travaux de Brun et Dugas (2005). Cette réciprocité régit la relation d'échange qui relie le salarié à la source qui lui procurera la forme de reconnaissance escomptée. Dans le cadre de notre recherche, cette relation d'échange basée sur la réciprocité se résume au fait que le supérieur hiérarchique récompense ses salariés en contre partie des comportements discrétionnaires qu'ils adoptent au travail. Les bénéficiaires de la forme de reconnaissance s'estiment redevables et se développe en eux un sentiment de dette qui les incite à adopter des comportements discrétionnaires. Force est de constater, l'importance des échanges sociaux intangibles entre celui qui octroie la reconnaissance et son bénéficiaire. Certes, d'une part, les différentes formes de reconnaissance ne découlent pas d'un système de rétribution formel et d'autre part, les comportements discrétionnaires ne sont pas prescrits par l'entreprise, sont volontairement adoptés par les salariés et ne font pas l'objet d'une pratique de rémunération formelle. Partant de ces constats, la théorie de l'échange social sera adoptée dans le cadre de notre recherche comme soubassement théorique.

1.1. La théorie de l'échange social : principes fondamentaux

La théorie de Blau (1964) se base sur l'échange social qui diffère de l'échange économique par le fait qu'il engendre des obligations non spécifiées. En effet, l'échange social n'est pas régi par les clauses d'un contrat de travail formel qui stipule les obligations engendrant des contre parties clairement définies. Les relations qui régissent l'échange social entraînent donc des contributions non spécifiées et ne précisent pas la nature exacte de leurs rétributions. L'échange social implique dans le même ordre d'idée, un investissement de la part du salarié dans sa relation avec l'entreprise. En effet, le salarié adopte des comportements discrétionnaires qui ne sont pas formellement exigés dans le cadre de son travail dans la mesure où cet investissement sera rétribué par des formes de reconnaissance.

Dans le même ordre d'idée, cet échange social se base sur la confiance que développent les individus envers leur organisation dans le sens où ils cherchent à s'assurer que les comportements discrétionnaires pour lesquels ils ont investi du temps et des efforts seront équitablement reconnus. Lorsque les salariés perçoivent que leurs efforts sont équitablement reconnus dans les relations d'échange social, réciproquement, ils adoptent des comportements discrétionnaires. Force est de constater que la réciprocité des échanges est déterminante dans les relations de l'échange social. Cette norme de réciprocité basée sur une forme de justice distributive suggère que les individus traitent leurs collaborateurs d'une manière qui soit en concordance avec leurs attentes (Frimousse et al, 2008). D'où l'importance des notions de justice distributive et des attentes dans la réciprocité des échanges sociaux.

1.1.1. La réciprocité de l'échange social : importance de la justice distributive

La justice distributive renvoie aux perceptions et réactions quant aux rétributions obtenues par rapport à ce que les employés croient mériter et ce comparativement à des référents (Forsé et Parodi, 2006). La justice distributive se base essentiellement sur la règle de proportionnalité selon laquelle, les individus considèrent une transaction juste à partir du moment où le rapport entre les comportements discrétionnaires qu'ils ont adoptés et la reconnaissance obtenue en contre partie est équilibré et ce en analogie avec un référent. Kulik et Ambrose (1992), définissent le référent comme étant un collègue quelle que soit la position

hiérarchique qu'il occupe ou bien l'employé lui-même à un moment antérieur de sa vie professionnelle. Le sentiment de justice distributive prend naissance lorsque la forme de reconnaissance attribuée par l'entreprise traduit l'évaluation des comportements discrétionnaires qui inclut l'intensité des efforts, des sacrifices consentis, le temps consacré au travail. Toute fois, l'évaluation est subjective puisque chaque salarié perçoit les mêmes formes de reconnaissance différemment. En d'autres termes certains salariés sont plus sensibles aux remerciements privés, néanmoins, d'autres collaborateurs le sont moins puisqu'ils sont motivés par des remerciements en public.

1.1.2. Les attentes et la réciprocité des échanges sociaux

La réciprocité des échanges sociaux qui régit les relations d'interdépendance entre le salarié et son entreprise dépend grandement des attentes que se font les salariés des formes de reconnaissance. Les salariés semblent être motivés à adopter des comportements discrétionnaires à partir du moment où les formes de reconnaissance qui leur sont octroyées répondent à leurs attentes. Partant de ces constats, la théorie des attentes de Vroom (1964) permettrait d'appréhender la reconnaissance comme déterminant à l'adoption des comportements discrétionnaires. La théorie des attentes encore appelée théorie « *Valence-Instrumentalité-Expectation* » (Roussel, 2001, p.7) est « *centrée sur des attentes et des valences de l'individu par rapport à des comportements particuliers dans des situations particulières* » (Roussel, 2001, p.7). L'expectation représente la perception qu'a un individu de ses propres capacités à s'engager dans un comportement discrétionnaire. Cette croyance qu'il a de l'existence d'une relation entre les comportements discrétionnaires et ce qu'il espère recevoir comme forme de reconnaissance le pousse à déployer des efforts pour s'engager dans des comportements discrétionnaires. Le salarié juge de lui-même qu'un certain niveau d'effort est nécessaire à l'adoption des comportements discrétionnaires qui lui permettra d'obtenir la forme de reconnaissance escomptée. Dans le même ordre d'idée, le salarié calcule ses chances de recevoir une reconnaissance en fonction de ses attentes. Il s'agit de la valence au sens de Roussel (1996) qui « *peut avoir une valeur qui va de -1 à 1* » (Hellriegel et al, 2001, p.178). Ainsi, cette probabilité subjective est égale à 1 lorsque le salarié perçoit que s'il adopte le comportement discrétionnaire, il pourrait garantir d'une forme de reconnaissance. Elle est égale à -1 quand il s'agit de reconnaître que même s'il adopte des comportements discrétionnaires, il ne garantira d'aucune forme de reconnaissance.

Or, percevoir qu'adopter des comportements discrétionnaires lui permettra de garantir d'une forme de reconnaissance ne suffit pas à elle seule, il faudrait qu'il attribue une valence positive à cette forme de reconnaissance dans le sens où il juge que sa valeur est attractive

2. Les comportements d'entraide et les comportements d'innovation : importance des deux comportements discrétionnaires pour le personnel infirmier

2.1. Le métier d'infirmier : des conditions de travail astreignantes exigeants la reconnaissance au travail

Le métier des infirmiers s'articule autour d'un ensemble de tâches quotidiennes qui exigent une certaine distanciation ainsi qu'une disposition permanente. Ces tâches, se caractérisent par un contact permanent avec la mort, (Hipwell et al., 1989; Tyler et al., 1991), un travail de nuit et des gardes répétitives qui influencent le cycle nyctéméral exposant leurs organismes à une alternance jour/nuit et une incapacité de réconcilier vie familiale et vie professionnelle. Vient se greffer à cela, la charge émotionnelle qui caractérise les relations humaines entretenues et qui font appel à un traitement en fonction des émotions aussi bien avec les patients souffrants qui véhiculent un ensemble d'émotions négatives, qu'avec leur famille qui revendiquent en permanence informations, réconfort et assurance (Freshwater et al, 2004 ; Mc Queen, 2004). Le poids émotionnel du personnel infirmier émane aussi des relations professionnelles avec leur supérieur hiérarchique auprès duquel ils ont des obligations de résultats ainsi que leurs collaborateurs avec lesquels ils doivent coopérer et intégrer leurs compétences (Bakker et al,2000 ; Pedersen et al,2003 ; Cummings et al, 2005).

Ces conditions de travail caractérisées par une surcharge de travail exorbitante qui n'est pas reconnue à sa juste valeur, les exposent à un épuisement professionnel accentué par un stress permanent (Foxall et al., 1990; Tyson et Pongruengphant, 2004; Piko, 2006). L'ensemble de ces conditions dissuadent les étudiants à orienter leurs choix vers le métier d'infirmier et incitent le personnel infirmier en exercice à quitter leur poste pour des offres plus attractives. Toutes ces répercussions auront à creuser davantage la pénurie du personnel infirmier dont souffrent plusieurs pays.

La pénurie des infirmiers menace les systèmes de santé des pays dans le monde affectant négativement le bien être de leur population. En effet, de nombreux pays signalent que leurs

hôpitaux souffrent d'une pénurie des infirmiers qui a pour conséquence de détériorer la qualité des soins (Kankaanranta et Rissanen, 2009 ; Tao et al, 2015). Cette pénurie est due au déséquilibre entre l'offre et la demande d'emploi des infirmiers. La demande du personnel infirmier et des professionnels de soin de santé ne cesse d'augmenter suite au progrès de la médecine, de l'espérance de vie et la lourdeur de certains traitements qui exigent un suivi paramédical important. Paradoxalement, l'offre de travail des infirmiers ne cesse de diminuer car selon, Mouquet et Oberlin (2008) la formation d'infirmier est assujettie à un taux d'abandon important plus particulièrement au cours des stages qui permettent aux infirmiers de prendre contact avec la réalité du métier d'infirmiers. Ils se rendent compte de la pénibilité de leurs conditions de travail qui s'articulent autour d'un manque de reconnaissance, une difficulté à réconcilier vie familiale et vie professionnelle, une iniquité de répartition des heures de garde, des salaires non proportionnels aux responsabilités et au dévouement pour le travail, ainsi que la faible perspective de promotion (Kankaanranta et Rissanen, 2009). Autant de caractéristiques qui nous permettent de qualifier le travail d'infirmier d'astreignant (Laschinger et al, 2006). Conjointement, ils prennent conscience qu'ils côtoieront quotidiennement la maladie et la mort tout au long de leur carrière professionnelle ce qui les dissuade de choisir le métier d'infirmier faisant ainsi encaisser aux hôpitaux la difficulté de recruter les infirmiers pour combler les postes vacants.

Ainsi les établissements hospitaliers se trouvent dans la difficulté de recruter le personnel infirmier, ce qui les incite à avoir recours à la main d'œuvre étrangère venant de pays dans lesquels ces profils sont abondants mais faute de postes vacants, ils se trouvent au chômage. Dans le contexte actuel de volatilité du personnel de soins, les hôpitaux des pays développés sont en quête permanente d'infirmiers compétents qui ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail et qui sont tentés de quitter leurs hôpitaux pour une offre salariale plus attractive. Certes, ces infirmiers que nous pouvons qualifier de « nomades » garantiront de meilleurs avantages pécuniaires, mais ils feront encaisser aux hôpitaux de leurs pays d'origine des pertes considérables en termes de recrutement, formation et intégration de nouveaux infirmiers. L'absence de reconnaissance a pour effet d'accentuer la pénurie du personnel infirmier. Elle concourt à dissuader les étudiants infirmiers à intégrer le métier d'infirmiers et de motiver ceux qui exercent le métier à abandonner leur poste de travail pour des conditions de travail plus attractives (Kankaanranta et Rissame, 2009 ; L'huilier, 2005; Ravallec et al, 2009).

2.2. La reconnaissance au travail : importance pour le métier d'infirmier

En 2005, l'association américaine des infirmiers en soins intensifs reconnaît l'importance de l'environnement de travail dans le secteur de santé et déclare qu'il existe six éléments inhérents au travail des infirmiers qui supportent cette importance.

Tableau 3: Les normes relatives à l'établissement et au maintien des milieux de travail sain pour le personnel infirmier

Les standards	Définitions
Les compétences de communication	Les infirmiers doivent avoir des compétences communicationnelles
La collaboration authentique	Les infirmiers doivent persévérer afin de favoriser une véritable collaboration
Prise de décision efficace	Les infirmiers doivent être évalués et les partenaires engagés dans l'élaboration des politiques, diriger et évaluer les soins cliniques et mener des opérations de l'organisation.
Allocation en personnel appropriée	Le supérieur hiérarchique des infirmiers doit assurer la correspondance entre les besoins des patients et les compétences des infirmiers
Une reconnaissance significative	Les infirmiers doivent être reconnus et reconnaître les autres pour chaque valeur qu'ils apportent à l'organisation
Leadership authentique	Les infirmiers dirigeants doivent concourir pleinement à garantir un environnement de travail sain et engager l'ensemble du staff infirmier dans sa réalisation et son maintien

Source : adapté de <http://www.aacn.org/wd/hwe/docs/execsum.pdf>

Parmi les six normes de travail qui supportent l'importance de l'environnement de travail des infirmiers, la reconnaissance significative reflète « *la définition personnelle de sens, les réalisations, le développement et l'avancement dans la carrière professionnelle* » (American association of critical care nurses, 2005, p.193) du personnel infirmier quel que soit leur grade. Elle garantit d'une grande importance au sein des organisations de soin de santé vu le fait qu'ils évaluent régulièrement leur système de reconnaissance afin d'assurer « *des programmes efficaces qui aident à faire progresser l'organisation vers une culture d'excellence durable* » (American association of critical care nurses, 2005, p.193). Dans le même ordre d'idées, Sherman et Pross (2010) déclarent que l'alliance des organisations

Américaines en soins infirmiers⁹ a identifié que la reconnaissance de la valeur des contributions des infirmiers ainsi que la reconnaissance par les infirmiers de leurs contributions significatives aux pratiques concourent au développement des environnements de travail sain. La reconnaissance au travail revêt aussi une grande importance dans les structures hospitalières particulièrement au sein des hôpitaux magnétiques. Ces hôpitaux ont la particularité d'attirer et de retenir le personnel infirmier en lui garantissant un environnement de travail sain (Brunelle, 2009).

Force est de constater l'importance de la reconnaissance au travail pour le personnel infirmier. Elle représente une série de comportements qui reconnaît la performance des infirmiers ainsi que leurs réalisations (Blegen et al, 1992). Attestée par « *toute personne avec laquelle l'infirmier entre en contact* » (Blegen, 1992, p.58), la reconnaissance permet d'assouvir le besoin d'estime de soi pour lequel l'infirmier est en quête permanente. Elle impacte positivement la satisfaction au travail des infirmiers qui est déterminante de leur intention de rester au travail (Abularub et al, 2004)

Blegen (1992) a catégorisé la reconnaissance en trois à savoir la reconnaissance exceptionnelle/ performance excellente, la reconnaissance de la compétence/ performance satisfaisante et enfin la reconnaissance pour les réalisations. La reconnaissance exceptionnelle est définie comme l'ensemble des comportements qu'adoptent les managers afin de reconnaître la performance des infirmiers qui dépasse les exigences basiques du travail d'infirmiers. La reconnaissance de la compétence est octroyée en contre partie d'une performance satisfaisante et représente une série de comportements attestés par les supérieurs hiérarchiques des infirmiers qui reconnaissent que la performance des infirmiers est en concordance avec les standards de travail. La reconnaissance pour les réalisations se définit comme un ensemble de comportements des infirmiers qui reconnaissent les réalisations professionnelles autres que celles requises par le travail des infirmiers (Blegen, 1992).

Selon Mauksch, (1990), les infirmiers sont de moins en moins en quête de reconnaissance de la part des médecins ainsi que leur supérieur hiérarchique du staff médical. Ils dévaluent « *l'approbation du médecin comme un moyen valable de reconnaissance* » (Blegen, 1992, p.58) Ceci peut être expliqué par le fait que depuis la naissance de la profession d'infirmier en 1870, l'infirmier est passé du statut d'instrument de médecin à collaborateur de médecin dans

⁹ Elle représente la coalition de la majorité des organisations infirmières aux Etats Unis

le sens où le travail du médecin ne peut se faire sans celui de l'infirmier. En effet, nous pouvons citer l'exemple de la France où la première définition officielle de la profession d'infirmier met l'accent sur le fait que l'infirmier doit se subordonner au médecin « *La loi du 8 Avril 1946 stipule qu'est infirmière toute personne qui donne habituellement dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation des soins prescrits par un médecin* » (Gintz, 2014, p.52). Toutefois, l'apparition des différents grades qui hiérarchisent le métier d'infirmier, les perspectives d'évolution qui caractérisent la fonction infirmière ainsi que le développement de la formation universitaire diplômante en soins infirmiers dans différentes spécialités médicales et paramédicales ont concouru à ce que l'infirmier ne soit plus un subalterne du médecin mais plutôt son coopérant (Gintz, 2014). Cette coopération reflète les comportements d'entraide (Podsakoff et al, 2000) qui est déterminante pour le métier d'infirmier.

2.3. Les comportements d'entraide pour le personnel infirmier

Van Dyne et Lepine (1998) et Tonks et al (2014) affirment que le comportement d'entraide est déterminant pour le personnel infirmier. Ceci est dû à la nature de ce métier qui se base essentiellement sur les relations interpersonnelles aussi bien avec les collaborateurs qu'avec les patients. Ainsi, lors de l'exercice de ses tâches quotidiennes, l'infirmier adopte un comportement d'entraide orienté vers ses collaborateurs afin de partager et intégrer ses compétences mais aussi pour désamorcer les conflits quand ils surgissent. Il doit aussi faire preuve de complaisance envers les patients en adoptant des comportements d'entraide non seulement pour leur présenter les soins mais aussi pour prendre soin d'eux.

La littérature spécialisée en soins infirmiers « *fait généralement coïncider le caring et les soins infirmiers* » (Hesben, 1999, p.2). Eclairé par la perspective philosophique, le caring s'articule autour de l'activité visant à aider une autre personne à progresser et à se mettre à jour en entrant en relation avec elle dans l'objectif de garantir son développement. « *La spécificité infirmière se trouve dans le caring* » (Hesben, 1999, p.2) qui peut dès lors être catégorisée comme un comportement d'entraide spécifique au personnel infirmier et qui représente l'ensemble des activités visant à prendre soin des patients et qui se fait en complémentarité avec les activités des médecins (Hesben, 1999).

Les infirmiers exercent un ensemble de tâches qui s'articulent autour de l'aide présentée aux patients, collaborateurs et médecins. Selon Henderson (2006), l'aide présentée aux patients

s'articule autour de la détermination par les infirmiers du besoin des patients auxquels ils doivent répondre directement ou indirectement. Elle répond directement à son aide lorsque le patient est incapable de répondre à ses propres besoins. Selon Henderson (1994, p.10), lorsque « *l'individu malade ou en santé au maintien ou au recouvrement de la santé par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible* »

L'infirmier répond indirectement au besoin des patients en les aidant « *à suivre les prescriptions thérapeutiques du médecin* » Henderson (1994, p.10), ce qui permettrait dans le même ordre d'idée, au médecin de remplir ses fonctions de traitements et guérison (Hesben, 1999). Les infirmiers présentent aussi leur aide à leurs collaborateurs « *comme ils l'aident eux-mêmes dans l'élaboration et l'exécution du programme dans sa totalité, qu'il s'agisse d'amélioration de la santé, de rétablissement d'un malade ou de secours à un mourant* » (Henderson, 1994, p.10).

Force est de constater l'importance des comportements d'entraide orientés vers les patients qui sont à la base de l'aide présentée aux collaborateurs et aux médecins.

Prendre soin des patients constitue le cœur du métier des infirmiers, qui est perfectionné au fur et à mesure que les infirmiers associent leur orientation humaniste au fondement scientifique de leurs professions (Watson, 1988). Dans le même ordre d'idée, développer un système de valeurs humaniste-altruiste associé à une relation d'aide et de confiance afin de présenter les soins aux patients constituent deux facteurs permettant de qualifier le métier d'infirmier comme un métier orienté vers l'entraide des patients. De ce fait, prendre soin d'un patient se réfère à lui porter une attention toute particulière en venant à son aide afin de contribuer à son bien être et à sa santé (Hesben, 1999).

2.3.1. Importance de la maîtrise des émotions dans les comportements d'entraide orientés vers les patients

Entrer en relation avec les patients exige des infirmiers une maîtrise de leurs émotions. Cette compétence intra personnelle telle que catégorisée par Goleman (2002) permet à l'infirmier d'entrer en conversation avec lui-même et de ne pas être sous l'emprise de ses émotions par conséquent. Les infirmiers qui maîtrisent leurs émotions tissent des liens avec leurs patients basés sur des rapports de confiance et de justice. Ils ont une certaine aisance à faire face à

l'incertitude et aux changements auxquels ils s'adaptent, ils sont intègres ne cèdent pas aux pulsions qu'ils contrôlent. Montes-Berges et Augusto-Landa (2008) ont mené une étude auprès de 85 infirmiers pour mesurer les effets de la maîtrise des émotions sur les rapports qu'ils entretiennent avec les patients. Les résultats de leur étude ont révélé que plus les infirmiers définissent clairement leurs émotions qu'ils arrivent aussi à maîtriser et plus ils sont dévoués à leur travail en orientant leurs comportements vers le bien être des patients.

Maîtriser ses émotions se base sur un ensemble d'étapes qui suivent un enchaînement hiérarchique et synchrone s'articulant autour de la perception des émotions, l'assimilation des émotions et la compréhension des émotions (Mayer et al, 1990). D'abord, la perception émotionnelle représente la capacité d'être conscient de ses propres émotions et celles des autres de les exprimer aussi bien à ses collaborateurs qu'aux patients. Il s'agit d'une activité importante pour le travail des infirmiers car elle leur permet de prédire les actions et pensées des patients et qui leur permettront de cerner le besoin d'aide qu'ils seront par la suite tenus d'assouvir. Ensuite l'assimilation émotionnelle représente la capacité de distinguer les différentes émotions et à reconnaître celles qui influent sur les processus de pensée. Un infirmier qui fait une utilisation optimale des émotions a plus d'aisance à tisser des liens solides avec son entourage, car il est perspicace et analyse adéquatement aussi bien ses émotions, celles de ses collaborateurs et celles des patients en fonction desquelles il oriente ces comportements d'entraide. Enfin, comprendre les émotions représente la capacité de saisir les relations entre les émotions, leur progression ainsi que la transition d'une émotion à une autre. De ce fait, les infirmiers qui sont en mesure de comprendre leurs émotions et celles de leur entourage arrivent à mieux les gérer et à axer leurs comportements au travail aussi bien sur la cohésion du groupe que sur la présentation des soins de qualité. Or cet objectif ne peut être atteint que lorsque les infirmiers orientent leurs comportements en direction des patients.

2.3.2 L'orientation patient et les comportements d'entraide

A l'instar de Motte (2013) qui a exploré la piste des comportements de citoyenneté organisationnelle orientés vers les clients telle que suggérée par Podsakoff et al (2000) et Organ et al (2005), nous allons emprunter les recherches en force de vente sur les comportements orientés clients, afin de déterminer l'importance de ces comportements dans les relations infirmier/patient. L'orientation client représente « *le degré selon lequel, le vendeur pratique le concept Marketing en essayant d'aider le client dans ses décisions*

d'achat de manière à satisfaire au mieux ses besoins » (Saxe et Weitz, 1982, p 344). Dans le même ordre d'idée, Saxe et Weitz (1982), pionniers de l'orientation client dans la littérature de force de vente, caractérisent les ventes orientées client par le désir d'aider les clients à évaluer avec exactitude leurs besoins pour les assouvir en réalisant des achats satisfaisants. Ainsi, les vendeurs sont tenus de proposer des produits qui répondent adéquatement aux besoins des clients et ce en leur décrivant ces produits avec précision tout en évitant de les induire en erreur ou les forcer à acheter le produit.

Adaptée à la dyade infirmier-patient, l'orientation « patient » orchestre les relations qu'entretiennent les infirmiers avec leurs patients pour prendre soin d'eux. Elle représente l'ensemble des comportements d'entraide que les infirmiers adoptent en direction des patients afin de résoudre leurs problèmes dans l'optique de satisfaire au mieux leurs besoins s'articulant autour du confort et qualité de vie du patient, son adaptation et autonomisation.

2.4. Les comportements d'innovation pour le personnel infirmier

Weberg (2009) ; Grol et Grimshaw, (2003) ; Knol et Van Linge (2000) ; Van Achterberg et al (2008) insistent sur la rareté des études et des modèles théoriques qui étudient la mise en œuvre des innovations dans les pratiques cliniques auprès des équipes d'infirmiers. Toutefois les comportements d'innovation sont prépondérants pour les infirmiers dans la dynamique que connaît le système de soins (Knol et Van Linge, 2008). D'où l'importance de déterminer les tenants et aboutissants de ces comportements pour le personnel infirmier qui comme nous l'avons démontré au niveau de la section 2 du chapitre 2 s'articulent autour de trois étapes interdépendantes qui suivent un ordre chronologique à savoir la production, la promotion et l'application des idées nouvelles (Janssen ,2003 ; Janssen, 2000 ; Scott et Bruce, 1994).

Les infirmiers se trouvent dans la position unique de développer des solutions innovantes pour améliorer la qualité des soins et garantir la sécurité des patients dans un contexte général de l'augmentation des dépenses de santé dans le monde (Aiken et al, 2010). L'innovation en soins infirmiers est représentée dans différentes descriptions, modes et événements et s'articule selon De Veer et Fancke (2010) autour de l'introduction de la méthode d'enregistrement électronique des patients, les compétences digitales et les habiletés à se débarrasser du stylo et de la feuille. L'adoption de l'innovation par le personnel infirmier concourt grandement à l'amélioration de l'innovation du système de soin de santé. Cette

dernière représente selon Weberg (2009, p.236), « *quelque chose de nouveau ou qui est perçue comme étant nouvelle par la population qui expérimente l'innovation et qui a la capacité de conduire le changement et redéfinir le potentiel économique et social de santé* ».

Par ailleurs, afin d'améliorer les pratiques des soins infirmiers, il faudrait impliquer l'ensemble du personnel quelque soit leur grade dans la mise en œuvre des innovations (Cheater et al, 2005 ; Van Linge, 2006 ; Grol et Grimshaw, 2003). Par conséquent, les infirmiers rencontrent de nouvelles situations de travail qui leur permettent d'apprendre de nouvelles connaissances, attitudes et aptitudes (Galdas et al, 2005 ; Keursten et al, 2006 ; Van Linge, 2006).

Les tâches basiques au travail des infirmiers telles que la méthode de transfert de chevet, les protocoles de l'hygiène des mains, les cheminements cliniques créent l'apprentissage de différentes tâches pour chaque infirmier du groupe (Galdas et al, 2005 ; Kassean et Jagoo, 2005 ; Van Linge, 2006). Mise à part la complexité des différentes innovations, le résultat de la mise en œuvre et du succès des activités d'innovation dépend grandement de l'adoption des comportements d'innovation par chaque infirmier de son équipe (Aylward et al, 2003 ; Van Linge, 2006 ; Edmondson et al , 2007 ; Van Achterberg et al , 2008 ; Holleman et al, 2009).

Dans une étude menée auprès des infirmiers Norvégiens, Amo (2006) définit le comportement d'innovation comme un comportement qui modifie les routines ou qui permet l'usage de nouveaux remèdes afin de simplifier le travail des infirmiers. Il permet en outre d'améliorer le service fourni aux patients tout en étant en mesure de donner aux patients de nouvelles offres. Les infirmiers entretiennent des relations d'apprentissage bidirectionnelles avec leurs collaborateurs et ce dans le cadre du développement des comportements d'innovation. Ainsi, ils font appel à l'aide de leurs collègues pour résoudre des problèmes. Dans le même ordre d'idées, ils partagent et intègrent avec eux leurs compétences afin de travailler en équipe sur la production, la promotion et la mise en exercice de nouvelles pratiques infirmières (Clarke et Copeland, 2010 ; Cornell et al, 2010). Cet exercice qui prend naissance à partir du moment où les infirmiers entament leurs études en soins infirmiers (Cashin, 2014) s'articule autour des activités d'apprentissage impliquant des modifications des routines des infirmiers (Aylward et al, 2003 ; Edmondson, 2007 ; Keursten et al, 2006 ; Van Achterberg et al, 2008). Or, les infirmiers ne peuvent adopter des comportements d'innovation qu'à partir du moment où ils exercent leurs activités dans un environnement propice à l'innovation. Selon Cashin (2014) cet environnement octroie aux infirmiers une

marge de manœuvre pour appliquer leurs idées nouvelles, leur garanti un plus grand empowerment, leur permet de collaborer avec les médecins et incite les étudiants infirmiers à poursuivre leur carrière d'infirmier.

Selon Gerardi (2013), d'ici 2020, les écoles d'infirmiers aux Etats Unis, prévoient une augmentation des étudiants infirmiers de 80%. De ce fait, il faut qu'il y ait impérativement une innovation des pratiques infirmières ainsi que des transformations continues de l'expérience clinique traditionnelle afin d'inciter les étudiants à intégrer la filière de soins infirmiers et de terminer leurs études pour exercer le métier d'infirmier.

Section 2 : Formulation des hypothèses et modèle de recherche

Les développements théoriques concernant les deux thématiques centrales de notre recherche à savoir la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires ont conduit au résultat de l'existence d'un lien direct via le principe de réciprocité des échanges sociaux.

Tout au long de la section précédente nous avons exploré les spécificités de la reconnaissance au travail, des comportements d'entraide et des comportements d'innovation. Dans la présente section, nous allons argumenter et formuler les hypothèses relatives à l'influence de la reconnaissance au travail sur les comportements d'entraide (1) ainsi que les comportements d'innovation (2) puis nous présentons notre modèle de recherche qui traduit ces différents liens.

1. Les effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide

Le comportement d'entraide est un comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers les collaborateurs (Williams et Anderson 1991) qui favorise la coopération (Podsakoff et al, 2000). Ce comportement permet de présenter volontairement son aide aux collaborateurs qui en ont besoin afin de leur faciliter l'accomplissement de leurs tâches et atteindre les objectifs organisationnels (Graham, 1989 ; George et Brief, 1992 ; George et Jones, 1997). Ainsi, le comportement d'entraide qui fait bénéficier directement les collaborateurs et indirectement l'organisation (Williams et Anderson, 1991) est adopté par les infirmiers afin d'assurer la cohésion de leur équipe.

Les infirmiers tissent des liens sociaux en développant des relations interpersonnelles basées sur l'altruisme, la réciprocité des échanges et l'empathie afin de présenter une aide à leurs collaborateurs. Cette dernière inclut les comportements qui visent à orienter les nouvelles recrues pour leur faciliter le travail, aider ses collaborateurs et leur alléger la charge lourde de travail qui leur incombe et consacrer du temps pour assister leurs collègues (Smith et al, 1983 ; Mac Kenzie et al, 1991). Dans le même ordre d'idée, les infirmiers travaillent dans des environnements turbulents propices à l'émergence des conflits interpersonnels qu'ils sont appelés à désamorcer afin de rétablir la paix et d'assurer la cohésion de leur équipe. Pour ce

faire, ils adoptent des comportements d'entraide axés sur la conciliation et la coopération qui au sens de Chiaburu et al, (2007) et Motte (2013) permettent d'aider volontairement les collègues dans la résolution des problèmes liés au travail ainsi que la prévention de l'apparition d'éventuels problèmes.

Par leur nature discrétionnaire, les comportements d'entraide ne sont pas une exigence exécutoire du rôle ou de la description de l'emploi qui apparaît explicitement dans le contrat de travail. Ne faisant pas l'objet d'une récompense du système formel, ils sont adoptés volontairement et sont orientés vers l'intérêt organisationnel qui prime sur l'intérêt personnel (Brief et Motowildo, 1986 ; Organ, 1988. Spitzmuller et Van Dyne, 2013). Comme nous l'avons démontré au niveau du chapitre 1, la reconnaissance au travail qui se présente sous différentes formes rétribue le travail réellement effectué en tenant compte des contraintes et se base sur des jugements de gratitude afin de valoriser les résultats atteints par le salarié. Ce dernier n'est pas seulement considéré comme une force de travail mais aussi comme une personne à part entière digne de respect et de traitements justes lui permettant de se démarquer de ses collaborateurs. La reconnaissance au travail semble inciter les infirmiers à adopter des comportements d'entraide.

La reconnaissance financière identifiée par Blegen (1992) comme forme de reconnaissance au travail spécifique au personnel infirmier a un effet mobilisateur de courte durée (Tremblay et al, 2005) dans le sens où les augmentations de salaire ne sont octroyées que lors des passages de grade ou bien suite à des grèves. Ce caractère exceptionnel de la reconnaissance financière pourrait inciter les infirmiers à adopter des comportements d'entraide momentanément en fonction de la fréquence d'attribution des augmentations de salaire. Parce que « *les récompenses pécuniaires peuvent encourager les individus à concentrer l'essentiel de leurs énergies sur les tâches prescrites et décourager les contributions débordant le cadre du rôle ou s'avérant moins visibles* » (Tremblay et al 2005, p. 74).

Parmi les autres formes de reconnaissance des infirmiers identifiées par Blegen (1992), la reconnaissance liée aux remerciements verbaux se présente sous forme de feed-back attesté par le chef infirmier en termes de rétroaction au travail effectué par les infirmiers de son équipe. Il s'agit de l'ensemble des informations permettant un renforcement positif qui selon Tremblay et al (2005) représente une forme de récompense dont les avantages sont similaires à ceux générés par les systèmes de renforcement pécuniaire et non pécuniaire (Luthans et Stakovich, 1999). Cette forme de reconnaissance au travail liée aux remerciements verbaux

est attestée par le supérieur hiérarchique en aparté afin de rendre compte du travail réellement effectué par l'infirmier et de valoriser ses efforts fournis en terme de contribution à la tâche prescrite. La reconnaissance liée aux remerciements reflète aussi le mérite des infirmiers lorsqu'ils effectuent le travail prescrit. Grâce à cette forme de reconnaissance, l'infirmier présente son aide afin que son collègue solutionne son problème et peut voir même concilier la divergence des intérêts vers un consensus afin d'orienter les efforts de ses collègues vers l'accomplissement du travail prescrit. Ce résultat vient corroborer celui de Kim et al (2003) selon lesquels le feed-back positif, modifie les comportements en les orientant vers la coopération au travail d'où l'effet positif de la reconnaissance liée aux feed-back verbaux sur les comportements d'entraide.

Dans le même ordre d'idée, la cérémonie organisée lors du départ à la retraite au cours de laquelle des signes de reconnaissance non verbale prennent place (Saint Onge et al, 2005) est une attestation des compétences acquises au cours des années d'ancienneté passées dans le métier d'infirmier (Blegen, 1992). Ces pratiques qui représentent la reconnaissance liée aux remerciements publics incitent les infirmiers à adopter des comportements d'entraide. Grâce à la reconnaissance liée aux remerciements publics, les infirmiers coopèrent avec leurs collègues afin de les aider à soulever les difficultés au travail ou bien à les concilier pour atteindre un compromis face à des conflits interpersonnels.

Par ailleurs, Blegen (1992) identifie la reconnaissance liée au temps comme une forme de reconnaissance qui rétribue le travail des infirmiers. Ce dernier se caractérise par une surcharge essentiellement due aux horaires trop longs irréguliers et rigides (Strachota et al, 2003 ; Pillay, 2009) qui place les infirmiers dans l'impossibilité de concilier leur vie professionnelle et vie privée. Le planning des heures de garde ne leur permet pas d'atteindre l'homogénéisation entre leur travail et famille. Faire participer les infirmiers au planning des heures de garde leur permet de jouir d'une plus grande marge de manœuvre en signe de reconnaissance liée à la flexibilité horaire. Cette forme de reconnaissance semble apaiser les tensions qui peuvent surgir entre les collègues et qui sont liées à l'inégale répartition des heures de garde. Elle semble aussi orienter leurs comportements vers la cohésion de groupe puisque les infirmiers fournissent des efforts afin de présenter leur aide à leurs collaborateurs. Les opportunités de développement représentent une forme de reconnaissance octroyée par le supérieur hiérarchique des infirmiers impliquant leurs participations aux prises de décision (Blegen, 1992). Or, la participation aux prises de décision ne peut être effectuée que via l'empowerment ou la délégation de pouvoir de la part du supérieur hiérarchique et elle est

perçue par les infirmiers comme une forme de reconnaissance du travail (Eo et al, 2014). Cette forme de reconnaissance est liée au fait que leur supérieur hiérarchique consulte leurs avis lors des prises de décisions (Blegen, 1992). Dans le même ordre d'idée, les infirmiers qui ont cumulé plusieurs années d'expérience dans leur travail perçoivent le fait que leurs collègues consultent leurs avis comme étant une forme de reconnaissance attestant de leur singularité ainsi que de leurs compétences distinctives. Cette reconnaissance en termes de participation aux décisions incite les infirmiers à aider leurs collaborateurs ainsi que leur supérieur hiérarchique afin de leur prouver que consulter leurs avis ne les induit pas en erreur. En nous basant sur les différentes formes de reconnaissance telles que catégorisées par Blegen (1992), nous testerons l'hypothèse suivante :

H1 : La reconnaissance au travail a un effet positif sur le comportement d'entraide

2. Les effets de la reconnaissance sur les comportements d'innovation

Le manque de transparence des systèmes de reconnaissance et de rémunération des infirmiers les dissuade de travailler au-delà des heures réglementaires et de fournir des efforts pour innover dans les pratiques de soins primaires mais aussi psychologiques. En d'autres mots, l'opacité des systèmes de récompense constitue une entrave à l'innovation du personnel infirmier. L'inhibition de l'innovation des infirmiers est instaurée par l'équipe médicale qui empêche les infirmiers d'accéder à un programme clair qui rétribue équitablement leurs prestations de service. D'où l'importance de la mise en œuvre d'un programme de reconnaissance authentique qui rétribue les comportements d'innovation.

Les études que nous avons pu recensées sur les déterminants des comportements d'innovation des infirmiers examinent seulement l'impact de l'empowerment (Amo, 2006 ; Knol et Van Linge, 2009), le leader ship transformationnel (Reuvers et al, 2008) ainsi que l'intelligence émotionnelle (Dincer et al, 2011 ; Shojaei, et al, 2014). D'autant plus qu'il y a un manque voir même une inexistence des études sur les pratiques de reconnaissance au travail des infirmiers et leurs effets sur les comportements d'innovation.

Le comportement d'innovation se réfère aux actions discrétionnaires qui décrivent les attentes du rôle prescrit et qui ne sont pas directement ou explicitement reconnus par un

système formel de reconnaissance (Katz, 1964). Inciter monétairement ou non les employés à relever les problèmes et non pas seulement les solutions, développer leurs compétences d'analyse des problèmes, récompenser les idées soumises et favoriser l'environnement à leur application tout en tolérant le nombre d'essais ainsi que l'échec motivent les salariés à adopter des comportements d'innovation (Deflix, et al, 2015). Toutefois, leur mise en pratique n'est pas aussi évidente puisqu'elle se heurte à plusieurs barrières que Dupuy (2011) résume autour de la pression sur le court terme, les modes de reporting ainsi que des blocages bureaucratiques et le fonctionnement hiérarchique traditionnel en silos caractéristiques aux structures organisationnelles mécanistes (Hellrienger et al, 2001). Par conséquent, les salariés sont réticents à adopter des comportements innovants et traduire la production des objectifs proactifs en des activités innovantes à moins que l'objectif d'instaurer une innovation constitue une valeur considérable pour eux (Füller et al, 2006) et fait l'objet d'une reconnaissance.

Les systèmes de reconnaissance et de rétribution liées à la performance contribuent à favoriser l'innovation (Cooke et Saini, 2010) incitent, voir même, les salariés à adopter des comportements innovants (Cavagnoli, 2011).

A l'instar du comportement d'entraide, le comportement d'innovation est susceptible d'être impacté par des pratiques de reconnaissance qui s'articulent autour des remerciements, des opportunités de développement, la participation aux décisions, les reconnaissances liées au temps et aussi celles inhérentes à des augmentations exceptionnelles de salaire.

Deflix et al (2015) affirment que reconnaître le travail des salariés publiquement a un effet positif sur les comportements d'innovation puisque ces derniers déploient plus d'efforts afin de détecter les problèmes pour en dégager les solutions qu'ils appliquent en prenant l'initiative d'enlever les entraves auxquelles se heurtent le comportement d'innovation. L'objectif étant de se démarquer de leurs collaborateurs via les remerciements publiques. La reconnaissance au travail sous forme de feed-back influence une variété de comportements organisationnels tels que le comportement d'innovation (Ashford et Northcraft, 1992).

Les infirmiers qui ont une ancienneté importante au sein du service semblent être moins vigilants aux directives de leur supérieur hiérarchique et prennent le risque d'appliquer les solutions innovantes car ils savent qu'ils vont faire l'objet de remerciements lors de la cérémonie de départ à la retraite. De même, lorsque le supérieur hiérarchique révèle sa fierté de travailler avec une équipe performante et qu'il remercie en aparté les efforts développés

par chaque infirmier pour leur contribution aux soins présentés aux patients ou bien pour leur efficacité et efficacité face aux situations urgentes, ceci inciterait les infirmiers à adopter des comportements d'innovation. Par ailleurs, les infirmiers qui bénéficient d'un accès à l'information ainsi qu'au soutien de leur supérieur hiérarchique sont incités à découvrir des solutions créatives et à les appliquer afin de maximiser leur rendement (Monojlovich, 2005). Les infirmiers qui sont désignés en tant qu'ambassadeur de leur équipe ainsi que ceux qui bénéficient du soutien de leur supérieur et partagent les informations avec lui ainsi qu'avec leurs collègues prendraient des initiatives afin de produire des solutions nouvelles et les appliquer. Dans le même ordre d'idée, octroyer aux infirmiers l'opportunité de participer aux journées de formations leur permettrait d'apprendre de nouvelles techniques pour présenter des soins mais aussi prendre soin des patients. Ces compétences apprises seront mises en exercice lorsque les infirmiers bénéficient d'une marge de manœuvre importante de la part de leur supérieur hiérarchique qui les consulte lors de la prise de décisions et voir même les sollicite dans la détermination de leur planning. Même si les infirmiers ne bénéficient pas de cette marge de manœuvre pour appliquer les solutions innovantes, le fait qu'ils participent à des formations et que leur supérieur les fait participer à des décisions les motiverait à prendre des initiatives. Ils prennent dès lors le risque de ne pas s'aligner aux directives de leur chef afin d'adopter des comportements d'innovation qui ont pour principal objectif de garantir aux patients des soins efficaces de manière efficiente. Cette forme de reconnaissance inhérente aux opportunités de développement qui octroie aux infirmiers une marge de manœuvre pour participer aux décisions leur permettrait de produire des solutions innovantes ainsi que de les mettre en application.

Les personnes qui adoptent des comportements d'innovation n'enregistrent pas une amélioration dans les différentes étapes du processus innovateur lorsque leur récompense extrinsèque augmenterait. Ils sont principalement motivés par le défi et la stimulation du travail lui-même et sont susceptibles de trouver ces propriétés incitatives lorsqu'ils occupent des emplois complexes. Par conséquent, une personne qui s'investit dans des challenges et qui aime relever les défis, développe des niveaux très élevés de la motivation intrinsèque (Puccio, et al, 2000). Les salariés qui ont un niveau de motivation intrinsèque assez élevé sont à l'abri des effets néfastes des récompenses extrinsèques (Hennessey et al, 1989; Hennessey et Zbikowski, 1993), car ils ont une certaine stabilité psychologique et ont de moins en moins besoin de revalorisation de leur travail via des pratiques de reconnaissance. Néanmoins, les infirmiers travaillent dans des environnements turbulents accentués par une charge

émotionnelle exorbitante qu'ils doivent gérer afin de pouvoir adopter des comportements d'innovation qui sont perçus comme étant des comportements extra rôle. De ce fait, les augmentations salariales inhérentes à une évaluation qui valorise les comportements d'innovation inciteraient les infirmiers à adopter ces comportements.

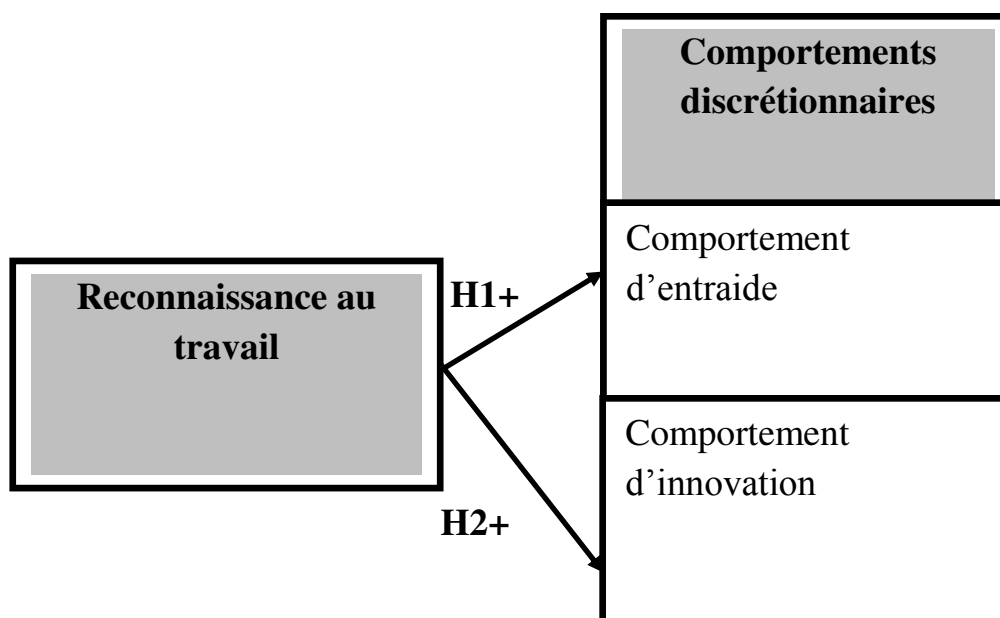
Les infirmiers cherchent à bénéficier d'une plus grande flexibilité horaire pour pouvoir concilier leur vie familiale et leur vie professionnelle. Cet accommodement inhérent à la reconnaissance liée au temps les incite à être plus attentifs aux problèmes qui touchent aussi bien l'infrastructure du service que les patients ainsi qu'à mobiliser les collaborateurs afin de trouver les solutions et de les appliquer. Force est de constater que la reconnaissance au travail au sens de Blegen (1992) c'est-à-dire celle liée aux opportunités de développement, la reconnaissance liée aux remerciements publics, privés et écrits, la reconnaissance financière, la reconnaissance liée au temps semblent impacter positivement les comportements d'innovation des infirmiers c'est ce que nous testerons à travers l'hypothèse suivante

H2 La reconnaissance au travail a un effet positif sur le comportement d'innovation

3. Le modèle de recherche

Notre modèle de recherche met en relation la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires

Figure 6: Modèle de recherche



Conclusion

La relation d'échange basée sur la réciprocité régit la reconnaissance au travail dans le sens où celui qui bénéficie d'une forme de reconnaissance telle que catégorisée par Brun et Dugas (2005) s'estime redevable envers la personne qui lui a octroyé la reconnaissance. De ce fait, se développe en lui un sentiment de dette qui le motive à adopter des comportements discrétionnaires. Pour mémoire, le comportement d'entraide et le comportement d'innovation sont discrétionnaires dans le sens où ils ne sont pas prescrits par l'entreprise, sont volontaires et ne font pas l'objet d'une récompense formelle. Ils sont dès lors adoptés à partir du moment où les salariés s'attendent à ce que la forme de reconnaissance traduit les efforts qu'ils ont investis au travail. Les spécificités du métier d'infirmier déterminent l'importance de l'adoption de ces deux comportements. En effet, l'infirmier répond directement au besoin d'aide des patients quand ils se trouvent incapables de répondre à leurs propres besoins. Par ailleurs, il les aide indirectement à « *suivre les prescriptions thérapeutiques du médecin* » (Henderson, 1994, p.10), pour ce faire, il aide le médecin à remplir ses fonctions de traitements et de guérison ainsi que ses collaborateurs dans les tâches inhérentes à l'amélioration de l'état de santé des patients (Henderson, 1994). Les infirmiers sont appelés à développer des solutions innovantes afin d'améliorer la qualité des soins présentés aux patients. Force est de constater que les infirmiers orientent leurs comportements d'entraide vers les patients pour lesquels ils se doivent de présenter des soins de qualité. Or améliorer la qualité des soins présentés aux patients et leur garantir le bien être dans les structures de soin ne pourrait avoir lieu qu'à partir du moment où les infirmiers développent des solutions innovantes (Aiken et al, 2010). Les comportements d'innovation qui modifient les routines et permettent l'usage de nouveaux remèdes (Amo, 2006) s'articulent autour de l'ensemble des étapes inhérentes à la production, la promotion et l'application des nouvelles idées (Clarke et Copeland, 2010 ; Cornell et al, 2010). Par ailleurs, la reconnaissance au travail du personnel infirmier a été explorée par Blegen (1992) comme étant liée aux remerciements, opportunités de développement, temps ainsi que la reconnaissance financière. Dans l'objectif de déterminer les effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation pour le cas particulier du personnel infirmier, nous avons constitué notre modèle de recherche que nous testerons dans une première étape d'analyse qualitative afin de vérifier sa pertinence et apporter un début de confirmation aux deux

hypothèses que nous avons émises au niveau de la section 2 de ce chapitre et que nous testerons au moyen de l'étude quantitative que nous avons menée auprès d'un échantillon d'infirmiers en Tunisie.

Conclusion partie 1:

La première partie a contribué à démystifier un concept multidimensionnel (Roche, 2014) qualifié par Brun et Dugas (2005, p.80) de « *polymorphe et polysémique* » à savoir la reconnaissance au travail et aussi de repérer ses liens avec le comportement d'entraide et le comportement d'innovation catégorisés comme étant deux comportements discrétionnaires.

Le premier chapitre a permis de déterminer la reconnaissance au travail comme étant un concept riche de sens permettant d'échapper essentiellement au mépris et à l'invisibilité. La reconnaissance au travail assure notamment une distinction de singularité ainsi qu'une distinction de conformité (Dejours, 1995 ; Bourcier et Palobart, 2007) permettant ainsi une identification à soi ainsi qu'une identification à autrui. Cette analyse a permis de déterminer que la relation de reconnaissance garantit la réciprocité des échanges et que les pratiques de reconnaissance catégorisées par les différentes approches : éthique, humaniste, psychodynamique et comportementaliste sont octroyées par les différents acteurs de l'entreprise et se présentent sous différentes formes.

Le deuxième chapitre a permis d'exposer les deux comportements discrétionnaires retenus dans le cadre de notre recherche. Il fait une analyse du comportement d'entraide comme un comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers les autres et qui s'articule autour d'un ensemble de dimensions identifiées par Podsakoff et al (2000) à savoir l'altruisme, la facilitation interpersonnelle et le rétablissement de la paix. Il démystifie notamment, le comportement d'innovation qui se base sur la notion de nouveauté relative et qui inclut plusieurs compétences. Ce deuxième comportement discrétionnaire retenu dans le cadre de cette étude est enclenché par la reconnaissance d'un problème pour lequel il y a lieu de produire, promouvoir et réaliser des solutions nouvelles.

Le troisième chapitre, détermine les concepts mobilisés dans le cadre de cette recherche en fonction des spécificités du travail des infirmiers. Il fait une analyse des liens entre la reconnaissance au travail, le comportement d'entraide et le comportement d'innovation en mobilisant la théorie de l'échange social. Il propose notamment un modèle qui traduit un ensemble d'hypothèses formulées à partir des études que nous avons pu recenser.

Les trois chapitres de la première partie ont permis de déterminer les fondements théoriques et de proposer un modèle de recherche que nous testerons tout au long de la deuxième partie via une analyse qualitative qui permettra d'apporter un premier éclairage aux hypothèses de recherche et qui sera notamment complétée par une étude quantitative auprès d'un échantillon plus large d'infirmiers Tunisiens.

Deuxième partie : Méthodologie et résultats

Cette deuxième partie qui s'articule autour de trois chapitres expose la méthodologie de recherche et analyse les résultats d'une étude qualitative complétée par une étude quantitative menées auprès des infirmiers afin de confronter notre problématique de recherche qui traite des effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation à la réalité du terrain.

Le chapitre 4 explicite les options épistémologiques en mettant l'accent sur celle retenue dans le cadre de notre recherche et présente les éléments justifiant le choix de notre population d'étude. Il expose notamment notre méthodologie de recherche, les outils de collecte des données auxquels nous avons eu recours ainsi que notre protocole de recherche.

Le chapitre 5 présente l'analyse des résultats de l'étude qualitative que nous avons menée auprès de vingt infirmiers. Il identifie les formes de reconnaissance appliquées au personnel infirmier et apporte un premier éclairage sur l'impact de ces formes de reconnaissance identifiées sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation.

Le chapitre 6 présente nos choix en matière de restitution des résultats quantitatifs. Il fait une analyse de la qualité psychométrique des échelles de mesure retenues pour mesurer la reconnaissance au travail et chacun des deux comportements discrétionnaires. Il expose et discute les résultats du test des hypothèses effectué via la méthode de régression multiple.

Chapitre 4 : Du questionnement au terrain : Options méthodologiques et démarche de recueil des données

Tout au long des chapitres précédents et dans un cadre théorique, nous avons précisé la problématique de notre recherche qui traite des effets de la reconnaissance sur les comportements discrétionnaires à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Dans les chapitres qui suivent, nous allons confronter notre problématique à la réalité du terrain au sein duquel nous avons mené deux études une première qualitative et une seconde quantitative qui complète la première. Le choix du personnel infirmier Tunisien, en tant que population de notre étude s'est effectué sur la base d'un ensemble de critères. Rappelons que nous nous plaçons dans un positionnement épistémologique positiviste aménagé qui combine aussi bien une démarche positiviste que constructiviste auxquelles s'associent deux logiques de raisonnement au sens de Miles et Huberman (1994) déductive et inductive. La triangulation méthodologique est adaptée à cette combinaison de démarches puisqu'elle permet pour une même recherche d'employer différentes méthodes afin d'apporter plus d'informations, extraire du sens et renforcer la validité des résultats de l'enquête menée (Chaumon et al, 2014 ; Greene et al, 1989) (Section1). Partant de ce constant, nous adoptons cette triangulation méthodologique qui intègre à la fois une méthode qualitative (Section 2) qui permettra dans un premier temps de vérifier la pertinence de notre méthode de recherche et d'apporter une première confirmation aux hypothèses émises complétée par une méthode quantitative (Section 3) permettant de tester les hypothèses et valider les liens entre les concepts constituant notre modèle de recherche (Greene et al, 1989)

Section 1: Options épistémologiques et justification du choix de la population d'investigation

Section 2 : La méthodologie de recherche qualitative : De la démarche de collecte des données à la méthode d'analyse de contenu

Section 3 : Démarche générale de l'étude quantitative

Section 1 : Options épistémologiques et justification du choix de la population d'investigation

Cette section présente d'abord, les différents positionnements épistémologiques en sciences de gestion pour mettre l'accent sur l'approche retenue par cette recherche (1), ensuite, elle expose les particularités du secteur de santé en Tunisie pour se concentrer sur l'importance que lui accorde l'Etat (2). Enfin elle explicite les raisons pour lesquelles le personnel infirmier est retenu comme population de cette étude (3).

1. Options épistémologiques vers une justification du positionnement emprunté

Le positionnement épistémologique vise à clarifier la conception de la connaissance sur laquelle le travail de recherche reposera et la valeur attendue des connaissances qui seront élaborées. Spécifier le positionnement adopté ainsi que les justifications apportées par le chercheur est déterminant pour lui dans le sens où elles permettent de conférer une légitimité à son travail ainsi que son choix méthodologique. Le chercheur ne construit pas seul sa propre conception de la connaissance. Cette dernière « *est influencée par les grands courants de pensée auxquels se réfèrent les chercheurs de la communauté à laquelle il appartient appelés paradigmes épistémologiques* » (Gavard-Perret et al, 2012, p.8).

Usuellement, trois grands paradigmes épistémologiques sont identifiés comme les principaux repères épistémologiques en sciences de gestion (Thiétart, 2003) et auxquels s'associent une logique ainsi qu'une approche. Nous allons présenter le paradigme positiviste (1.1), le paradigme constructiviste (1.2) et le paradigme interprétativiste (1.3) afin de déterminer le positionnement épistémologique que nous adoptons dans le cadre de notre recherche (1.4).

1.1. Le paradigme positiviste

Il représente « *le paradigme dominant des sciences de l'organisation et revendique un positionnement réaliste* » (Thiétart, 2003, p.14). Le paradigme positiviste s'articule selon

Gavard-Perret (2008) autour de trois hypothèses qui se basent sur la perception de la réalité par rapport au chercheur positiviste.

D'abord, l'ontologie réaliste selon laquelle la réalité qui existe est « *indépendante de l'intérêt et de l'attention que peut lui porter un chercheur* » (Garvard-Perret, 2008, p.22). En se basant sur le principe ontologique, les positivistes appréhendent la réalité via l'observation d'une façon objective, unique et connaissable et seront par conséquent capables de l'exploiter en toute neutralité. (Garvard-Perret, 2008). Ensuite, la détermination naturelle selon laquelle la réalité observée est régie par « *les lois naturelles immuables dont beaucoup prennent la forme de relations de cause à effet, observables et mesurables scientifiquement* » (Garvard-Perret, 2008, p.22). Enfin, l'épistémologie objectiviste dualiste constitue la dernière hypothèse sur laquelle se base le paradigme positiviste et selon laquelle le chercheur se place « *en position d'extériorité par rapport au phénomène étudié* », (Garvard-Perret, 2008, p.22). De ce fait, le chercheur et l'objet d'étude sont indépendants dans le sens où le chercheur n'a aucune influence sur l'objet étudié. La réalité est donc perçue par les positivistes comme ayant « *ses propres lois, immuables et quasi invariables : c'est un univers câblé* » (Thiéart, 2003, p.18).

En se basant sur l'ensemble de ces hypothèses qui régissent le paradigme positiviste, force est de constater que « *la connaissance produite est objective, acontextuelle, dans la mesure où elle correspond à la mise à jour de lois, d'une réalité immuable extérieure à l'individu et indépendante du contexte d'interactions des acteurs* » (Thiéart, 2003, p.18).

Par ailleurs, la logique déductive est habituellement associée au positivisme (Thiéart, 2003 ; Gavard-Perret, 2012) ; elle est « *plus souvent qualifiée d'hypothético-déductive permet de tester par le biais d'hypothèses une théorie ou de mettre à l'épreuve dans des situations particulières un certain nombre de connaissances développées préalablement* » (Garvard-Perret, 2012, p.29). Son cheminement part du général au particulier et n'envisage que « *la méthode expérimentale et la vérification d'hypothèses par des tests statistiques* » (Garvard-Perret, 2012, p.23). De ce fait, elle est le plus souvent associée à une approche quantitative suivant laquelle le chercheur quantitatif est « *mieux placé pour tester, valider ou justifier des hypothèses* » (Poisson, 1983, p.376).

1.2. Le paradigme constructiviste

Contrairement au paradigme positiviste qui considère la réalité comme étant objective, le paradigme constructiviste appréhende le statut de la réalité comme étant précaire, elle reste toutefois « *inconnaisable dans son essence puisqu'on n'a pas la possibilité de l'atteindre directement* » (Thiétart, 2003, p.19). Sur le plan ontologique, la nature de la réalité est déterminée via « *l'existence de multiples réels socialement construits non gouvernés par des lois naturelles* » (Gavard-Perret et al, 2008, p.25). Pour les constructivistes, « *la réalité ne sera jamais indépendante de l'esprit, de la connaissance de celui qui l'observe ou l'expérimente* » (Thiétart, 2003, p.19). Ainsi sur le niveau épistémologique, il existe une interdépendance entre le chercheur et la réalité observée. Les connaissances sont co-construites entre les chercheurs et répondants via « *un processus continu d'itérations, d'analyse, de critique, de réitération, ré-analyse conduisant à l'émergence de représentation co-construites* » (Gavard-Perret et al, 2008, p.25). Dans le cadre du constructivisme, le chercheur va contribuer à construire avec les acteurs la réalité sociale et ce contrairement aux positivistes pour qui le chercheur découvre les lois qui s'imposent aux acteurs.

Le raisonnement inductif qui « *vise à construire des connaissances nouvelles à partir de l'étude des situations empiriques* » (Gavard-Perret et al, 2008, p.25) est souvent associé au paradigme constructiviste qui contrairement à celui positiviste appréhende la réalité d'une façon relative. L'induction représente un « *mode principal de production des connaissances. Il s'agit alors de partir de l'observation de faits particuliers pour remonter à des lois générales* » (Gavard-Perret et al, 2008, p.25). Elle se base sur la méthode qualitative qui se caractérise par la force des données correctement recueillies et qui se concentre sur des événements ayant survenus dans des contextes naturels afin de saisir avec exactitude ce qui se passe dans la vie réelle. Les données recueillies via l'observation, les entretiens et les documents sont convertis en mots ou nombres et qui seront exploités par le chercheur afin de garantir une meilleure appréhension du phénomène étudié (Miles et Huberman, 2010).

1.3. Le paradigme interprétativiste

L'interprétativisme s'oppose au positivisme et partage avec le constructivisme les mêmes principes relatifs à l'ontologie et à l'épistémologie que nous venons de présenter (1.2). Il a toutefois des conceptions particulières par rapport au constructivisme en ce qui a trait à la méthodologie qui se base non pas sur la construction mais plutôt sur l'interprétation (Thiétart, 2003). Les connaissances générées par ce paradigme sont de type descriptif et sont généralement présentées dans des narrations détaillées (Gavard-Perret et al, 2008).

Le raisonnement abductif associé au paradigme interprétativiste vise à « *réaliser la généralisationà partir de lectures attentives répétées du matériau empirique jusqu'à ce qu'une construction de sens nouvelle émerge, éventuellement à la lueur des connaissances théoriques préalables* » (Gavard-Perret et al, 2008, p.39). Il procède par des allers-retours successifs entre l'étude sur le terrain, les théories et concepts mobilisés pour appréhender « *les situations empiriques étudiées et en construire des représentations intelligibles en vue de la construction progressive de connaissances avec des savoirs déjà admis* » (Gavard-Perret, 2008, p.30).

Le tableau suivant résume les trois principes sur lesquels se basent les paradigmes constructiviste et positiviste

Tableau 4: Comparaison des deux paradigmes épistémologiques en fonction du niveau de questionnement

Niveau de questionnement Paradigme	Ontologique Quelle est la nature de la réalité ?	Epistémologique Quelle est la relation entre le sujet connaissant et ce qui est connu ?	Méthodologique Quelles sont les manières d'élaborer les connaissances ?
Positivisme	Objective Acontextuelle	Relation d'indépendance du sujet et de l'objet	La découverte (statut privilégié de l'explication)
Constructivisme	Subjective contextuelle	Relation d'interdépendance du sujet et de l'objet	La construction (statut privilégié de la construction)
Interprétativisme	Subjective contextuelle	Relation d'interdépendance du sujet et de l'objet	L'interprétation (statut privilégié de la compréhension)

Source : adapté des travaux de Thiétart, (2003, p15) et Gavard-Perret et al (2008, p25)

Néanmoins, l'opposition entre positivisme et constructivisme est dépassée depuis quelques années (Charreire, 2001 ; David, 1999), ce qui pouvait relever d'un seul statut paradigmatique qui tend à être présenté comme un ensemble de propositions aménageables (Charreire, 2001)

1.4. Option épistémologique retenue

De nombreux chercheurs tendent à la réconciliation entre les différents paradigmes en intégrant communément des éléments de chacun d'entre eux, « *se dotant ainsi de ce que l'on pourrait appeler une position épistémologique aménagée* » (Thiétart, 2003, p.31).

Notre recherche explicite le phénomène relatif à la relation entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation auprès du personnel infirmier. Cette relation n'a pas fait l'objet d'études préalables dans des structures de soin en Tunisie ce qui nous a amené à mener une étude

qualitative auprès des infirmiers qui travaillent dans trois hôpitaux afin de vérifier la pertinence de notre modèle de recherche et apporter un début de confirmation aux hypothèses émises. Puis, nous avons complété cette étude par une étude quantitative afin de tester les hypothèses et valider notre modèle de recherche. Pour ce faire, nous avons emprunté différents éléments des deux paradigmes constructiviste et positiviste. Ainsi, nous avons orienté notre choix vers une position épistémologique intermédiaire qui associe le raisonnement inductif et déductif et qui est qualifié par Miles et Huberman (1991) de « positivisme aménagé ».

Le positivisme aménagé propose « *de découvrir des relations légitimes et raisonnablement stables entre les phénomènes sociaux qui existent dans les esprits et la réalité en raison de la complexité de l'objet d'étude* » (Cappelletti, 2005, p.9). Grâce à ce positionnement « *le fait que les individus ne partagent pas les conceptualisations des chercheurs ne veut pas dire que de telles conceptualisations sont fausses ou artificielles* » (Miles et Huberman, 1991, p.31). Dans le même ordre d'idée, le positionnement positiviste aménagé qui combine aussi bien une démarche positiviste que constructiviste permet de remédier aux dangers d'adopter une démarche exclusivement positiviste ou constructiviste. Selon Churchod (2003), adopter une démarche uniquement positiviste à laquelle s'associe une logique déductive pourrait entraver l'émergence de nouveaux concepts ce qui exposerait le chercheur au risque de nominalisme des idées. Néanmoins, s'inscrire dans une démarche exclusivement constructiviste régie par un raisonnement inductif, empêcherait le chercheur d'analyser le terrain sur la base d'une revue de la littérature exhaustive l'exposant de ce fait « *au danger de réinvention d'idées existantes* » Churchod (2003, p.164).

Afin d'explicitier notre positionnement intégrant simultanément positivisme et constructivisme, nous présentons les raisons de notre choix en répondant aux différents niveaux de questionnement (Thiéart, 2003 ; Gavard-Perret, 2012). Dans le cadre de notre recherche, nous pensons que la connaissance produite est de nature objective, nous avons observé notre objet de recherche sans pour autant en modifier la nature. En effet, nous avons dans un premier temps mobilisé la littérature inhérente aux concepts de notre recherche à savoir la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires. Puis nous avons mené des entretiens semi directifs ainsi que des questionnaires. L'interprétation des résultats est impactée par le contexte dans lequel les deux études ont été effectuées. Partant de ces

constats, la nature de la connaissance générée est certes objective mais aussi contextuelle puisqu'elle ne peut pas être exploitée en toute neutralité. Partant de ce constat, la nature de la connaissance produite dans le cadre de notre recherche s'inscrit entre le paradigme positiviste et constructiviste. Dans le même ordre d'idée, la rareté des recherches qui ont investigué du lien que nous cherchons à explorer nous laisse penser que la réalité existe mais qu'elle n'est pas assujettie à des lois invariables. Dans ce sens, elle peut être agencée par le biais des personnes, situations et interprétations (Miles et Huberman, 1991), d'où sa dépendance au sujet au sens du constructivisme. Ce qui expliquerait aussi notre positionnement intermédiaire entre le positivisme et le constructivisme. Enfin, l'élaboration de la connaissance est effectuée dans un premier temps en découvrant les théories existantes pouvant appréhender les différents concepts de notre étude ainsi que les relations pouvant exister entre eux ce qui correspondrait à une logique de raisonnement déductive.

Dans un second temps, la connaissance est co-construite avec la population cible de notre étude à savoir le personnel infirmier dont nous explorons les propos via une démarche inductive. Partant de ces constats, la manière avec laquelle la connaissance est élaborée justifie notre positionnement positiviste aménagée que nous adoptons dans le cadre de notre recherche.

L'option épistémologique retenue ainsi présentée, les éléments relatifs à la justification de la population mobilisée dans le cadre de cette recherche feront l'objet de la deuxième partie de cette section.

2. Justification du choix du secteur de santé : Présentation du secteur de la santé en Tunisie

La nouvelle constitution Tunisienne ratifiée le 27 janvier 2014 stipule de manière explicite dans son article 38 « *le droit à la santé pour chaque être humain* »¹⁰. Ainsi l'Etat s'engage à

¹⁰ Source : <http://www.tunisie-constitution.org/fr/article-38-0> consulté le 15/11/ 2015 (non reprise en bibliographie)

garantir aux citoyens une infrastructure adéquate pour accéder aux soins et ce en augmentant ses dépenses allouées au système de santé. Les dépenses totales de santé constituent un concept commun utilisé par l'OMS, Eurostat et l'organisation de coopération et de développement économique depuis 2006 pour comparer les dépenses de santé de leurs membres¹¹. Partant de ces constats, ces indicateurs nous permettent de mettre en exergue l'importance du secteur de santé en Tunisie afin de justifier du choix de notre terrain d'investigation. De ce fait nous allons exposer les dépenses totales de santé en Tunisie ainsi que la part du budget de l'état allouée au ministère de la santé.

2.1. Les dépenses de santé de l'Etat vers un rayonnement du secteur de santé Tunisien

En Tunisie, les dépenses totales de santé correspondent à la somme des dépenses en santé des administrations publiques et privées¹². D'après le tableau 5, nous constatons qu'elles n'ont pas cessé d'augmenter depuis 2000, elles ont été multipliées par 2,5 durant 13 ans, atteignant 5362,7 MD en 2013.

¹¹ Source : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/depense-totale-de-sante.htm>, consulté le 15/11/2015 (non reprise en bibliographie)

¹² Source : Rapport du ministère de la santé : « Quels chemin vers la couverture sanitaire http://www.coopami.org/fr/countries/countries/tunisia/social_protection/pdf/social_protection03.pdf consulté le 17 /11/ 2015 (non reprise en bibliographie)

Tableau 5: Répartition des dépenses de santé

Indicateurs / Année	2000	2005	2012	2013
Dépenses totales de santé (MDT)	1581,2	2247,3	4985,2	5362,7
Dépenses publiques de santé (MDT)	833,29	1137,13	3026,01	3330,236
Dépenses publiques de santé (DPS) en %DTS	52,7	50,6	60,7	62

Source : Rapport du ministère de la santé : « Quels chemin vers la couverture sanitaire universelle » http://www.coopami.org/fr/countries/countries/tunisia/social_protection/pdf/social_protection03.pdf universelle ».

Ces dépenses sont majoritairement des dépenses publiques de santé puisqu'elles représentent 62% des dépenses totales de santé en 2013 qui sont financées à 27,1% par le Ministère de la santé et les autres ministères à 34,9% par la caisse nationale d'assurance maladie qui est un établissement public sous tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale¹³

La Tunisie s'est démarquée de ses voisins par de meilleurs résultats en matière de santé. Achouri (2011, p. 2)¹⁴ avance l'idée selon laquelle « *les indicateurs de santé de la Tunisie sont réputés être parmi les meilleurs des pays de l'Afrique.... et supérieurs à ceux des pays ayant un niveau de revenus équivalent* ». La part du PIB dans les dépenses de l'état est un indicateur qui « *présente l'avantage de permettre des comparaisons internationales* »¹⁵. Ainsi, dans l'objectif de mettre en lumière la richesse du secteur de santé en Tunisie, nous avons orienté notre choix vers une comparaison de cet indicateur avec ceux des pays du Maghreb Arabe ainsi que d'autres pays à revenus similaires que la Tunisie. Comme l'indique la figure 7, la Tunisie consacre 0,9% de plus que la moyenne des pays à revenus similaires (moy Up-Mid) en termes de part de PIB consacrée aux dépenses de santé. Ainsi, elle se

¹³ Source : <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/images/cs2013.pdf>, consulté le 2/6/ 2015 (non reprise en bibliographie)

¹⁴ Source : http://www.unfpatunisie.org/usp/images/modules/modules2013/module2_5_5/Le_syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9_tunisi_en_NAchour.pdf consulté le 10 Septembre 2015 (non reprise en bibliographie)

¹⁵ Source : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur1-pqemaladie.pdf> consulté le 10/9/ 2015 (non reprise en bibliographie)

distingue des autres pays à revenus similaires, mise à part le Brésil, par des dépenses totales de santé en % du PIB nettement plus élevées de 0,8 % par rapport à la Turquie. Dans le même ordre d'idée, la Tunisie membre de l'Union du Maghreb Arabe (UMA) depuis sa création en 1989, se place au premier rang par rapport aux autres états membres, en termes de dépenses totales de santé allouées en termes de % de PIB. En effet, malgré les déficits budgétaires qui ont impacté négativement l'économie Tunisienne, l'investissement de l'Etat dans le secteur de la santé n'a pas cessé de croître comparativement à l'Algérie et le Maroc dont la santé économique est plus prospère.

Figure 7: Comparaison entre les pays à revenus égales des dépenses totales en % PIB (2012)

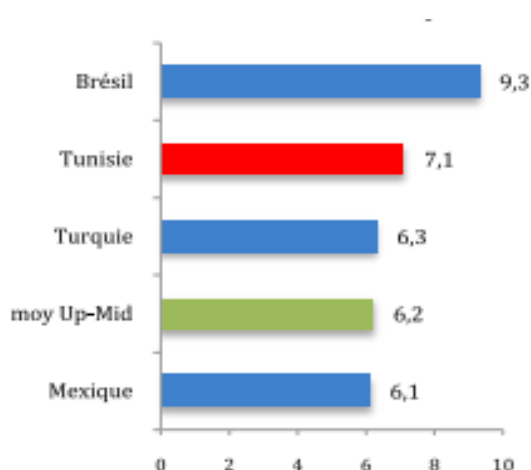
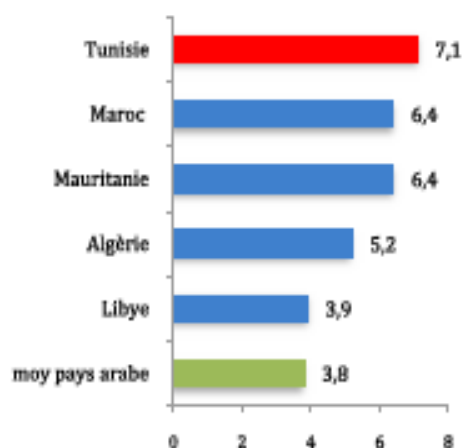


Figure 8: Comparaison entre les pays du Maghreb des dépenses totales en % PIB (2012)



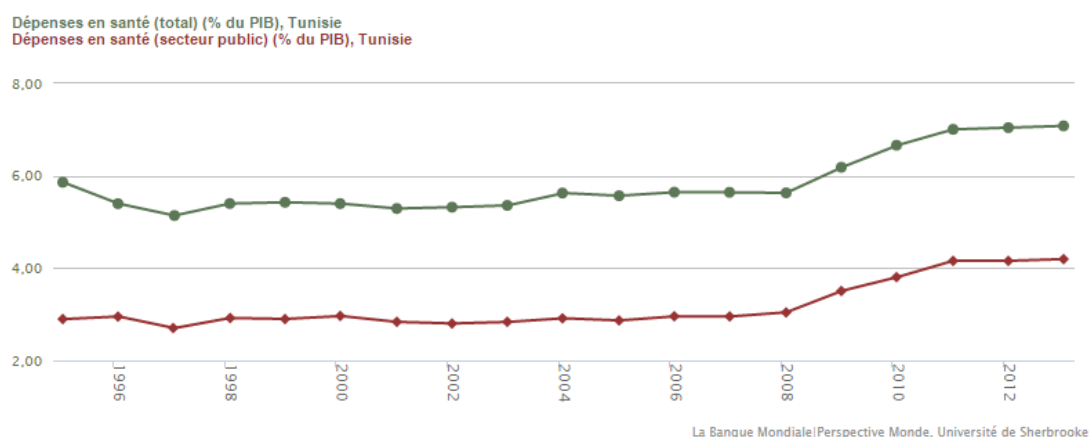
Source : http://www.coopami.org/fr/countries/countries/tunisia/social_protection/pdf/social_protection03.pdf

La part de la dépense totale de santé dans le produit intérieur brut de la Tunisie comme « indicateur qui permet de mettre en perspective les dépenses de santé et leur dynamique avec les ressources internes du pays »¹⁶ nous permet d'appréhender l'importance qu'accorde le pays au secteur de la santé notamment public et privé.

¹⁶ Source <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur1-pqemaladie.pdf> , consulté le 10/9/ 2015 (non reprise en bibliographie)

D'après la figure 8, la Tunisie consacre 7,1 % de son PIB aux dépenses de santé, soit une augmentation de 1,72 par rapport à 2003. L'importance accordée au secteur de santé par l'Etat Tunisien peut être aussi constatée en ce qui concerne la part du PIB consacrée aux dépenses en santé du secteur public qui est en perpétuel évolution à l'instar des dépenses totales de santé¹⁷ comme l'indique la figure 9.

Figure9: Evolution des dépenses totales de santé en % de PIB par rapport aux dépenses de santé du secteur public



Source :

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SH.XPD.TOTL.ZS&codePays=TUN&codeTheme2=3&codeStat2=SH.XPD.PUBL.ZS&codePays2=TUN>

Les dépenses en santé du secteur public¹⁸ en 2012 représentent 62% des dépenses totales de santé qui sont de l'ordre de 5362,7 MDT (Tableau 5). Ainsi, la Tunisie consacre 4,20% de son PIB aux dépenses publiques de santé, soit une augmentation de 1,37 % par rapport à 2003.

¹⁷ Il s'agit des dépenses en santé dans les secteurs privé et public, en relation avec le Produit intérieur brut. La somme comprend les services de santé préventifs et curatifs tels que les activités de planification familiale et de nutrition, ainsi que l'aide d'urgence relative à la santé. Les dépenses totales en santé publique sont évaluées ici en pourcentage du Produit intérieur brut (PIB), soit l'ensemble des « valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays ». Source :

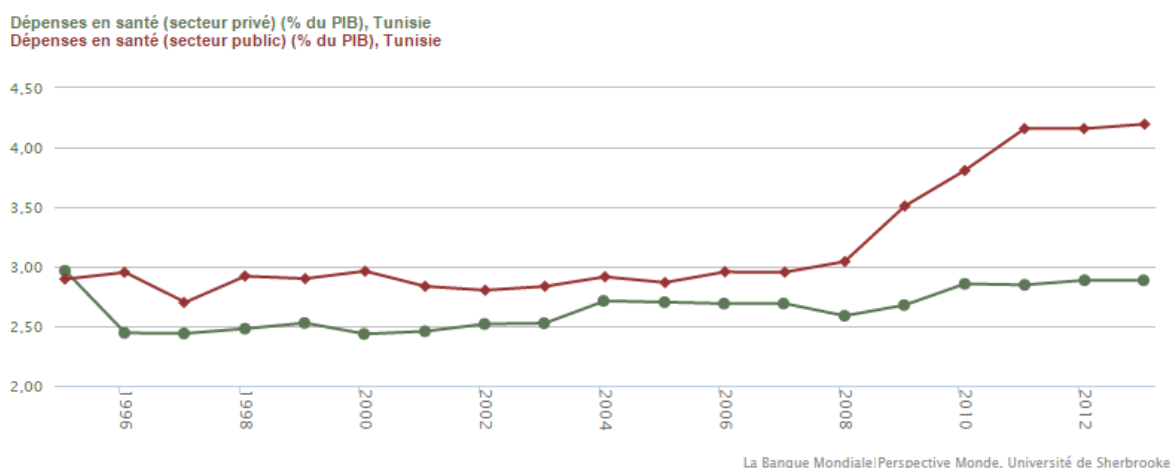
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SH.XPD.TOTL.ZS&codePays=TUN&codeTheme2=3&codeStat2=x&codePays2=TUN&langue=fr> consulté le 20/10/ 2015 (non reprise en bibliographie)

¹⁸ Le total inclut les « dépenses consolidées directes et indirectes, y compris les dépenses en capital des différents échelons administratifs, des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et autres fonds extrabudgétaires ». Il comprend aussi les « dotations destinées à améliorer l'état de santé de la population et/ou à dispenser des biens, des services et des soins médicaux à la population ». D'autres dépenses, comme les subventions versées aux producteurs ou aux ménages, entrent également dans le calcul. Les dépenses en santé publique sont évaluées ici en pourcentage du Produit intérieur brut (PIB), soit l'ensemble des « valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays ».

Source : <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SH.XP>

Ces dépenses publiques sont plus importantes par rapport aux dépenses consacrées au secteur privé¹⁹ et qui sont de l'ordre de 2032,464 MDT représentant 2,88% du PIB en 2013 et affichant une faible augmentation de l'ordre de 0,36% par rapport à 2003. La figure 10 révèle aussi que contrairement aux dépenses du secteur public, les dépenses du secteur privé continuent à stagner depuis 2010.

Figure10: Evolution des dépenses de santé du secteur public en % de PIB par rapport aux dépenses de santé du secteur privé



Source :

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codePays=TUN&codeTheme2=3&codeStat2=SH.XPD.PUBL.ZS&codePays2=TUN>

[D.PUBL.ZS&codePays=TUN&codeTheme2=3&codeStat2=x&codePays2=TUN&langue=fr](http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codePays=TUN&codeTheme2=3&codeStat2=x&codePays2=TUN&langue=fr) consulté le 20/10/2015 (non reprise en bibliographie)

¹⁹ Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les dépenses en santé dans le secteur privé incluent les systèmes de prépaiement et de répartition des risques (EX. régimes d'assurances privées), les dépenses de santé des entreprises, les institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages ainsi que les dépenses directes des ménages. Ces dépenses sont présentées ici comme un pourcentage du Produit intérieur brut (PIB), soit l'ensemble des « valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays ». Source : <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codePays=TUN&codeTheme2=3&codeStat2=x&codePays2=TUN&langue=fr>, consulté le 25 Septembre 2015 (non reprise en bibliographie)

2.2. Les spécificités des dépenses de santé : Rôle du Ministère de la santé publique

L'importance qu'accorde l'Etat Tunisien au secteur de la santé réside aussi dans le fait qu'il a alloué 18,95% de son budget de 2013 aux dépenses du ministère de la santé publique qui ont permis dans le même ordre d'idée de financer les 26,3% des frais totaux de santé²⁰. Toutefois, la révolution jasmin qui a bouleversé l'économie du pays depuis 2011 n'a pas dissuadé l'Etat d'augmenter son budget alloué aux dépenses du ministère de la santé qui sont passées de 1253 en 2012, à 1435 MDT en 2013. Dans le même ordre d'idée, l'Etat Tunisien attribue une grande importance au secteur de la santé puisqu'il lui consacre en 2012 un budget plus élevé par rapport à ceux des ministères de la défense (1046MDT), l'agriculture (1194MDT) et l'enseignement supérieur (1236MDT). D'autant plus que contrairement au ministère de l'équipement de l'environnement qui a vu son budget diminuer de 270MDT en une année, le ministère de la santé a vu son budget augmenter de 182 MDT²¹. Cette perpétuelle évolution des dépenses de santé reflète l'importance qu'accorde la Tunisie au secteur de la santé.

Les structures publiques de santé en Tunisie relevant du ministère de santé public « *principal prestataire de soins* » (Zouari et al, 2014, p.9)²² représentent plus de 99% de l'infrastructure de santé du secteur public²³. Elles absorbent plus de 84%²⁴ de la capacité totale litière, emploient à l'instar du secteur privé près de 50% de la totalité des médecins en Tunisie. Le nombre des paramédicaux est beaucoup plus important par rapport à celui du secteur privé puisqu'il est de l'ordre de 35863 soit plus de 85% de la totalité des paramédicaux en Tunisie. Force est de constater d'après la figure 11, que la majorité du personnel paramédical du secteur public représentée par 66,65% se compose d'infirmiers qui travaillent dans 2263 établissements qui relèvent du ministère de la santé.

²⁰ Source : <http://budget.marsad.tn/fr/> consulté le 15 /01/2016 (non reprise en bibliographie)

²¹ Source : <http://budget.marsad.tn/fr/> consulté le 15 /01/2016 (non reprise en bibliographie)

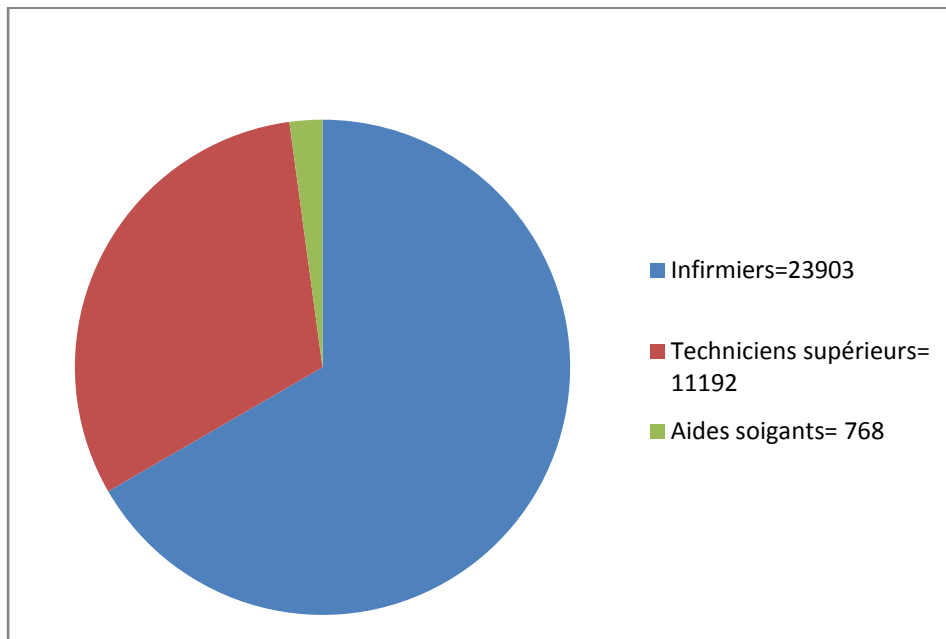
²² Source :

http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Tendance_%C3%A9conomique_-_Quelles_politiques_pour_faire_face_aux_in%C3%A9galit%C3%A9s_d%E2%80%99acc%C3%A8s_aux_soins_en_Tunisie.pdf consulté le 15 Janvier 2016 (non reprise en bibliographie)

²³ L'infrastructure du secteur public compte 2279 structures de soins, dont 2263 relèvent du ministère de santé, 4 hôpitaux relevant des ministères de la défense et de l'intérieur, 6 centres d'hémodialyses et 6 polycliniques relevant de la caisse nationale de sécurité sociale.

²⁴ D'après la carte sanitaire 2011 la capacité litière totale est de 19632 dont 3658 lits sont assurés par les cliniques du secteur privé

Figure11: Catégorisation des paramédicaux du secteur public



Source : <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/images/articles/csfinale2011.pdf>

3. Justification du choix de la population de l'étude : Importance des infirmiers

La pratique infirmière est une ressource précieuse pour les systèmes de santé et couvre plusieurs domaines qui vont des examens faisant appel à des techniques de pointe dans les pays développés à la prestation d'une gamme de soins de santé primaires dans les zones rurales et mal desservies dans des pays en voie de développement. Les activités du personnel infirmier qui compte le nombre le plus important de toutes les catégories des professionnels de santé s'articulent autour :

- L'évaluation, la surveillance, la coordination et la gestion de l'état de santé des patients,
- Le dépistage des maladies aiguës et chroniques,
- Le choix des mesures thérapeutiques appropriées suivies de leur application,

- La décision de prendre en charge seul le patient ou solliciter d'autres avis voire même l'orienter vers d'autres services,
- La surveillance des effets des interventions médicales,
- La responsabilité des actes présentés sans discrimination des patients,
- Le partage des informations et la collaboration à tous les niveaux,
- La capacité à aider les patients et établir des liens avec leur famille en instaurant un climat propice à la guérison,
- La gestion des situations urgentes (Rapport d'un comité d'expert de l'OMS, 1996)²⁵

Les infirmiers supervisent aussi le travail des aides soignants qui se trouvent en bas de l'échelle des paramédicaux. Certes, la qualification d'aide-soignante est révélatrice de son statut de subordonnée, il s'agit d'un découpage qui n'est pas basé sur les caractéristiques techniques ni fonctionnelles mais qui mettrait en avant sa dépendance sur les plans hiérarchique et pratique aux soignants et plus spécifiquement aux infirmiers. Ainsi, la fonction d'aide soignant que nous pouvons qualifier d'assistant de l'infirmier n'a de sens que par rapport aux infirmiers auxquels ils sont subordonnés (Belkhiri, 2008)²⁶

Contrairement aux activités des infirmiers dont les attributions du métier telles que fixées par le Décret n°2000-1690 du 17 Juillet 2000²⁷, s'articulent autour des fonctions de prévention, traitement ou de réadaptation fonctionnelle, les aides soignants exécutent les tâches d'hygiène. Ces dernières s'articulent autour du toilettage des patients, l'hygiène et la désinfection des chambres, le nettoyage et l'entretien des équipements et matériels médicaux, la préparation des repas et l'aide des patients à s'alimenter. Force est de constater que leurs tâches axées sur la propreté sont considérées comme étant les moins nobles et les plus ingrates des tâches inhérentes à prendre soin des patients (Arborio, 2012) et relèverait plus des savoir-faire domestiques que de la science médicale (Belkhiri, 2008).

²⁵ Source : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38194/1/WHO_TRS_860_fre.pdf, consulté le 12/11/2015(non reprise en bibliographie)

²⁶ Source : <http://books.openedition.org/pupvd/679?lang=fr#ftn1> consulté le 12/11/2015(non reprise en bibliographie)

²⁷ Source : <http://www.legislation.tn/sites/default/files/fractionjournalofficiel/2000/2000F/059/TF200016903.pdf> consulté le 12/11/2015(non reprise en bibliographie)

Par ailleurs, les attributions des techniciens supérieurs de santé telles que fixées par le Décret n° 2000-1688 du 17 Juillet 2000²⁸ se résument aux tâches relevant de leurs spécialités dans le domaine de traitement préventif ainsi que dans le domaine de traitement. Les activités de ce personnel paramédical relèveraient essentiellement des savoir-faire techniques, les adopter en tant que population de notre recherche nous semble insuffisant pour atteindre notre objectif d'étudier l'importance des comportements d'entraide et d'innovation.

L'importance du nombre des infirmiers par rapport aux autres personnels paramédicaux Figure11, la richesse de leurs activités qui s'articulent autour de l'aide présentée aux patients ainsi qu'à leurs collègues auxquelles se greffe le rôle prépondérant qu'il joue dans les systèmes de santé puisqu'il est « *le principal élément professionnel de « première ligne » dans la plupart des systèmes de santé* » (OMS, 2008, p3)²⁹ ce qui l'incite à prendre l'initiative et adopter des comportements d'innovation pour gérer des situations urgentes, ont orienté notre choix vers le personnel infirmier comme population de la présente étude. Partant de ces constats, nous allons déterminer leurs caractéristiques ainsi que les spécificités de leurs conditions de travail, l'objectif étant de mettre l'accent sur l'importance des pratiques de reconnaissance.

3.1. Le personnel infirmier : Un corps paramédical en perpétuelle évolution face à une répartition inégalitaire

Les pays de la Méditerranée orientale sont catégorisés par l'OMS en trois groupes. Le premier groupe inclut les pays qui se caractérisent par un développement socioéconomique ainsi qu'un revenu important contrairement à ceux du troisième groupe qui « *connaissent des difficultés majeures pour améliorer les résultats de la population en matière de santé du fait du manque de ressources pour la santé, de l'instabilité politique et d'autres problèmes de développement complexes* » (OMS, 2013, p.10)³⁰ La Tunisie appartient au deuxième groupe et qui à l'instar

²⁸ Source : <http://www.legislation.tn/sites/default/files/fraction-journal-officiel/2000/2000F/059/TF200016883.pdf> consulté le 12/11/2015(non reprise en bibliographie)

²⁹ Source : http://applications.emro.who.int/docs/EM_RC55_5_fr.pdf consulté le 1/12/2015 (non reprise en bibliographie)

³⁰ http://applications.emro.who.int/docs/RC_Tech_paper_2013_tech_disc_2_15018_FR.pdf, consulté le 12/12/2015 (non reprise en bibliographie)

des autres pays « a mis en place des infrastructures étendues pour les services de santé publique, mais a des difficultés en matière de ressources » (OMS, 2013, p.10)³¹

Tableau 6: Catégorisation des pays de Méditerranée orientale en fonction du développement socio-économique

Groupes	Groupe 1	Groupe 2	Groupe3
Pays	Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Kuweit, Oman, Qatar	Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, Territoire palestinien occupé, République arabe syrienne et Tunisie	Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Yémen

Source : Rapport de l'OMS sur la voie de la couverture universelle : défis, opportunités et feuille de route (2013) http://applications.emro.who.int/docs/RC_Techn_paper_2013_tech_disc_2_15018_FR.pdf

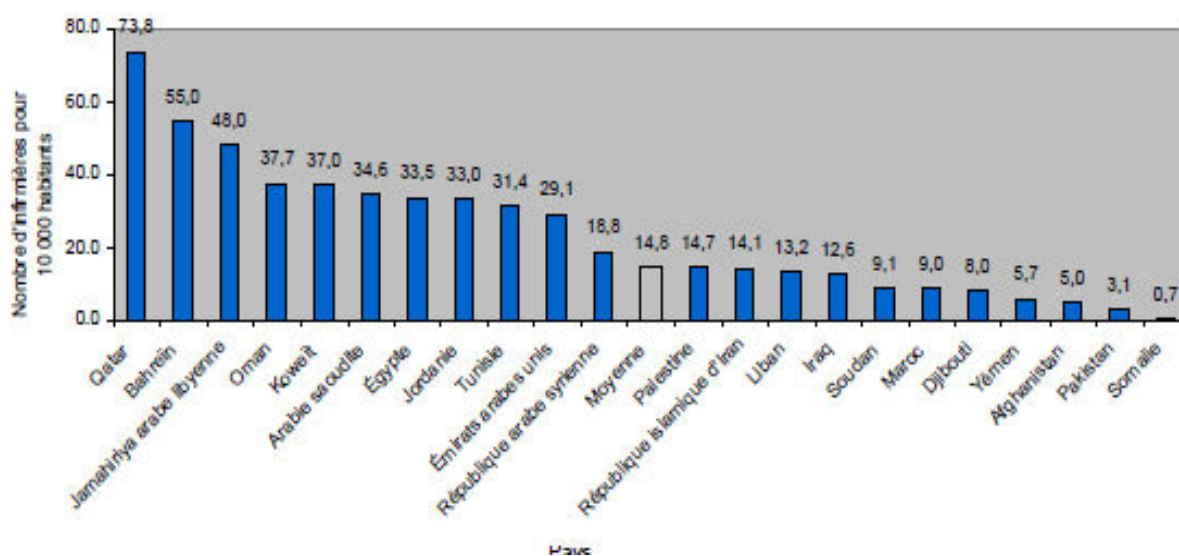
Dans sa récente déclaration au cours du forum des infirmiers³², le directeur du bureau régional de la Méditerranée orientale de l'OMS a indiqué que contrairement aux pays du 1^{er} et 3^{ème} groupe qui souffrent d'une pénurie du personnel infirmier, les pays du deuxième groupe, notamment la Tunisie « produisent un nombre considérable d'infirmiers ».

Tel que le montre la figure 5, en 2008 le nombre des infirmiers est de l'ordre de 31,4 infirmiers pour 10000 habitants ce qui représente plus que le double de la moyenne régionale qui est de l'ordre de 14,8 pour 10000 habitants. Dans le même ordre d'idée, nous constatons que la Tunisie occupe la 4^{ème} place dans son groupe, devançant le Maroc ainsi que les Emirats Arabes Unis du premier groupe.

³¹ http://applications.emro.who.int/docs/RC_Techn_paper_2013_tech_disc_2_15018_FR.pdf, consulté le 11/12/2015 (non reprise en bibliographie).

³² Le forum régional des infirmiers est intitulé le futur des infirmiers et des sages femmes dans la région de la Méditerranée orientale » et a lieu le 23 et 24 Avril 2015 en Jordanie, l'intégralité de la déclaration est disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/195728/1/RD_Message_Speech_2015_EN_16282.pdf

Figure12:Nombre des infirmiers pour 10000 habitants dans la région de la Méditerranée orientale (2008)



Source : http://applications.emro.who.int/docs/EM_RC55_5_fr.pdf

Dans le même ordre d'idée, le nombre des infirmiers ne cesse d'augmenter à « un rythme proche de celui des médecins » (Achour, 2011, p.11). Le tableau 7 indique que durant la période allant de 2011 à 2015, le nombre des infirmiers a augmenté de 4165, soit un taux d'évolution de 17,42% par rapport à 2011. Cet accroissement, concerne exclusivement les infirmiers du district de Tunis, puisque leur nombre a augmenté de 1699 par rapport à 2011. Par ailleurs, les données du tableau 4 révèlent des déséquilibres géographiques dans la répartition des infirmiers qui sont d'autant plus frappants dans les régions défavorisées de la Tunisie et plus particulièrement la Région Centre Est qui enregistre une diminution de son personnel infirmier de plus de 1% comparativement aux autres régions dont le taux a diminué à moins de 1%.

Tableau 7: Répartition du personnel infirmier en Tunisie (2011-2015)

Gouvernorats	Infirmier (2011)	Infirmier (2015)
Ariana	484	603
Tunis	3798	5093
Ben Arous	626	772
Manouba	672	811
District de Tunis	5580= 23,34%	7279=25,93%
Nabeul	1178	1319
Bizerte	1251	1382
Zaghouan	280	371
Nord Est	2709=11,33%	3072=10,94%
Béja	835	934
Jandouba	918	1062
Le Kef	798	861
Séliana	500	586
Nord Ouest	3051=12,76%	3443=12,26%
Sousse	1797	2045
Monastir	1438	1589
Mahdia	875	994
Sfax	1893	2112
Centre Est	6003=25,11%	6740=24%
Kasserine	705	804
Kairouan	1192	1363
Sidi Bouzid	638	747
Centre Ouest	2535=10,60%	2914=10,37%
Gabes	834	943
Médenine	950	1101
Tataouine	345	447
Sud Est	2129=8,90%	2491=8,87%
Gafsa	1056	1160
Tozeur	396	443
Kébili	444	514
Sud Ouest	1896=7,93%	2117=7,54%
TOTAL	23903	28074

Source : Ministère de la santé Tunisie³³ et carte sanitaire 2011 disponible sur <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/images/articles/csfinale2011.pdf>

³³ Les données de 2015 ont été recueillies après avoir déposé une demande au nom du Ministre de la santé (annexe 3) auprès d'un cadre du service paramédical du ministère de la santé Tunisie, depuis la base de données de la loi des cadres 2015, à laquelle lui seul peut avoir accès.

A la lumière des chiffres du tableau 7 qui mettent l'accent sur l'inéquitable répartition du personnel infirmier, nous pouvons avancer différentes explications qui s'articulent autour des points suivants:

- ✓ le nombre le plus important des infirmiers est enregistré dans le district de Tunis parce qu'il compte à lui seul 23% de la population totale et absorbe plus de 28% de la capacité litière totale des hôpitaux de toute la Tunisie,
- ✓ la majorité des recrutements du personnel infirmier s'est faite dans les structures de santé public des régions d'Ariana, Tunis, Ben Arous et Manouba qui comptent le plus grand nombre des structures publiques de soin de tout le pays,
- ✓ Les infirmiers nouvellement diplômés préfèrent travailler dans les structures de soins publiques implantées dans des régions sécurisées telles que le district de Tunis,
- ✓ Les infirmiers préfèrent émigrer vers les régions urbaines dans lesquelles ils bénéficient de meilleures opportunités de carrière ainsi que de conditions de travail plus attrayantes.

Toutefois, le recrutement et la rétention des infirmiers dans les zones rurales, reculées et isolées se révèlent problématique dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement. Afin de remédier à ces inégalités de répartition du personnel infirmier, Calman et Bichan (2004, p.38) proposent dans le rapport du conseil international des infirmiers un ensemble de solutions qui s'articulent autour de :

- ✓ *« le service rural obligatoire;*
- ✓ *le remboursement des frais d'études des infirmières exerçant dans des régions défavorisées;*
- ✓ *la relocalisation des écoles de soins infirmiers vers les régions rurales;*
- ✓ *l'octroi d'avantages salariaux ciblés;*
- ✓ *l'offre de stages dans des établissements situés dans les régions défavorisées;*
- ✓ *l'introduction de systèmes de rotation qui permettent d'affecter temporairement le personnel là où il sera le plus utile».*

3.2. Les spécificités du métier d’infirmier : Importance de la présence féminine dans des conditions de travail astreignantes

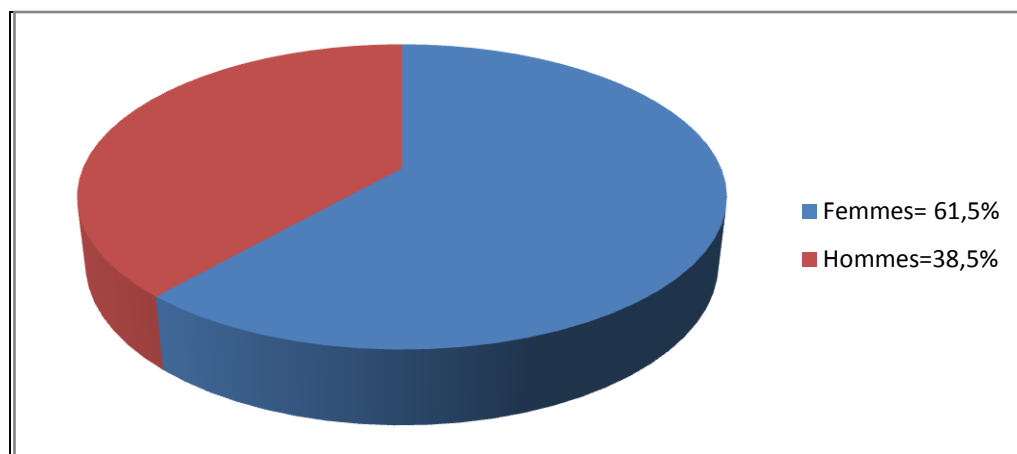
En ce qui concerne les statistiques relatives aux caractéristiques du personnel infirmier, nous disposons de celles fournies par le département paramédical du ministère de la santé au 28-02-2015

Tableau 8: Structure du personnel infirmier par genre

Effectif global	Hommes		Femmes	
	Nombre	% Effectif global	Nombre	% Effectif global
28074	10800	38,5	17274	61,5

Source : adapté des données de la loi cadre 2015 fournies par le service paramédical du ministère de la santé publique Tunisie.

Figure 13: Structure du personnel infirmier par genre



Source : adapté des données de la loi cadre 2015 fournies par le service paramédical du ministère de la santé publique Tunisie

La structure du personnel infirmier par genre reflète l’importance de la présence féminine dans le secteur qui représente plus de 61% de l’effectif global. Cette tendance serait mondiale

puisque d'après Augusto Landa et al (2008), 75% des infirmiers dans le monde seraient des femmes d'autant plus que Mac Phee et Borra (2012, p .17) affirment que « *La main-d'œuvre infirmière est en majorité composée de femmes, dans tous les pays* ». Ce qui pourrait être expliqué par le fait que les femmes sont prédisposées à être infirmières et que l'identification des femmes à ce métier s'affirme depuis la fin du XIIème siècle (Gintz, 2014). Cette image stéréotypée des infirmières dissuade les hommes à orienter leur carrière professionnelle vers le métier d'infirmier, d'où leur nombre qui est moins important par rapport à celui des infirmières.

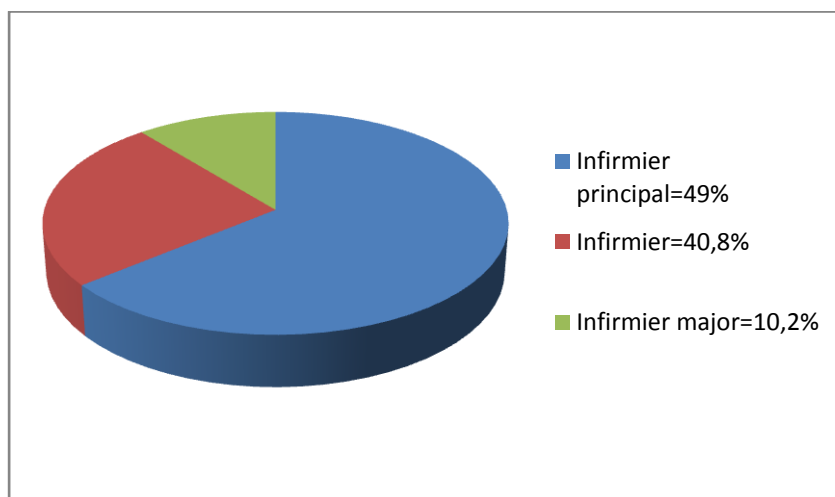
L'ensemble de ces infirmiers sont catégorisés en fonction des grades suivants :

Tableau 9: Structure du personnel infirmier par grade

Effectif global	Infirmiers		Infirmier principal		Infirmier major	
	Nbr	% Effectif global	Nbr	% Effectif global	Nbr	% Effectif global
28074	11452	40,80	13731	49	2891	10,2

Source : adapté des données de la loi cadre 2015 fournies par le service paramédical du ministère de la santé publique Tunisie

Figure 14: Structure du personnel infirmier en fonction du grade



Source : adapté des données de la loi cadre 2015 fournies par le service paramédical du ministère de la santé publique Tunisie

La structure du personnel infirmier par grade révèle une population concentrée à 48,9% dans la catégorie infirmier principal. Ce taux avoisine le taux des infirmiers qui est de l'ordre de 40,8%. Précisons à cet effet que la promotion aux différents grades s'effectue en fonction d'un ensemble de modalités qu'il est indispensable de spécifier. Depuis la création de la première école des soins infirmiers en 1924, la formation de base des infirmiers n'a pas cessé de faire l'objet d'un ensemble de réformes. La plus récente d'entre elles date de l'année universitaire 2006/2007 et selon laquelle cette formation est « *devenue universitaire et se fait sous la tutelle du Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la technologie et du ministère de la santé publique* » (Azouz, 2010, p.105). Toutes fois, les conditions d'admission dans les écoles de la santé publique pour la formation d'infirmiers, telles que fixées par le décret n°91-1170³⁴, sont l'obtention d'un Baccalauréat³⁵ ainsi que la réussite à un concours³⁶. La formation universitaire « *se fait sous le cursus LMD (semblable au cursus Européen) et conforme aux directives de l'OMS* » (Azouz, 2010, p105). Dans le même ordre d'idée, la promotion au grade d'infirmier principal ainsi que d'infirmier major s'effectue via la réussite aux cycles de formation organisés par l'administration au profit des infirmiers de la santé publique titulaires dans leur grade³⁷ et sous la tutelle du Centre de Recherche et de Formation Pédagogique. Le passage de grade s'effectue aussi suite à la réussite à un concours interne sur épreuves, sur titres ou sur dossier avec un minimum de 5 ans d'ancienneté. Enfin le ministère de la santé publique utilise une autre modalité dans la promotion des infirmiers à savoir au choix pour les infirmiers inscrits par ordre de mérite sur une liste d'aptitudes justifiant de 10 ans d'expérience et âgés au moins de 40 ans.

Par ailleurs, les infirmiers quel que soit leur grade, exercent leurs activités dans des conditions de travail astreignantes qui s'articulent autour de l'infrastructure des structures de soin souffrant de la carence des équipements médicaux et sécuritaires, la rigidité horaire notamment durant les gardes, les week end et les jours fériés, la surcharge de travail et les

³⁴ <http://www.cnudst.rnrt.tn/jortsrc/1991/1991f/jo05891.pdf>

³⁵ Les spécialités du Baccalauréat peuvent être en « *sciences, maths ou lettres à condition d'avoir les sciences naturelles comme matière d'option aussi avoir la moyenne en langue française et en éducation physique* » (Azouz, 2010, p105)

³⁶ Les futurs étudiants seront orientés vers les instituts des sciences infirmières où ils doivent passer un concours (psychotechnique) pour être déclaré admis (Azouz, 2010, p105).

³⁷ <http://www.legislation.tn/sites/default/files/fraction-journal-officiel/2000/2000F/059/TF200016903.pdf>, consulté le 12/11/2015 (non reprise en bibliographie)

faibles niveaux d'autorité. Néanmoins, le métier d'infirmier est régi par la loi de la fonction publique qui ne valorise pas la pénibilité de ses tâches quotidiennes. De ce fait, les infirmiers revendiquent un ensemble de primes telles que la prime de nuit, de sécurité, de transport mais cherchent aussi à assouvir des besoins de reconnaissance, de revalorisation, de dignité d'un métier considéré aussi noble que le métier de médecin, ont entamé plusieurs grèves. Force est de constater que la Tunisie, a vécu trois grèves générales des infirmiers en 2015 qui se sont succédées durant les mois d'Avril, Mai et Juin, et qui ont duré au total 7 jours, lui faisant encaisser une perte de 3500000 dinars tout en entravant l'accès des citoyens aux prestations sanitaires. Afin de remédier à ces pertes et faire prévaloir l'intérêt général des citoyens, le Ministre de la santé a commencé par prendre un ensemble de mesures suite à la signature d'un accord avec la fédération générale de santé Tunisienne. Parmi lesquelles nous citons l'adjonction de deux grades d'infirmier major principal de la santé publique et infirmier général de la santé publique par le décret n°2015-58³⁸, la prime de travail de nuit qui passe de 3 dinars à 7 dinars ainsi qu'un ensemble de dispositions qui valorisent le travail d'infirmier.

Toutes fois, les difficultés économiques par lesquelles passe la Tunisie depuis la révolution de 2011 lui imposent des restrictions budgétaires qui rendent les augmentations de salaires faibles et exceptionnelles. D'où l'importance de la promotion des pratiques de reconnaissance qui permettent d'assouvir les besoins de revalorisation du métier d'infirmier en les incitant à adopter des comportements d'entraide et d'innovation plutôt que d'entamer des grèves.

Le choix du terrain d'investigation ainsi argumenté, il convient dès lors de présenter la méthodologie de recherche qualitative adoptée dans la section suivante.

³⁸ <http://www.legislation.tn/sites/default/files/fraction-journal-officiel/2015/2015F/034/Tf201500583.pdf>, consulté le 1/02/2016 (non reprise en bibliographie).

Section 2 : La méthodologie de recherche qualitative : De la démarche de collecte des données à la méthode d'analyse de contenu

La recherche qualitative que nous adoptons dans un premier temps permettrait de détecter quelles sont les formes de reconnaissance au travail des infirmiers et dans quelle mesure peuvent-elles impacter les comportements d'entraide et d'innovation que le personnel infirmier adopterait dans les hôpitaux Tunisiens. Ainsi, nous allons dans un premier temps spécifier les objectifs de l'étude qualitative (1) puis déterminer les différentes étapes empruntées pour recueillir des données (2), accéder au terrain (3) et enfin la démarche d'analyse qualitative que nous avons adoptée (4).

1. Les objectifs de l'étude qualitative

L'objectif principal d'une étude qualitative est d'ordre exploratoire orienté vers une vision absolue du problème à examiner. En menant une étude qualitative, nous cherchons à vérifier la légitimité de nos choix théoriques, apporter un début de confirmation aux hypothèses que nous avons émises et apporter des ajustements à notre modèle de recherche pour lui garantir une plus grande pertinence. La méthodologie qualitative déployée se caractérise par la force de ces données correctement recueillies traduisant aussi bien la perception des pratiques de reconnaissance que la subjectivité des comportements discrétionnaires tels que le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Tout en sachant que notre objectif ultime est d'atteindre les réalités telles que les infirmiers les vivent (Miles et Huberman, 2010). Or, ceci ne pourrait être réalisé qu'à partir du moment où le chercheur se familiarise avec son domaine de recherche (Evrard et al, 1997) tout en traduisant et aussi en faisant une « *adaptation culturelle des instruments de mesure via l'identification de formulations adaptées aux sujets de la population cible* » (Lhopiteau et Leplege, 2002, p.122).

Partant de ces constats, mener une investigation précise pour mieux élucider la problématique de notre recherche (Evrard et al, 1997), exige de recueillir les données dans un voisinage immédiat en s'inscrivant dans un ancrage de proximité qui ne pourrait pas se concrétiser en

menant une étude quantitative (Miles et Huberman, 2010). Certes, en interviewant directement les infirmiers pour mesurer leur perception de la valorisation de leurs comportements discrétionnaires au travail via les formes de reconnaissance tout en analysant les influences du contexte dans lequel s'est déroulé l'étude sur le terrain permettrait d'appréhender des liens entre les comportements discrétionnaires au travail et les formes de reconnaissance qui les valorisent.

Investiguer la reconnaissance au travail et des liens susceptibles d'exister avec le comportement d'entraide et le comportement d'innovation du personnel infirmier n'a pas fait l'objet, à notre connaissance, d'études au préalable. De ce fait mener une étude qualitative auprès des infirmiers qui travaillent dans des structures de soin en Tunisie, permettrait de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures constituant notre revue de la littérature (Blanchet et Gotman, 1992). Viennent se greffer à cela, la vérification de la pertinence de notre modèle théorique que nous testerons via cette première étape d'analyse qualitative afin d'apporter un début de confirmation aux hypothèses que nous avons émises.

Notre étude qualitative que nous effectuerons au préalable de celle quantitative représenterait la seule opportunité que nous exploiterons afin de parvenir aux connaissances escomptées et celles qui émergent du terrain d'investigation. L'ensemble des objectifs que nous venons d'énumérer sont orientés vers une compréhension minutieuse et approfondie de la réalité de la reconnaissance qui rétribuerait le travail des infirmiers tout en impactant leurs comportements discrétionnaires au travail.

2. Le recueil des données qualitatives

La méthodologie qualitative se caractérise par la force des données correctement recueillies et qui se concentrent sur des événements étant survenus dans des contextes naturels afin de saisir avec exactitude ce qui se passe dans la vie réelle. Les données recueillies via l'observation, les entretiens et les documents sont convertis en mots ou nombres et seront exploités par le chercheur afin de garantir une meilleure appréhension du phénomène étudié (Miles et Huberman, 2010). Mener une étude qualitative auprès du personnel infirmier nous permettrait d'observer, examiner un ensemble de comportements qui ne sont pas saisissables via une étude quantitative. La richesse des données recueillies via des entretiens permettant

une plus grande proximité avec la personne interviewée et garantissant au chercheur des données qualitatives riches qui reflètent des descriptions vraies, denses et pénétrantes du contexte réel tout en ayant la capacité de décrypter le mystère et de complexifier l'assimilation des faits dans l'objectif de préciser les tenants et aboutissants des liens entre les concepts (Miles et Huberman, 2010) ont concouru à orienter notre choix vers l'entretien comme outil de collecte des données.

2.1. L'entretien : une technique de recueil des données qualitatives

Notre étude vise non seulement à vérifier les liens entre les différents concepts, que nous avons présentés au niveau des chapitres précédents, auprès de la population cible de notre recherche à savoir le personnel infirmier mais aussi à enrichir et approfondir notre modèle de recherche vu la rareté des études qui ont porté sur le phénomène que nous étudions. De ce fait, nous avons opté pour l'entretien individuel qui constitue « *une situation de face à face entre un investigateur et un sujet* » (Thiétart, 2004, p.235) permettant une meilleure proximité avec les sujets interviewés afin d'exploiter l'émergence de nouveaux aspects du phénomène auxquels nous n'avons pas songé spontanément (Blanchet et Gotman, 1992) et que les investigations théoriques précédentes n'ont pas révélé afin d'enrichir notre modèle théorique.

L'entretien comme technique de collecte des données qualifiée par Miles et Huberman (2010) et Chevalier et Micaeli (2008) de subjective est impactée par les représentations et l'interprétation que se fait le chercheur de la situation. De ce fait, « *les données ne sont pas collectées mais co-produites* » (Miles et Huberman, 2010, p.72). Grâce aux entretiens, le chercheur interagit avec les personnes interviewées afin de les amener à « *à vaincre ou à oublier les mécanismes de défense qu'ils mettent en place vis-à-vis du regard extérieur sur leur comportement ou leur pensée* » (Thiétart, 2004, p.235). Conséquemment, bénéficiant d'une grande marge de liberté d'expression accentuée par l'interactivité des interviews, les interlocuteurs argumentent d'avantage leur réponse aux questions que le chercheur ne cesse d'orienter vers les objectifs de son étude.

Cet outil de collecte des données qualitative que Igalens et Roussel, (1998, p.81), qualifient de « *moment crucial de toute recherche en GRH* » permettrait « *l'émergence des systèmes de représentation (pensées construites) et des pratiques sociales (faits expérimentés)* » (Blanchet

et Gotman, 1992, p.7) à partir du moment où l'intervieweur entame une communication verbale bidirectionnelle avec son interlocuteur. La richesse des mots qui en découlent et qui reflètent les perceptions des interviewés quant à la réalité du phénomène à étudier ne pourrait pas être atteinte via une technique de recueil des données quantitatives à savoir le questionnaire. Partant de ces fonctions, nous avons orienté notre choix vers l'entretien individuel.

Thiéart et al (2004) catégorisent l'entretien individuel en directif, non directif et semi directif. Le premier type ne concorde pas avec nos objectifs de recherche vu le fait qu'il « *ne relève pas de l'entretien mais du questionnaire* » (Thiéart, 2004, p.235). Dans la même veine, l'entretien non directif implique que « *l'investigateur définit un thème général sans intervenir sur l'orientation du propos du sujet* », ce qui pourrait dissuader le chercheur de poursuivre les objectifs autour desquels il mène sa recherche sur le terrain puisque ces types d'entretien ne lui procurent pas la légitimité d'intervenir tout au long des entretiens pour recadrer les propos des interviewés afin de les orienter vers les objectifs de sa recherche traduits par les questions de son guide d'entretien. L'entretien semi directif est le plus approprié à notre étude, car il permet dans un premier temps, une meilleure interactivité entre les deux parties dans le sens où le chercheur pourrait modifier les questions tout au long de l'entretien afin d'éviter « *un blocage dans une situation de face à face* » (Thiéart, 2004, p.235). En second lieu, parce qu'il concorde avec notre objectif d'examiner la pertinence des liens entre les différents concepts de notre modèle de recherche ainsi que la volonté de l'enrichir via des thèmes auxquels nous n'avons pas pensé spontanément et qui n'ont pas été abordés par la littérature grâce à la marge de liberté d'expression octroyée aux interviewés (Ghiglione et Matalon, 1978).

Afin de garantir la scientificité de la recherche qualitative, l'intervieweur se doit de communiquer à son interlocuteur qu'il influence à un faible degré, un ensemble d'informations circonstanciées et de qualité afin d'assurer une absence de biais. Or ce résultat ne peut être garanti qu'à partir du moment où le chercheur structure son guide d'entretiens autour d'un ensemble de thèmes orientés vers l'élucidation de la problématique de recherche.

2.2. L'entretien semi-directif appliqué au personnel infirmier

Mener un entretien semi-directif exige l'élaboration d'un guide d'entretien structuré autour des thèmes prédéfinis relevant de la littérature. Constitué d'un ensemble de questions ouvertes octroyant aux répondants une large marge de liberté d'expression, le guide d'entretien, permet l'émergence de nouvelles données inhérentes au contact réel avec le terrain et auxquelles le chercheur n'aurait pas pensé spontanément (Romlear, 2005). Ainsi, le guide d'entretien est muable, il évolue au fur et à mesure que le chercheur multiplie ses entretiens tout en garantissant aux interviewés une plus grande liberté d'expression pour explorer la spontanéité des réponses. Partant de ces spécificités, le guide d'entretien comme révélateur de la réalité des concepts et des liens entre eux, permettrait d'apporter un premier éclairage aux hypothèses en vérifiant si elles traduisent adéquatement la réalité vécue par le personnel infirmier au sein des structures de soin.

Nous avons construit notre guide d'entretien (Annexe 1) en nous basant sur la littérature qui traite de la reconnaissance au travail ainsi que celle des comportements discrétionnaires mobilisés dans le cadre de notre recherche à savoir le comportement d'innovation et le comportement d'entraide. De ce fait, notre guide d'entretien se compose des thèmes suivants « les formes de reconnaissance appliquées au personnel infirmier », « les objets de reconnaissance au travail », « perception des formes de reconnaissance en fonction de leur provenance », « l'adoption des comportements d'innovation », « les comportements d'entraide spécifiques au personnel infirmier », « Effets des formes de reconnaissance sur les comportements d'entraide », « Impact des formes de reconnaissance sur le comportement d'innovation ».

Dans un premier temps, nous avons pré-testé notre guide auprès de trois infirmiers qui ont été sollicités par convenance et qui ont validé le contenu, ainsi, l'ensemble des questions inhérentes aux thèmes de notre guide a été retenu. Néanmoins, ces interviewés nous ont fait part d'un ensemble de remarques et suggestions que nous avons intégrées dans notre guide d'entretien en instaurant quelques modifications afin de mieux reformuler nos questions qui sont devenues plus explicites. Partant de leurs conseils, nous avons par exemple spécifié davantage, « l'adoption du comportement d'innovation » car on cherche à explorer la

conception, la production tout en mettant l'accent sur la réalisation des objectifs. Aussi, en ce qui concerne les comportements d'entraide, il fallait préciser qu'on vise à les explorer qu'ils soient orientés vers les collègues au travail ou bien vers leur supérieur hiérarchique. Nous avons procédé à cette phase de pré-test afin d'ajuster le guide d'entretien aux objectifs de notre recherche et d'éviter que les interviewés prennent largement le temps ou au contraire se montrent brefs sans pour autant atteindre un des objectifs pour lequel nous avons orienté notre choix vers les entretiens semi-directifs à savoir parler spontanément (Igalens et Roussel, 1998) et argumenter leurs propos lorsqu'ils répondent aux questions.

2.3. Déroulement des entretiens

Afin de motiver les infirmiers à participer à notre étude, nous avons dans un premier temps présenté le thème général de notre recherche ainsi que les objectifs de l'entretien qui s'articulent autour de la détermination des différentes formes de reconnaissance appliquées auprès des infirmiers, l'investigation des causes qui les motivent à adopter des comportements d'innovation, à s'entraider les uns avec les autres et l'impact des pratiques appliquées auprès des infirmiers sur ces deux types de comportements discrétionnaires. Pour garantir la pluralité des informations spontanées, nous avons mis l'accent dès le début de chaque entretien sur la confidentialité et l'anonymat des réponses (Igalens et Roussel, 1998) tout en leur expliquant que cette étude est effectuée pour des fins scientifiques et qu'elle sera exploitée dans un cadre académique. Tout au long de nos entretiens, l'ordre des questions n'a pas toujours été respecté car au fur et à mesure que les interviewés répondent à nos questions, nous exploitons le cheminement de leurs réponses argumentées et spontanées afin de relancer certains de leurs propos et recentrer d'autres autour des thèmes de notre guide d'entretien afin d'assurer respectivement l'approfondissement de certains points sur lesquels, les répondants étaient brefs et d'éviter les digressions qui ne font que désorienter notre entretien des objectifs de notre recherche. Nous soulignons par ailleurs que malgré notre sollicitation à ce que les réponses aux questions soient en Français, les entretiens ont été menés aussi bien en Français qu'en Tunisien car certains répondants avaient du mal à s'exprimer en Français vu le fait qu'ils étaient plus à l'aise dans leur langue maternelle. Conséquemment, nous avons fait appel à des experts pour nous aider à traduire les réponses.

Ainsi, nous nous sommes adaptés au discours des répondants en suivant l'enchaînement logique de leurs réponses dans l'objectif de faire émerger des relations entre les thèmes tout en évitant la redondance des réponses. Néanmoins, nous nous sommes heurtés à quelques difficultés spécifiques à notre terrain d'investigation qui accentuées par la lourdeur des procédures administratives ont retardé le déroulement de notre enquête.

3. Accès au terrain

Pour mener nos entretiens auprès du personnel infirmier, nous avons visité plusieurs cliniques et hôpitaux en Tunisie et nous avons présenté notre étude ainsi que ses objectifs à différents responsables administratifs pour les persuader de nous autoriser à mener notre étude qualitative auprès de leur personnel infirmier. Mais malheureusement, les responsables du personnel au niveau des cliniques nous ont confirmé qu'il nous était impossible de mobiliser un infirmier pendant 1h30 pour mener un entretien avec lui vu la charge qui incombe à ce personnel paramédical dans les cliniques. Néanmoins, ils nous ont affirmé qu'il nous est possible de leur administrer des questionnaires auxquels ils pourront répondre pendant les heures de pause ou bien les laisser pour les récupérer après quelques jours.

Se trouvant dans la difficulté de mener notre étude qualitative au sein des cliniques privées, vu les barrières inhérentes à la lourdeur des procédures administratives, nous avons orienté notre choix vers les hôpitaux publics. Ainsi, nous avons contacté les surveillants de plusieurs hôpitaux à Tunis qui nous ont affirmé qu'il fallait poursuivre une procédure administrative en déposant une demande d'introduction au sein de l'hôpital au nom du ministre de la santé publique qui une fois aurait accepté formellement notre demande, nous permettra de joindre son autorisation à la demande que nous aurons déposé auprès du directeur de l'hôpital qui décidera d'organiser nos entretiens en fonction des disponibilités des infirmiers.

Vu la lourdeur des procédures administratives spécifiques au contexte tunisien, accentuée par les mouvements sociaux qui ont caractérisé le secteur de santé durant la période choisie pour effectuer notre étude, notre accès au terrain s'est effectué en Juin 2014 par le biais de deux amis médecins et un chef de service gastrologie de l'hôpital régional de Nabeul qui nous ont aussi recommandées à leurs amis médecins et surveillants pour accéder aux hôpitaux Habib Thamer et Rabta à Tunis.

Les surveillants (comme nous l'avons précisé au niveau de la première section de ce chapitre) représentent au sein des établissements de soin public en Tunisie les supérieurs hiérarchiques directs des infirmiers qui gèrent la cadence de leur travail en planifiant les différentes tâches qu'ils sont censés effectuer ainsi que les temps de pause que nous pourrions exploiter afin de mener nos entretiens. De ce fait, nous avons dans un premier temps expliqué aux surveillants des différents services, les objectifs de notre recherche. Ils nous ont non seulement montré leur motivation à participer à notre étude mais aussi programmé les dates ainsi que les horaires de nos entretiens. Une fois le planning des différentes entrevues effectué, nous avons procédé par les interviews des infirmiers du service gastrologie. Or, vu la décadence de la productivité des employés à l'échelle nationale caractéristique à la période estivale accentuée par l'avènement du mois de ramadan et de la fête religieuse de l'Aïd en Juillet 2014, nos entretiens auprès des infirmiers ont duré 6 mois. En effet, recueillir des données qualitatives se fait sur une période plus importante comparée à la période consacrée pour constituer le nombre suffisant de répondants aux questionnaires (Miles et Huberman, 2010), ce qui pourrait aussi expliquer la période tout au long de laquelle s'est déroulée notre étude allant de Juin 2014 à Novembre 2014.

3.1 L'échantillonnage

Le processus d'échantillonnage s'effectue en osmose avec le cadre conceptuel ainsi que la question de recherche. En d'autres mots, les décisions d'échantillonnage sont largement impactées par le cadre conceptuel et la question de recherche puisqu'ils déterminent les centres d'intérêt et la frontière à l'intérieur de laquelle sont choisis les échantillons (Miles et Huberman, 2010). Dans le cadre de notre recherche, il s'agit des infirmiers qui travaillent dans différents services de l'hôpital régional de Nabeul ainsi que l'hôpital d'El Rabta et l'hôpital Habib Thameur quel que soit leur âge, l'ancienneté dans le service et quel que soit le grade qu'ils détiennent à savoir infirmier, infirmier principal et infirmier major.

En ce qui concerne la technique d'échantillonnage, il est vrai que les chercheurs qualitatifs travaillent habituellement avec de petits échantillons constitués de personnes en connexion avec leur contexte et étudiés en profondeur à la différence des chercheurs quantitatifs qui recherchent de multiples cas déconnectés et visent une représentativité statistique. Cependant, « *un échantillon aléatoire pour un faible nombre de cas peut s'avérer hautement biaisé* » (Miles et Huberman, 2010, p.58). Partant de ces constats, notre échantillon doit être orienté et non pas pris au hasard (Kuzel, 1992 ; Morse, 1989). Pour ce faire, nous avons orienté notre choix vers la technique « *Effet boule de neige ou chaîne* » (Miles et Huberman, 2010, p.60), dont l'objectif est d'identifier les bons cas grâce à des personnes qui connaissent d'autres personnes représentant des cas riches en informations. L'interview du premier infirmier nous a orienté vers d'autres informants puisque nous avons pu cerner à travers les réponses du premier infirmier interrogé ses collègues avec lesquels il s'entraide, ceux qui pourraient le motiver à innover et mettre en application ses idées novatrices et qui pressent les besoins de reconnaissance voire même les revendiquent. La taille de notre échantillon n'étant pas entièrement précisée, elle est évolutive dès le premier interview (Miles et Huberman, 2010) jusqu'à ce qu'on arrive au point de saturation.

Le choix des répondants est poussé par une question conceptuelle ne relevant pas de la recherche de représentativité statistique (Miles et Huberman, 2010), le nombre des répondants est assujéti au principe de saturation et plus spécifiquement « la saturation empirique » qui selon Pires, (1997, p.67) représente « *le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique* ». Partant de ce principe, « *tous les efforts de collecte d'informations nouvelles sont donc rendus inutiles. Ce que l'on récolte alors rentrant dans des cadres déjà connus. On peut arrêter la recherche* » (Albrello, 2003, p65). Nous recensons, 20 entretiens semi-directifs que nous avons menés auprès des infirmiers qui travaillent dans l'hôpital régional de Nabeul (1) et l'hôpital El Rabta Tunis (2) et l'hôpital Habib Thamer (3) dans les bureaux des surveillants, des médecins et aussi dans les salles de pause et que nous catégorisons en Annexe 2 et dont les caractéristiques sont synthétisées dans le tableau suivant

Tableau 10: Caractéristiques de l'échantillon de l'étude qualitative

Grades	Homme/Femme	Age	Ancienneté
Infirmiers	3H/4F	[26-40]	[2-13]
Infirmiers principal	1H/4F	[32-54]	[12-26]
Infirmier major	4H/4F	[44-54]	[17-32]

Les entretiens qui ont duré en moyenne 75 minutes³⁹ ont été enregistrés via un magnétophone avec le consentement des interviewés en leur promettant d'assurer l'anonymat et la confidentialité de leurs réponses. L'ensemble des entretiens enregistrés a été retranscrit en intégralité après avoir effectué la traduction. Le corpus ainsi constitué est soumis à l'analyse que nous détaillerons tout au long de la première section du chapitre 5.

4. Démarche d'analyse qualitative

L'analyse des données qualitatives s'articule essentiellement autour de leur organisation et interprétation (Savoie-Zajc, 2000). Les contenus des entretiens constituent des moyens directs et immédiats pour accéder aux schèmes de la perception de la réalité telle que les interviewés la vivent et qui sont intimement ancrés dans leur esprit. Or les entretiens à eux seuls ne permettent pas d'y accéder, une analyse des données qualitatives dégagées des entretiens s'impose. Cette analyse permet de « *décrire, comparer ou expliquer* » (Thiétart, 2003, p. 463) les thèmes en connexion avec leur contexte afin de comprendre la façon avec laquelle ils sont utilisés et les autres thèmes auxquels ils s'associent. « *Elle permet en effet de formaliser les relations entre les différents thèmes contenus dans une communication afin d'en traduire la structure* » (Thiétart, 2003, p. 463) et ce par rapport à l'objet de la recherche dans l'objectif d'extraire le sens d'éventuelles relations entre les différents thèmes qui traduisent les liens entre les différentes variables du modèle. « *Révélat l'importance de certains thèmes dans les discours, l'analyse de contenu, suggère des explications aux comportements des acteurs...de mettre à jour des relations entre les comportements organisationnels et les préoccupations*

³⁹ L'entretien le plus court a duré 30 minutes et le plus long d'une durée de 2heures 15 minutes a été effectué auprès d'un infirmier major qui préparait son départ à la retraite en 2015

des acteurs de l'organisation » (Thiétart, 2003, p.463) qui dans le cadre de notre étude sont respectivement représentés par les comportements d'innovation, les comportements d'entraide d'une part et la reconnaissance au travail d'autre part.

Procédant par une lecture approfondie du corpus de retranscription des données de terrain, nous avons remarqué que certains passages de discours ne sont pas révélateurs de sens et ne traduisent pas les thèmes de notre recherche. Il nous a semblé, dès lors, judicieux d'entamer la première étape de notre analyse par une opération de condensation ou de réduction des données et qui s'articule selon Miles et Huberman, (2010) autour des étapes de sélection, centration, simplification, abstraction, transformation et condensation des données recueillies.

Une analyse quantitative diffère de celle quantitative dans la façon dont chacune d'entre elles conçoit la notion d'importance d'une catégorie et qui est appréhendée par « *le nombre de fois* » et « *la valeur d'un thème* » (Thiétart 2003, p. 463) respectivement pour chacune d'entre elles. Vu l'importance accordée aux thèmes, il nous a semblé opportun d'axer notre choix vers une analyse thématique. L'analyse thématique comme catégorie de l'analyse de contenu (Bardin, 1993) est « *qualifiée de polyvalente* » (Deschenaux et Bourdin, 2005, p.6) car elle « *peut être faite à priori à partir des thèmes préalablement déterminés et qui ont donné lieu aux rubriques du guide d'entretien soit reposer sur la lecture et l'analyse du corpus et émerger de cette façon* » (Gavard-Perret et al, 2008, p.261). L'analyse thématique s'effectue en fonction des thèmes préalablement identifiés et qui sont dans la majorité des cas émergents de la littérature voire même à partir du terrain d'investigation et ce en partant du corpus de retranscription des entretiens. Grâce à cette analyse, le chercheur n'est pas obligé d'examiner toutes les informations relevant de la retranscription des données, il peut construire une grille de thèmes en identifiant les thèmes et sous thème en les hiérarchisant selon la pertinence des informations à l'égard de chacun d'entre eux (Gavard-Perret et al, 2008; Miles et Huberman, 1994). L'analyste qualitatif détecte les extraits du corpus qu'il découpe et ventile aux thèmes correspondants tout en sachant qu'une seule phrase est découpée et attribuée à une seule catégorie de thèmes (Gavard-Perret et al, 2008 ; Gotman et Blanchet, 1992). Pour ce faire le processus d'organisation des données recueillies est enclenché et s'articule autour du codage (listing des codes), définition des unités de codage (d'analyse) et transposition des codes aux différentes unités d'analyse.

Le codage consiste à « *examiner une série de notes de terrain, transcrites ou synthétisées et les disséquer avec intelligence tout en préservant intactes les relations entre les segments de données* » (Miles et Huberman, 2010, p.112). De ce fait, il faudrait dresser une liste des codes qui provient « *du cadre conceptuel, des questions de recherche, hypothèses, zones problématiques et variables clés que le chercheur a introduit dans l'étude* » (Miles et Huberman, 2010, p.114) et qui est constituée « *des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude* » (Miles et Huberman, 2010, p.112).

En nous basant sur les principes du codage tels que définis par Miles et Huberman (2010), nous avons effectué la retranscription des entretiens en même temps que le codage. Nos codes changent et évoluent au fur et à mesure de la progression de notre étude, nous avons dressé la liste des codes inhérents aux thèmes saillants. Par ailleurs, l'unité d'analyse constituée de phrases ou d'un bloc de plusieurs phrases constitue l'élément grâce auquel le chercheur va attribuer à l'ensemble des informations pertinentes extraite du corpus un code. Ainsi, nous avons associé aux unités d'analyse des codes que nous avons jugés les plus appropriés au regard de l'objet de notre recherche (Miles et Huberman, 2010) qui est celui de déterminer les effets de la reconnaissance au travail sur les comportements d'innovation et d'entraide du personnel infirmier. Ainsi, notre corpus segmenté en unités d'analyse sous forme de phrases et paragraphes est étiqueté en fonction des codes afin que chacun(e) de ses phrases ou paragraphes soit associé(e) aux thèmes que nous avons préalablement établis ou ceux qui sont nouveaux ayant émergé du terrain.

Une fois notre grille de codage constituée via l'organisation des données qualitatives et qui représente aussi la première étape de l'analyse des données qualitatives a été effectuée, le processus d'interprétation s'est mis dès lors en marche. Ce dernier permet « *la catégorisation qui mène à la recontextualisation* » des données qualitatives qui ont été segmentées et par conséquent décontextualisées lors du processus d'organisation (Savoie-Zajc, 2000, p.102). En nous référant à ces différentes étapes de la démarche qualitative, nous avons élaboré notre grille d'analyse grâce à laquelle nous avons effectué « *une lecture à la fois originale et objective du corpus étudié* » qui nous a permis de dégager des résultats qualitatifs riches en sens, significatif et en concordance avec la problématique de notre recherche et les questions de recherche. Ce qui nous a permis de mieux appréhender les différentes formes de

reconnaissance appliquées au personnel infirmier ainsi que leurs effets sur les comportements discrétionnaires que nous avons retenus dans le cadre de notre recherche à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Dans la même veine, une meilleure connaissance des conditions de travail du personnel a été dégagée grâce à cette étude qualitative qui nous a permis de mieux cerner les tenants et aboutissants des relations entre les variables de notre modèle. Néanmoins, les résultats de cette étude qualitative demeure très peu généralisable à défaut d'une validation empirique complémentaire et sur un échantillon plus large. Il semble dès lors indispensable d'effectuer une étude quantitative dont la démarche générale fera l'objet de la section suivante.

Section 3 : Démarche générale de l'étude quantitative

L'étude quantitative constitue la deuxième étape de l'investigation empirique. Certes, à l'issue de l'analyse de la littérature et suite à l'étude qualitative, l'approche quantitative nous permettra de parachever notre étude empirique afin d'atteindre notre objectif ultime qui est celui de tester la validité du modèle de recherche proposé.

Tout au long de cette section, nous allons nous intéresser à l'instrumentation de la démarche quantitative orientée vers la collecte des informations pertinentes et suffisantes. L'objectif étant que les tests descriptifs soient correctement déroulés afin de valider les relations entre les différentes variables de notre modèle. Ce dernier, intègre deux catégories de variables : les deux variables dépendantes : le comportement d'entraide et le comportement d'innovation et la variable indépendante : la reconnaissance au travail.

Les relations entre ces différentes variables ont fait l'objet d'une série d'hypothèses (que nous avons présentées au niveau de la deuxième section du chapitre 3) dont l'ensemble constitue notre modèle de recherche explicatif. Pour tester le modèle et les hypothèses de recherche, il nous est indispensable de procéder à la validation des instruments de mesures retenus pour opérationnaliser ces variables. En d'autres termes, afin de valider notre modèle de recherche, nous avons procédé à une collecte de données quantitatives via une enquête par questionnaire. Selon Evrard et al (2003), le questionnaire représente « l'instrumentation » des hypothèses de la recherche menée. Dans le même ordre d'idée, il permet de mesurer des variables latentes voire même des concepts non observables via des items.

Force est de constater la pertinence du questionnaire, il est donc indispensable de procéder à une démarche méthodologique rigoureuse pour le construire. Pour ce faire, nous allons dans un premier temps, présenter les différentes étapes que nous avons poursuivies afin de construire notre questionnaire (1), dans un second temps, nous décrirons la procédure que nous avons adoptée afin de collecter nos données sur le terrain auprès d'un échantillon plus large d'infirmiers (2).

1. Le questionnaire

Notre étude s'articule autour d'un ensemble de questionnements inhérents à une pratique de gestion des ressources humaines à savoir la reconnaissance au travail et son impact sur les comportements discrétionnaires du personnel infirmier. Il s'agirait donc d'une étude qui inclut un ensemble d'éléments personnels et subjectifs qui nécessitent une enquête par questionnaire. L'objectif assigné au questionnaire comme instrument de mesure consiste à tendre vers l'obtention d'une mesure parfaite du phénomène étudié tel que la vraie valeur (Roussel, 1996). Il présente aussi l'avantage de collecter un volume important de données grâce au contact d'un nombre élevé d'individus en un temps limité (Igalens et Roussel, 1998).

Dans le même ordre d'idée, le questionnaire permet d'opérationnaliser les différents concepts qui constituent notre modèle de recherche. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur le processus de collecte de données par questionnaire tel que déterminé par (Thiétart et al, 2003) et dont les étapes s'articulent autour de la construction initiale du questionnaire avec le choix des échelles de mesure (1.1), sa structuration (1.2) et son pré test (1.3) pour enfin administrer la version définitive du questionnaire auprès de la population de notre étude.

1.1. Le choix des échelles de mesure

La sélection des échelles de mesure est déterminante car elle permet d'anticiper et de réduire les biais que pourraient engendrer les mesures (Churchill, 1979). Le choix fut guidé par la fréquence de leur usage ainsi que leur validation par les travaux précédents. Ainsi, pour chaque concept de notre étude, nous avons comparé les échelles de mesure existantes dans la littérature afin d'écarter celles qui étaient moins compatibles avec notre travail de recherche et de ne retenir que celle qui est la plus appropriée pour tester nos hypothèses. Nous tenons à préciser à ce niveau, que l'étude qualitative ainsi que l'analyse de contenu des entretiens que nous avons réalisés auprès des infirmiers nous ont été profitables à cet égard. Parce qu'au cours de nos entretiens, la plupart des infirmiers interviewés ont fait allusion explicitement ou implicitement à un nombre important d'items. Ce qui reflèterait la pertinence ainsi que la validité de nos échelles de mesure par rapport à la population cible de notre étude à savoir le

personnel infirmier. Ensuite, nous avons effectué la traduction des échelles retenues de l'Anglais au Français. Cette étape de traduction est prépondérante dans le sens où elle impacterait grandement aussi bien la validité de notre enquête que les résultats de notre étude. En effet, les propos de Lecavalier et Tassé (2001, p33-34) viennent confirmer l'importance accordée à cette étape : *« la traduction d'un instrument ne devrait pas être vue comme une façon économique et rapide de livrer un instrument pour une nouvelle population, elle demande autant de travail et de validation que la construction d'un nouvel instrument...Le processus de traduction a plusieurs fonctions. Il permet de s'assurer que l'instrument traduit sera adapté à la nouvelle population et vise à la diminution des biais (culturels, des items, du chercheur, du clinicien) »*. Dans le même ordre d'idée, Vallerard (1989) a recensé trois méthodes pour traduire un questionnaire à savoir la méthode traditionnelle, la méthode de comité et la méthode inversée. Dans le cadre de notre recherche, nous avons orienté notre choix vers la méthode inversée qui est la plus utilisée par les chercheurs (Igalens et Roussel, 1998). De ce fait, nous avons soumis les items en Anglais à deux experts⁴⁰ en traduction française pour les exprimer en Français. Les items obtenus ont été ensuite resoumis à deux autres experts⁴¹ de la langue Française pour les traduire en anglais et vérifier l'obtention de la forme initiale. *« L'objectif étant de vérifier la justesse de la traduction en comparant cette dernière avec la version originale de l'instrument »* (Vallerand, 1989, p.666). Par ailleurs, nous présenterons dans ce qui suit nos choix pour chacune des échelles de mesure retenue.

1.1.1. La reconnaissance au travail

La revue de la littérature ainsi que les résultats de notre étude qualitative nous ont permis d'appréhender la reconnaissance au travail comme l'ensemble des pratiques qui s'articulent autour des remerciements, les opportunités de développements, la flexibilité horaire, la participation aux décisions et les augmentations de salaires. Ces différentes formes représentent l'ensemble des comportements des supérieurs hiérarchiques des infirmiers qui ont un impact considérable sur les comportements au travail du staff infirmiers (Blegen et al,

⁴⁰ Les experts sont deux enseignants en Anglais de British council

⁴¹ Les experts sont deux collègues enseignants au Bourguiba School

1992). Partant de ces constats, nous avons choisi d'opérationnaliser la reconnaissance au travail via l'échelle de Blegen et al (1992) qui a été conçue pour déterminer la reconnaissance au travail spécifique au personnel infirmier et attestée par leur supérieur hiérarchique. Parmi les 38 items de l'échelle de Blegen et al (1992), nous avons retenu 36 items. En effet, les items⁴² 18 et 28 de l'échelle d'origine ne sont pas adaptés au contexte Tunisien, nous les avons par conséquent éliminés.

Ainsi, les 36 autres items, sont évalués par les répondants en choisissant une réponse parmi l'ensemble de modalités de réponses sur un continuum allant de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord.

Tableau 11 L'échelle de mesure de la reconnaissance au travail

Codage	Items
REC1	Une lettre relative à la qualité des soins donnés aux patients est remise au personnel infirmier et une copie est placée dans le dossier du personnel
REC2	Le chef de service reçoit un document officiel sous forme de compte-rendu du chef des infirmiers relatif à la performance du personnel infirmier
REC3	Un document officiel sous forme de compte-rendu est remis à l'infirmier(e) lorsqu'il travaille au-delà de ses horaires et une copie est placée dans son dossier personnel
REC4	Le chef de service reçoit un courrier du chef des infirmiers relatif aux réussites du personnel infirmier
REC5	Une lettre de félicitations est envoyée au personnel infirmier pour ses réussites
REC6	Le personnel infirmier est sélectionné pour participer à l'insertion et former les nouveaux employés (infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique et agent des services hospitaliers)
REC7	Des feedback verbaux privés sont donnés par le chef des infirmiers
REC8	Le chef des infirmiers fournit au personnel infirmier des retours (feed-back) sur le travail pour les soins administrés aux patients
REC9	Le chef infirmier donne un feed-back verbal à un(e) infirmier(e) pour les réussites de ce (tte) dernier(e) dans son service

⁴² Item 27 : Du temps peut être accordé pour passer une journée avec son hiérarchique afin d'appréhender les fonctions managériales

Item 28 : Il est donné la priorité à un infirmier de rester à la maison quand le données du recensement le permettent

REC10	Le chef infirmier donne un feed-back sur le travail à un(e) infirmier(e) pour ses réussites dans son service
REC11	Une copie d'évaluations positives de la part d'un patient est envoyée à la hiérarchie supérieure (au chef de service)
REC12	Une fête est organisée pour remercier la contribution d'un(e) infirmier(e) qui a plusieurs années de service dans l'organisation (hôpital ou clinique)
REC13	Le chef des infirmiers félicite des infirmier(e)s devant les collègues de l'équipe de travail
REC14	Le chef des infirmiers se vante de la performance du personnel infirmier de son service
REC15	Le magazine ou la lettre interne (voire l'intranet) fournit une opportunité pour le personnel infirmier de partager les projets développés
REC16	Les évaluations de patient qui complimentent des infirmier(e)s du service sont mises sur le panneau d'affichage
REC17	Les réussites sont annoncées dans le magazine ou la lettre interne (voire l'intranet) de l'organisation (hôpital ou clinique)
REC18	Les réussites des infirmier(e)s sont mises sur le tableau d'affichage
REC19	Le chef des infirmiers vante les réussites du personnel infirmier de son service
REC20	Une journée de congé rémunérée est offerte pour pouvoir participer à une réunion de travail (de type table-ronde, atelier de travail, workshop, etc.).
REC21	La préférence et le choix des horaires de travail sont donnés aux infirmier(e)s.
REC22	Les augmentations de salaire sont proportionnées au niveau de performance.
REC23	L'obtention d'une certification dans une aire de spécialité infirmière est valorisée par une augmentation de salaire et/ou une prime.
REC24	Un niveau de scolarité supplémentaire (un diplôme par exemple) est valorisé par une augmentation de salaire et/ou une prime.
REC25	Le chef des infirmiers consulte le personnel infirmier pour les décisions importantes.

REC26	Le chef des infirmiers rencontre les infirmiers de son équipe pour discuter des soins aux patients et du management du service.
REC27	Il est demandé au personnel infirmier d'établir des critères pour son service dans le but d'assurer la justice de la récompense.
REC28	Le chef des infirmiers demande à son équipe d'infirmier de participer au planning pour son service
REC29	Il est demandé à des infirmier(e)s de représenter votre service lors de réunions dans votre organisation (hôpital ou clinique).
REC30	Du temps est accordé (aux infirmier(e)s) pour travailler sur des projets spécifiques à votre service
REC31	Le chef des infirmiers rencontre le personnel infirmier afin de lui fournir du soutien et de l'assistance pour mener à bien ses objectifs professionnels et de carrière.
REC32	Le personnel infirmier est recommandé par le chef des infirmiers pour prendre la parole en public lors des réunions au sein de l'organisation (hôpital ou clinique) par exemple.
REC33	Le chef infirmier encourage le personnel infirmier à développer une expertise sur un aspect du soin.
REC34	Du temps et du soutien sont donnés pour développer une brochure décrivant les services des infirmier(e)s fournis par le service.
REC35	Les évaluations de patient qui complimentent des infirmier(e)s du service sont mises sur le panneau d'affichage
REC36	Le personnel infirmier est encouragé à participer aux activités professionnelles au niveau étatique et national.

Source : adaptée de l'échelle de mesure de Blegen (1992)

1.1.2. Le comportement d'entraide

La définition que nous avons adoptée dans le cadre de notre recherche présente le comportement d'entraide comme un comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers les individus (Williams et Anderson, 1991) qui se réfère aux comportements interpersonnels et discrétionnaires permettant d'assister les collègues qui ont des problèmes au travail ou à prévenir leur apparition (Podsakoff et al, 2000). Le comportement d'entraide est fortement relié aux relations de l'échange social entre les employés et leurs leaders et il permet en outre l'augmentation de la performance au travail (Podsakoff et al, 2000 ; Ilies et al, 2007).

Afin de mesurer le comportement d'entraide nous adoptons l'échelle de Podsakoff et al (1990). Nous avons orienté notre choix vers cette échelle car elle est qualifiée selon Lepine et al (2002) de robuste, elle est « *appréciée par ses qualités psychométriques par un grand nombre de spécialistes* » (Paillé, 2007, p. 60) D'autant plus qu'elle est « *naturellement et régulièrement utilisée par ses promoteurs* » (Paillé, 2007, p 60) à savoir : MacKensie, Podsakoff et Ahearne, (1998) ; MacKensie, Podsakoff et Fetter, (1993) ; Podsakoff et MacKensie, (1994).

Dans le cadre de notre étude nous adoptons six items de l'échelle de Podsakoff et al (1990)⁴³ relatifs au comportement d'entraide. Nous avons retenu six items parmi les sept⁴⁴ qui figurent dans cette échelle d'origine parce que ce qu'ils présentent les plus fortes contributions factorielles de l'analyse factorielle de l'étude de Podsakoff et al (1990). D'autant plus qu'elles ont été utilisées afin de mesurer les comportements d'entraide dans plusieurs études en sciences de gestion (Engelen et al 2015; Podsakoff et al., 2000) et s'adaptent le plus à la population de notre étude. Nous tenons à préciser que l'ensemble des items retenus ont été évoqués directement ou indirectement par les infirmiers interviewés lors de nos entretiens. Ainsi, nous avons adapté ces items aux infirmiers et aux spécificités de leur contexte de travail. Pour chacun des 6 items, les répondants ont été invités à fournir une évaluation sur une échelle de Likert en cinq points, de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).

⁴³ L'échelle de mesure de Podsakoff (1990), mesure les comportements de citoyenneté organisationnelle à travers la dimension de l'entraide, la vertu civique et l'esprit sportif

⁴⁴ Alpha de Crombach pour les 7 items est acceptable à 0,852

Tableau 12: Echelle de mesure du comportement d'entraide

Codage	Items
ENTR1	Je donne volontairement de mon temps pour aider des collègues qui rencontrent des difficultés dans leur travail
ENTR2	Même lorsque je suis occupé(e) je suis disposé (e) à prendre mon temps pour aider les nouveaux collègues à s'intégrer ou se former
ENTR3	Il m'arrive d'agir pour essayer d'empêcher l'émergence de problèmes entre les infirmiers
ENTR4	Je pèse mes actes avant de faire quoi que ce soit dans le travail qui pourrait affecter les personnes avec lesquelles je travaille
ENTR5	Quand j'entrevois des problèmes entre des collègues, j'essaie d'influencer leur réaction dans le sens du consensus
ENTR6	J'agis en tant que conciliateur quand les infirmiers de mon service (hôpital ou clinique) sont en désaccord.

Source : adaptée de l'échelle de mesure de Podsakoff et al (2000)

1.1.3. Le comportement d'innovation

Les items de l'échelle de mesure des comportements d'innovation que nous adoptons dans le cadre de notre étude à savoir celle de Scott et Bruce (1994) représente la première échelle qui appréhende le comportement d'innovation comme une procédure à plusieurs phases. Scott et Bruce (1994) ont développé théoriquement leur échelle de mesure en se basant sur les travaux de Kanter (2000) et empiriquement à partir d'un ensemble d'entretiens semi directifs menés auprès d'un ensemble d'employés appartenant à différentes catégories socio professionnelles qui travaillent dans le département Recherche et développement d'une grande société industrielle Américaine. Nous avons orienté notre choix vers cette échelle de mesure car les items qui la composent s'articulent autour des trois étapes du processus d'innovation (génération des idées, leur promotion et leur réalisation) que nous avons présentés au niveau du chapitre relatif au comportement d'innovation et qui ont aussi émergé de notre étude qualitative. Cette échelle est conçue pour obtenir les réponses des infirmiers concernant leurs comportements à travers lesquels ils participent au processus d'innovation dans leurs hôpitaux ou cliniques. Dans le cadre de notre recherche, nous utilisons une seule dimension pour mesurer le comportement d'innovation et qui englobe à la fois la génération

et la réalisation des idées. L'échelle de Scott et Bruce (1994) que nous utilisons comprend six items et comme l'échelle de mesure du comportement d'entraide, les répondants évaluent chaque item sur une échelle de Likert allant de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord.

A l'instar de l'étude de Janssen (2000), nous avons opté pour des auto-évaluation en plus des scores d'observation et ce pour trois raisons. D'abord, parce que le travailleur en général et l'infirmier en particulier est mieux placé que son supérieur hiérarchique pour connaître exactement « *les spécificités historiques, contextuelles, intentionnelles ainsi que les autres origines de ses propres activités au travail* » (Janssen, 2000, p.292). Ensuite, l'évaluation du comportement d'innovation au travail comme comportement discrétionnaire est similaire aux nombreuses formes d'évaluation subjective de la performance au travail. Dans le sens où elle est très sensible aux interprétations idiosyncrasiques et qui est dans le même ordre d'idée susceptible de varier en fonction de celui qui effectuera l'évaluation (Organ et Konovsky, 1989). Enfin l'évaluation effectuée par le supérieur hiérarchique peut ne pas prendre en considération les activités innovantes authentiques des employés et ne considérer que les gestes qui ne reflètent pas véritablement les comportements d'innovation des employés mais qui ont plutôt pour objectif d' « *impressionner le supérieur hiérarchique* » (Janssen, 2000, p.292). L'échelle de mesure que nous utilisons se présente comme suit

Tableau 13: Echelle de mesure du comportement d'innovation

Codage	Items
INNOV1	Je crée de nouvelles idées pour résoudre les questions difficiles
INNOV2	Je découvre de nouvelles méthodes de travail, des techniques ou des outils de travail nouveaux
INNOV3	Je produis des solutions originales face aux problèmes
INNOV4	Je mobilise du soutien et de l'assistance (auprès de mes collègues et de ma hiérarchie) pour les idées et les solutions innovantes
INNOV5	J'encourage des membres importants de l'organisation à être enthousiastes pour les idées et les solutions innovantes
INNOV6	Je transforme des idées novatrices en applications utiles pour mon travail

Source : adaptée de l'échelle de mesure de Scott et Bruce (1994)

1.2 La conception du questionnaire

Les questions qui structurent notre questionnaire suivent un ordre thématique organisé autour des différentes formes de la reconnaissance au travail, le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Des questions fermées sont posées sur des échelles de Likert à 5 points « *qui suggère aux répondants d'exprimer leur opinion à travers un degré d'accord avec une proposition* » (Gavard Perret et al, 2008, p.137) et qui s'articulent autour de « *tout à fait en désaccord, plutôt d'accord, ni d'accord, ni pas d'accord, plutôt d'accord et tout à fait d'accord* » (Igalens et Roussel, 1998, p.102).

En plus des questions qui portent sur les deux variables dépendantes et la variable indépendante qui constituent notre modèle de recherche, six questions concernant les variables sociodémographiques de contrôle sont incluses dans notre questionnaire. Ces questions, nous renseignent sur des informations générales des répondants ainsi que leurs services de rattachement à l'hôpital ou clinique. Les modalités de réponses à ces questions sont catégorielles et nous permettent non seulement « *d'attribuer un chiffre à une caractéristique propre répondant mais aussi une attitude ou opinion, ces chiffres permettent l'analyse statistique des réponses* » (Gavard Perret et al, 2008, p.134) mais aussi d'effectuer une catégorisation des réponses sans suivre un ordre hiérarchique (Jolibert et Jourdan, 2011).

Par ailleurs, « *l'organisation des questions est même sensible à plusieurs biais qui peuvent dégrader la qualité du questionnaire* » (Gavard Perret et al, 2008, p.141). Partant de ce constat, nous avons effectué l'organisation des questions en commençant par « *des questions générales (relativement faciles) et progresser vers des questions plus précises et difficiles* » (Pupion, 2008, p.90) l'objectif étant de « *rendre la passation du questionnaire plus fluide et plus agréable* » (Gavard Perret et al, 2008, p.143). Pour ce faire, pour chacune des variables, nous avons ordonné les items retenus de façon à éviter les biais relatifs d'une part à l'effet de désirabilité sociale selon lequel le répondant aurait tendance à « *masquer son véritable choix et à sélectionner au contraire le choix opposé parce qu'il est plus valorisé socialement* » (Lavenault et Grégoire, 2002, p.49) et d'autre part à l'effet halo. Ce dernier correspond à la situation où « *la personne interrogée a tendance à répondre toujours de la même manière lorsque plusieurs questions sont posées sous formes d'échelles orientées dans le même sens* » (Pupion, 2008, p. 90).

Maintenant que le corps de notre questionnaire est présenté, nous tenons à préciser que nous nous sommes basés sur les travaux de Gavard-Perret et al (2008) pour structurer notre questionnaire qui s’articule autour d’un préambule qui présente l’objectif du questionnaire ainsi que les chercheurs qui l’ont élaboré et qui a pour effet de placer le répondant dans les meilleures conditions de réponse. Le corps du questionnaire que nous venons de détailler, une fiche signalétique et une conclusion pour remercier les répondants de leur participation à notre étude (Annexe 4). L’ensemble des parties qui constituent notre questionnaire se présentent dans le tableau suivant

Tableau 14: Architecture du questionnaire

Préambule	
-Intitulé de la recherche -Présentation des chercheurs -Objectifs du questionnaire -Coordonnées des chercheurs	
Partie thématique	Mesure
La reconnaissance au travail	-la reconnaissance liée aux remerciements -la reconnaissance liée au temps - la reconnaissance financière -la reconnaissance en termes d’opportunité de développement
Les comportements discrétionnaires au travail	-le comportement d’entraide -le comportement d’innovation
Fiche signalétique	-Age -Sexe -Niveau d’étude -Grade -Ancienneté dans le poste/structure hospitalière/service hospitalier
Remerciements	
Coordonnées des chercheurs	

1.3. Le pré-test du questionnaire

Cette phase constitue la dernière étape du processus d'élaboration du questionnaire qui permettra sa finalisation. Elle a pour objectif de « *vérifier le degré de compréhension des questions, l'absence de biais et conduit à la rédaction finale du questionnaire* » (Pupion, 2008, p.91). Afin d'administrer les questionnaires, Igalens et Roussel (1998, p.118) identifient cinq méthodes qui sont à la portée du chercheur à savoir : « *en face à face, auto-administrée, par voie postale, par téléphone, par ordinateur, via internet ...* ». Dans le cadre de la phase pré-test du questionnaire nous avons orienté notre choix vers la méthode « auto administrée » et ce pour les nombreux avantages que cette méthode est censée générer. En effet, l'auto administration s'applique pour les questionnaires longs dont le répondant doit chercher des informations précises pour le remplir. Ce type d'enquête exige aussi une meilleure implication de la part des enquêtés. Certes, l'enquêteur doit cibler la personne à interroger et par un contact initial, la motiver en lui expliquant les objectifs de l'enquête ainsi que les différentes parties du questionnaire (Igalens et Roussel, 1998). Pour notre part, nous avons adopté cette méthode et nous avons administré 15 questionnaires à des infirmiers qui travaillent dans différents hôpitaux et cliniques en Tunisie et qui poursuivent un mastère professionnel en éducation santé à l'institut supérieur des sciences infirmières de Tunis. Pour ce faire, nous avons sollicité l'aide du secrétaire général de l'institut ainsi que d'un enseignant qui nous ont permis d'administrer nos questionnaires au cours d'une séance du module communication et pratique langagière en éducation à la santé. Ainsi, nous avons pu assister ces 15 infirmiers dans leurs manières de compréhension des items ainsi que dans leurs styles de réponses aux différentes questions. Force est de constater que la majorité des infirmiers qui ont participé à cette étude nous ont fait part d'un problème de clarté en ce qui concerne certains items qui leur ont semblé ambigus. Ainsi, nous avons aussi pris en considération leurs suggestions de rectification et de simplification d'énonciation de certains items qui leur ont semblé lourds lorsque nous avons élaboré la version finale de notre questionnaire.

2. Le recueil des données quantitatives

La version finale de notre questionnaire étant élaborée, nous allons donc l'administrer auprès de la population cible de notre étude « *une fois le questionnaire correctement rédigé, organisé et présenté, il doit être administré auprès des répondants* » (Gavard-Perret et al, 2008, p.145). Pour ce faire, nous présentons, la méthode adoptée pour constituer notre échantillon (2.1), le mode d'administration du questionnaire (2.2) ainsi que les caractéristiques de l'échantillon (2.3).

2.1. Le processus d'échantillonnage

Selon Gavard -Perret et el (2008, p.145), il est impossible d'interroger l'ensemble de la population de l'étude « *pour des raisons de coûts, délais et d'accessibilité des répondants* », le chercheur se doit donc « *d'en extraire un échantillon* ». Constituer un échantillon impliquerait la sélection d' « *un nombre limité d'individus, d'objets ou d'événements dont l'observation permet de tirer des conclusions (inferences) applicables à la population entière à l'intérieur de laquelle le choix a été fait* » (Ajar et al, 1983, p.8).

L'échantillon est donc extrait de la population mère qui doit être limitée aux personnes concernées par les objectifs de notre étude à savoir le personnel infirmier. Force est de constater qu'il est important de mettre l'accent sur la représentativité de notre échantillon en déterminant la technique d'échantillonnage retenue dans le cadre de notre recherche. Gavard Perret et el (2008, p.146) distinguent deux types de méthodes à savoir probabiliste « *qui impose au départ de disposer d'une liste exhaustive de la population* » et non probabiliste.

L'absence d'une base de données exhaustive de tous les infirmiers Tunisiens, a orienté notre choix vers la méthode d'échantillonnage non probabiliste et plus particulièrement celle par convenance. Notre choix se justifie aussi par le fait que cette méthode permettant d'interroger les répondants accessibles dont les caractéristiques concordent avec celles de la population ciblée (Gavard-Perret et al, 2008 ; Roussel et Wacheux, 2005) est fréquemment utilisée par les chercheurs dont la préoccupation majeure est de garantir un échantillon de qualité. D'autant plus que les objectifs de notre recherche sont plus orientés vers l'étude de l'impact d'une pratique de gestion particulière sur les comportements discrétionnaires en testant un

ensemble d'hypothèses plutôt que de généraliser notre étude à l'ensemble du personnel infirmier.

Par ailleurs, la population cible de notre étude est constituée des infirmiers Tunisiens qui travaillent dans les hôpitaux publics ou bien dans les cliniques privées de tout le territoire Tunisien. Il est important à ce niveau de préciser les critères retenus pour préciser la taille de notre échantillon.

En nous basant sur les travaux de Igalens et Roussel (1998, p.120) qui stipulent que « *selon la rigueur que le chercheur veut imposer à sa démarche, il définira un échantillon pouvant aller de 5 à 10 fois plus d'individus qu'il n'y a d'items introduits dans une même ACP* ». Dans le cadre de notre recherche, l'échelle la plus longue qui comprend le plus d'items est celle relative à la reconnaissance au travail avec 36 items. Ainsi pour pouvoir effectuer l'analyse en composante principale de cette échelle et conséquemment des autres échelles retenues dans le cadre de notre étude (qui ont un nombre moins important d'items), l'échantillon doit réunir au moins 180 répondants.

2.2. Le mode d'administration du questionnaire

Notre questionnaire a été administré de deux manières différentes via internet ainsi qu'en face à face. Dans un premier temps, nous avons diffusé notre questionnaire en formalisant un message qui a pour objectif d'inciter les infirmiers à répondre à toutes les questions de notre questionnaire tout en leur garantissant la confidentialité ainsi que l'anonymat de leurs réponses. Ne disposant pas d'une base de données exhaustive de tous les infirmiers Tunisiens, nous avons envoyé des mails à des infirmiers dont nous avons obtenu les adresses auprès de médecins qui travaillent dans une clinique privée à Tunis ainsi que de la part du secrétaire général⁴⁵ de l'Institut des soins infirmiers de Tunis. Nous avons de même mis en ligne notre questionnaire en le publiant sur Face book dans des groupes fermés spécifiques aux infirmiers Tunisiens. Partant du fait que parmi les 60 infirmiers qui se sont connectés sur les questionnaires en ligne, 14 d'entre eux l'ont remplis entièrement, nous avons décidé d'administrer nos questionnaires en version papier. Pour ce faire, nous avons assisté aux

⁴⁵ Le secrétaire général a eu l'amabilité de nous fournir quelques adresses mails des anciens étudiants en sciences infirmières

jours nationales de formation des infirmiers⁴⁶ organisées par l'association Tunisienne des infirmiers au cours desquelles nous avons administré 150 questionnaires en entrant en contact direct avec les infirmiers participants à ces journées durant les pauses. Nous avons, par la même occasion, sollicité l'aide des organisateurs qui étaient vivement intéressés par notre étude et qui ont répondu chaleureusement à notre demande de diffuser nos questionnaires au cours des différentes séances de conférence en octroyant aux participants une vingtaine de minutes pour qu'ils puissent les remplir. Parmi les 150 questionnaires que nous avons pu administrer durant ces deux journées, 30 étaient exploitables. Par ailleurs, nous nous sommes rendus dans 7 hôpitaux et cliniques de Tunis, Sousse et Nabeul et nous avons administré 350 questionnaires.

Nous tenons à préciser que nous avons pu accéder aux différents services de ces structures et distribuer les questionnaires aux différents infirmiers grâce aux sollicitations de médecins qui nous ont mis en contact avec leurs collègues médecins, chefs de service et surveillants. Ainsi nous avons pu recueillir 171 questionnaires exploitables.

Notre enquête a été lancée le 2 Avril 2015 et s'est terminée le 25 Juin 2015 et nous a permis de recueillir 215 questionnaires exploitables.

2.3. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Pour mémoire, nous cherchons à déterminer l'impact des pratiques de reconnaissance sur deux comportements discrétionnaires du personnel infirmier. Nous tenons à préciser que dans l'objectif de repérer un nombre important de répondants, nous n'avons pas imposé de conditions contraignantes à notre échantillon. Le seul critère de sélection était d'être infirmier dans une structure de soin lors du remplissage du questionnaire.

Nous exposons à travers le tableau suivant les caractéristiques socio démographique des infirmiers constituant notre échantillon final.

⁴⁶ Les VIIIème journée rencontre se sont déroulées durant le 25 et 26 Avril 2016, ont porté sur la thématique la communication écrite en soins et ont regroupé plusieurs infirmiers qui travaillent dans différents hôpitaux et cliniques implantés dans différentes régions Tunisiennes.

Tableau 15: Les caractéristiques socio démographiques de l'échantillon

Caractéristiques socio démographiques	Critères de différenciation	Effectifs	Pourcentage
Sexe	Femme	136	63,3%
	Homme	79	36,7%
Niveau de formation	Brevet	11	5,1%
	Bac	44	20,5%
	Bac+2/3	146	67,9%
	Bac+5	14	6,5%
Grade	Infirmier	72	33,5%
	Infirmier principal	119	55,3%
	Infirmier major	22	10,2%
Ancienneté dans le métier	Moins d'un an	19	8,8%
	1à 5ans	90	41,9%
	+de 5/ -de 10 ans	43	20%
	Entre 11 à15ans	29	13,5%
	Entre 16 à 20 ans	12	5,6%
	Plus de 20 ans	22	10,2%
Nature de la structure de soins	Hôpital	175	81,4%
	Clinique	37	17,2%
Ancienneté dans la structure de soins	Moins d'un an	16	7,4%
	1à 5ans	91	42,3%
	-de 10 ans	39	18,1%
	Entre 11 à15ans	33	15,3%
	Entre 16 à 20 ans	11	5,1%
	Plus de 20 ans	25	11,6%

Au total, notre échantillon dont la moyenne d'âge est de l'ordre de 35 ans est constitué majoritairement par des femmes, et qui représentent (63,3%) contre (36,7%) d'hommes. Ce qui était prévisible dans le sens où ce métier se caractérise par une présence féminine importante. La majorité des infirmiers de notre échantillon exercent leur métier sur une durée allant de 1 à 5ans. Dans le même ordre d'idée, 41,9% sont aussi rattachés à la même structure de soins depuis moins de 5ans. Nous constatons dans le même ordre d'idée que la majorité des infirmiers possèdent un niveau de formation moyen Bac+2/3.

La plupart des infirmiers de notre échantillon est constitué par des infirmiers principaux qui représentent 55,3 %. Ce qui viendrait en concordance avec la tendance générale de répartition

des infirmiers en Tunisie selon le grade qui révèle que la majorité des infirmiers ont un grade d'infirmier principal avec un taux de l'ordre de 48,9% (figure 14). Enfin la majorité des infirmiers de notre étude travaillent dans des hôpitaux

Conclusion

Ce chapitre a exposé l'importance qu'accorde l'Etat Tunisien au secteur de la santé afin de justifier le choix de la population de notre étude à savoir le personnel infirmier. Les spécificités du métier d'infirmier en Tunisie que nous considérons aussi noble que celui des médecins ont été mises en exergue dans l'objectif de déterminer l'importance de la reconnaissance au travail qui incite les infirmiers à adopter des comportements discrétionnaires. Afin de déterminer le lien entre la reconnaissance au travail et les comportements d'entraide et d'innovation auprès du personnel infirmier Tunisien, nous avons mené une étude qualitative dont nous avons exposé la méthodologie adoptée en termes d'objectifs, plan de recueil des données ainsi que la démarche que nous avons entreprise pour effectuer l'analyse qualitative. Cette démarche qui nous a permis de recueillir les données dans un voisinage immédiat avec les infirmiers (Miles et Huberman, 2010), nous permettra via une analyse de contenu d'apporter une première confirmation à nos hypothèses qui seront testées via une étude quantitative. Cette dernière a été menée auprès d'un échantillon plus large d'infirmiers Tunisiens et dont la méthodologie s'articule d'abord autour de la procédure employée pour élaborer le questionnaire. Certes, afin de constituer notre questionnaire nous avons mobilisé un ensemble d'échelles de mesure dont la sélection a été orientée par la fréquence de leur usage ainsi que la validation par les travaux antérieurs. Ensuite, notre questionnaire ainsi constitué a été soumis à un pré-test afin de vérifier le degré de compréhension des questions ainsi que l'absence de biais pour pouvoir effectuer la rédaction finale (Pupion, 2008). Enfin, nous avons présenté le processus d'échantillonnage ainsi que la méthode adoptée pour administrer nos questionnaires afin de recueillir les données quantitatives auprès des infirmiers Tunisiens dont les caractéristiques socio démographiques ont été aussi exposées.

Les méthodologies de l'étude qualitative et quantitative que nous adoptons dans le cadre de notre recherche ont été exposées, nous allons dans les chapitres suivants présenter et analyser nos résultats.

Chapitre 5 : Analyse des résultats qualitatifs

L'analyse thématique de contenu de nos entretiens s'articule autour de notre question principale de recherche à savoir les formes de reconnaissance (section 1) et leurs effets sur les comportements organisationnels discrétionnaires tels que le comportement d'entraide (section 2) et le comportement d'innovation (section 3).

*Section 1 : Les formes de reconnaissance appliquées au personnel infirmier :
Le bilan*

*Section 2 : Les comportements d'entraide et la reconnaissance au travail: vers
quels liens pour le personnel infirmier ?*

*Section 3 : Les comportements d'innovation des infirmiers : Importance ou
insignifiance de la reconnaissance au travail*

Section 1 : Les formes de reconnaissance appliquées au personnel infirmier : Le bilan

A travers le discours des infirmiers interviewés nous avons appréhendé qu'ils sont en lutte permanente pour la reconnaissance (1) et que les différentes formes de reconnaissance sont en fonction de l'objet de reconnaissance (2).

1. La lutte pour la reconnaissance : un manque à combler

L'absence de reconnaissance entraîne la défaillance du cycle Donner-Recevoir-Rendre, elle crée aussi un ensemble de souffrances inhérentes à l'invisibilité, le mépris et l'injustice (Le Breton, 2007).

1.1. Absence de reconnaissance : une remise en question des tâches quotidiennes au travail

La quête de reconnaissance est enclenchée par les sentiments d'être stigmatisé, méprisé, non visible et victime d'un manque de respect (Honneth, 2000).

Plusieurs infirmiers interviewés nous ont confirmé qu'ils se sentent transparents, lors de l'exercice de travail avec leur chef de service. Ils perçoivent que les médecins leur imposent de faire un travail qui ne reflète pas leurs compétences et qui rétrograde leur statut. Pour exprimer leur détresse, les infirmiers n'hésitent pas à s'appuyer sur des proverbes Tunisiens pour mettre l'accent sur la non reconnaissance des efforts fournis « *quoiqu'on fasse on n'est ni reconnu ni remercié* » **Entretien 10.** Prononcer mal un nom ou omettre le nom d'une infirmière de l'équipe par le supérieur hiérarchique sont perçues comme un manque de reconnaissance. Une infirmière nous a fait part de ses révélations puis elle s'est effondrée en larmes « *.... tu sais, après 20 ans de services avec mon chef Docteur Azouz, il n'a pas encore mémorisé mon nom..., c'est désolant, je me sens transparente, invisible, sans aucune valeur ajoutée pour mon équipe* » **Entretien 11.**

Dans le même ordre d'idée, ne pas mentionner le nom de l'infirmier dans le compte rendu d'une opération est vécu comme un déni de reconnaissance au travail « *je voudrais que les médecins mentionnent aussi mon nom dans le compte rendu de l'opération qu'ils donnent au chef de service quand j'entre avec eux dans le bloc...je fais 60% du travail, et il n y a même pas mon nom écrit sur un papier* » **Entretien 11**

Nous pouvons souligner que la non reconnaissance de la singularité des infirmières impacte négativement leur investissement au travail « *parfois je termine mon travail et au lieu d'aider mes collègues, je préfère aller dans la salle de pause et regarder le feuilleton... après tout même si je me dévoue pour mon travail, mon chef ne se souviendra surement pas de mon nom* » **Entretien 11**

Le travail des infirmiers se caractérise par une relation de proximité avec les patients consistant à leur présenter des soins quotidiens afin de pallier leurs douleurs. La majorité des infirmiers interviewés nous ont confirmé que les patients et leurs familles ne cessent pas de leur manquer de respect, une infirmière nous a affirmé : « *tu sais après la révolution tout le monde revendique des droits et veut même s'en procurer de nouveaux, c'est le cas de nos patients qui veulent que leurs membres de famille leur rendent visite à toute heure.... les patients veulent aussi sortir de l'hôpital à toute heure et revenir quand bon leur semble.... Avant la révolution ils avaient peur, maintenant ils sont de plus en plus agressifs, insolents... j'ai parfois peur qu'ils m'agressent physiquement* » **Entretien 16** un autre infirmier a été affecté par le comportement d'un patient « *une fois une patiente m'a dit : presses toi et fais ton travail...* » **Entretien 4**

Cette forme d'absence de reconnaissance : une sorte de déni de reconnaissance de la part des patients incite les infirmiers à minimiser les contacts avec les patients ce qui se répercutera négativement sur la qualité des soins qu'ils leur proposent :« *...je ne fais que ce qui m'est demandé de faire, vu ma conscience professionnelle, je change un pansement, fais une piqûre....je passe le minimum de temps avec eux ...encore moins entrer en contact avec leurs parents...par crainte d'être attaqué aussi bien verbalement que physiquement*» **Entretien 3.**

Ainsi, l'absence de reconnaissance matérialisée par un manque de respect de la part des patients ou de leurs parents n'empêche pas les infirmiers de présenter les soins aux patients au contraire ils le font consciencieusement, cependant, elle ne les incite pas à prendre soin d'eux. L'absence de reconnaissance des collègues a été aussi évoquée par les infirmiers, une

infirmière du service gastrologie nous a affirmé que : *« une grande partie des infirmiers de mon service (gastrologie), même si nous sommes de très bons amis... ne se sont jamais montrés reconnaissants pour le fait que je m'occupe de leurs patients pour qu'ils aillent faire leurs courses, au contraire certains d'entre eux sont même partie me créer des problèmes avec le surveillant, par conséquent je ne les aide plus, je n'assure pas les gardes à leur place ...je ne fais que mon travail c'est tout »* **Entretien 10**. Par défaut de reconnaissance de la part des collègues infirmiers, accentué par la création des conflits avec le supérieur hiérarchique, l'infirmier ne fait que les tâches exigées par son métier et évite de collaborer avec les autres infirmiers.

Nous pouvons souligner que les infirmiers nouvellement recrutés au sein du service et qui ont une ancienneté inférieure à 5 ans, nous ont montré leur dévouement pour le travail et sont moins affectés par le manque de reconnaissance que les infirmiers qui ont plus que 5 ans d'ancienneté.

1.2. La dévalorisation du statut d'infirmier : Reflet d'un manque de reconnaissance

Les infirmiers nouvellement recrutés au sein de l'hôpital se sentent dévalorisés par ceux qui ont une ancienneté plus importante ou détiennent des grades plus importants qu'eux. Même lorsqu'ils les aident, ils ne reconnaissent pas leur travail. De ce fait, ils se sentent rejetés, cherchent à les éviter et ne sont pas prêts à partager leurs connaissances avec eux : *« les deux premières années, j'ai eu des difficultés à exercer mes compétences apprises...car à chaque fois que je voulais appliquer mon idée ou bien participer à une discussion, les infirmiers principaux et surtout majors me disaient que j'étais nouveau, que je ne sais rien et qu'il me fallait beaucoup d'années pour apprendre exercer convenablement le métier d'infirmier »*

Entretien 19

De même le manque de reconnaissance des patients du travail des infirmiers se fait ressentir lorsqu'ils les dévalorisent, ce qui pourrait impacter négativement les rapports qu'entretiennent les infirmiers avec leurs patients. Une infirmière nous a confirmé que cela pouvait même la pousser à détester son travail : *« Ce que je n'aime pas dans mon travail c'est le fait que je me plie en quatre pour un patient et qu'en contre partie il n'est pas reconnaissant, il me perçoit comme une aide ménagère, une esclave qui doit impérativement*

assouvir ses besoins dans l'immédiat... Je peux te confier qu'il m'est arrivé de ne pas répondre rapidement à l'appel d'un patient...un soir quand j'étais de garde » **Entretien 10.**

Le travail des médecins et celui des infirmiers sont complémentaires, sauf que les infirmiers perçoivent que les médecins ne reconnaissent pas leur travail à sa juste valeur, au contraire, ils ne font que le dévaloriser « *Le médecin ne veut pas admettre que sans infirmier, il ne peut pas faire son travail....tu sais toute la charge du travail nous incombe nous les infirmiers et quand ils font leur « staff » ils ne cessent de nous rabaisser... »* **Entretien 7.** Certains nous ont confié qu'ils envisageaient de saboter le travail des médecins et de ne plus collaborer avec eux, mais puisque ces comportements dysfonctionnels affecteront négativement la santé des patients, ils se sont par la suite abstenus.

Le témoignage de la surveillante du service gastrologie qui a le grade d'infirmier major a beaucoup retenu notre attention parce qu'elle admire beaucoup son supérieur hiérarchique : elle avait beaucoup d'estime pour le chef de service malgré ses remarques désobligeantes et son comportement arrogant. Néanmoins, elle trouvait toutes les explications à son comportement avec elle ainsi que tous les infirmiers. « *il est diabétique.... je peux t'assurer que lorsqu'il s'emporte et qu'il se fâche c'est à 90% parce qu'il y a une faute d'inattention commise par un infirmier.... c'est son caractère, il faudrait se mettre à sa place vu la charge de son travail et la négligence de ceux avec qui ils travaillent, je ne peux que dire qu'il est compétent et que c'est ce qu'il faut pour que le travail avance »* **Entretien 9.** A un certain moment de l'entretien, elle le sublimait, comparait sa relation avec lui à celle qu'entretient un enfant avec son père. Paradoxalement, elle insiste sur le fait qu'il la maltraite et qu'il ne rate pas l'occasion de la vexer « *il a dénigré mon travail, remis en question mes compétences....je suis pas mal de fois rentré en pleurant »*. Elle a pensé à démissionner mais elle nous a affirmé qu'elle se saisissait aussitôt de ses émotions en pensant qu'elle ne pourrait pas s'adapter aux conditions de travail dans un nouveau service avec un nouveau supérieur hiérarchique, elle s'est basée sur les propos du proverbe Tunisien : « *Gardes ce que t'as de mauvais sinon tu risques d'avoir le pire »* **Entretien9.** D'autant plus qu'elle s'est habituée à ses sautes d'humeur. Elle perçoit que son plus gros défaut c'est qu'il n'est jamais satisfait de leur travail mais elle est aussitôt impressionnée par ses compétences et son efficacité au travail c'est ce qui pourrait expliquer son rattachement à son poste et sa volonté de rester dans le service.

Néanmoins, trois mois après avoir mené notre entretien, plusieurs changements se sont instaurés dans la vie professionnelle de cette infirmière. Son supérieur hiérarchique l'a

humiliée devant tous ses collègues et les patients du service gastrologie pour une faute qu'elle n'a pas commise. Résultat : se sentant vexée, rabaissée par un acte injuste, elle s'est effondrée à l'issue du discours humiliant du chef de service qui comme nous l'avons démontré représentait un père pour elle. Or, la surveillante a vécu pas mal de fois des situations similaires à celle-ci, ce qui nous a intrigué c'est sa décision catégorique de quitter son poste. En effet, le lendemain de l'incident, la surveillante a présenté sa démission qui a été immédiatement acceptée par le chef de service. Le personnel infirmier du service gastrologie ressent de plus en plus de haine envers le chef de service, les infirmiers ne sont plus motivés à faire leur travail, il les a sollicité un par un pour remplacer la surveillante or personne n'a approuvé sa demande par peur d'être opprimé. Il semblerait que les entretiens que nous avons menés ont eu un impact positif sur la prise de conscience des infirmiers de l'importance de la reconnaissance ainsi que les conséquences néfastes du déni de reconnaissance.

L'identité professionnelle est le résultat de pouvoir et d'appartenance à des groupes (Dubar, 2000) qui est aussi en fonction du métier exercé par l'individu (Huges, 1996) et dépend grandement de la reconnaissance que reçoit l'individu de son travail. De ce fait, un manque de reconnaissance de la part des collègues infirmiers, patients ou supérieur hiérarchique est perçu comme une dégradation de leur statut qui pourrait les inciter à remettre en question les efforts qu'ils fournissent au travail. Nous avons pu faire ce constat à partir des propos d'une infirmière qui nous a affirmé : *« il m'est arrivé pas mal de fois de réfléchir sur les avantages et inconvénients de mon métier... je me suis dit que j'aime mon métier, j'ai plus d'avantages que ma sœur qui travaille dans une administration mais parfois il suffisait que l'un de mes collègues ne me remercie pas ou bien ne dise pas aux autres que c'est grâce à moi qu'il a pu faire son travail que je me sens triste, démotivée...que je ne me sens pas membre de l'équipe que je considère comme ma seconde famille... la valeur que j'octroie à mon métier, à moi en tant qu'infirmière devient aussitôt négative....je ne fais que ce qu'on me demande de faire voire même moins...sans plus »* **Entretien 16.**

Le tableau suivant résume les principaux résultats inhérents à l'analyse du sous thème de la lutte de reconnaissance des infirmiers.

Tableau 16: Les conséquences du déni de reconnaissance sur le travail des infirmiers

Manifestations du déni de reconnaissance	Conséquences sur le travail
Omission/mal prononciation du prénom d'un infirmier, Agressivité de la part des patients, Création des conflits avec le supérieur,	Démotivation au travail Sentiments de transparence, Investissement moindre au travail : fournir moins d'efforts.
Dévalorisation du travail d'infirmier Humiliation en public Inculpation pour des actes non commis	Démission immédiate, Poste de surveillante vacant pendant des semaines, Rétention des informations importantes Sentiments de non appartenance à l'équipe Remise en question de l'identité professionnelle

2. Les différentes formes de reconnaissance : importance de l'objet de reconnaissance

Reconnaître les compétences et les efforts du personnel infirmier qui leur permettent d'exercer leur travail tout en s'adaptant à la pénibilité de certaines tâches reviendrait à reconnaître les infirmiers dans leur singularité, leur investissement au travail, les pratiques qu'ils adoptent ainsi que les résultats qu'ils ont atteints. Ces différentes pratiques se matérialisent par différentes formes que nous allons déterminer via l'analyse des réponses des infirmiers interviewés aux questions suivantes : Que reconnaît-on de votre travail ? et sous quelles formes cette reconnaissance est-elle attestée ?

2.1. Les formes de reconnaissance de l'investissement et des pratiques au travail

L'évaluation des efforts fournis au travail est perçue par les répondants comme étant déterminante dans la reconnaissance de leur investissement au travail « *Tu sais ce qui me motive le plus dans mon travail, c'est que lorsque que je fournis plus d'efforts, que je reste au-delà du temps requis pour terminer mon travail, mon chef le saura* » **Entretien 7.** Certains, nous ont fait part de la justesse de ces évaluations effectuées par le Chef « *il donne à chaque infirmier son droit, il blâme ceux qui sont partisans du moindre effort , une fois il m'a remerciée devant toute l'équipe pour un travail que j'ai fait toute seule mais j'ai pas pu le terminer, vu qu'il est supposé être fait par 4 personnes et il s'est retourné vers les autres et il les a réprimandés, il les a même sanctionnés en leur donnant plus de travail, j'étais satisfaite* » **Entretien 7.** De ce fait, même si l'objectif n'est pas atteint, le supérieur hiérarchique juge la qualité et l'intensité des efforts « *une fois, mon chef de service m'a demandé de faire un travail qui dépasse mes capacités, il fallait travailler jour et nuit et faire un surinvestissement d'efforts qui m'aurait tuer pour faire ce travail... j'avais peur de lui dire non mais vu l'état de stress dans lequel j'étais j'ai pris mon courage à deux mains et j'ai expliqué les causes à mon chef pour lesquelles je n'ai pas la force de faire un travail pareil. Et à ma surprise, il était compréhensif, et m'a félicitée du fait que je peux délimiter mes propres capacités et m'a demandé de faire ce que je pouvais et je te jure j'ai déployé toutes mes capacités pour faire ce que je pouvais, je n'ai pas atteint l'objectif escompté mais le Docteur m'a remercié en personne pour la qualité de mon travail en un temps qu'il a jugé record, devant le surveillant et m'a même donné une demi journée de congé pour me reposer* » **Entretien 17.**

Certains témoignages ont révélé que grâce à cette forme de reconnaissance, ils perçoivent que le risque qu'ils encourent est reconnu par la surveillante même si cela n'était pas fréquent « *Je peux te confirmer que Docteur Azouz ne remercie personne, il ne fait que nous crier dessus, surtout moi qui fais tout mon possible pour faire plusieurs tâches mais qui n'arrive pas... Une fois, j'ai assuré la garde d'un malade cirrhotique qui était trop agité et qui a failli me frapper quand je voulais lui administrer le traitement... Monsieur Azouz est venu ce soir là faire une visite surprise et il a vu la situation dans laquelle j'étais, je peux te jurer que le lendemain il a réuni toute notre équipe, il leur a raconté le travail que j'ai effectué et... une première, il m'a remercié devant eux...j'étais très contente, et c'est à partir de cet instant que j'ai ressenti la valeur de mes efforts dans le service* » **Entretien 7.**

Dans le même ordre d'idées, des interventions font état du sentiment de ne pas se sentir exploité si jamais le chef de service reconnaît leur travail et que le résultat n'a pas été atteint « *j'ai travaillé pendant trois ans dans une clinique et je peux te jurer que si jamais tu n'arrives pas à t'occuper de quatre patients en une heure, même si tu fais un travail gigantesque, je peux te jurer que tu es licencié, c'est de l'exploitation car moins on soigne de patients par heure et plus les recettes de la clinique diminuent... ce qui est différent dans notre service, c'est vrai qu'on a une obligation de résultat mais qui est beaucoup plus flexible....ici notre chef de service est plus humaine, elle nous autorise à prendre notre temps avec chaque patient pour en prendre soin...ici la reconnaissance est non pas en fonction du nombre des patients traités mais plutôt de la qualité de la relation entretenue* » **Entretien 4.**

Une relation infirmier/patient basée sur la reconnaissance de ce dernier des efforts déployés pour les soigner et prendre soin d'eux motivent les infirmiers à leur présenter des soins de qualité « *quand les patients sont arrogants, insolents et je peux t'assurer que ce genre de comportement a pris de l'ampleur depuis la révolution résultat : je les évite et même les soins que je leur présente sont basiques sans plus...mais je peux t'assurer que ceux qui me respectent, me remercient je me plie en quatre pour eux et je pourrais même passer toute ma journée à pallier leurs douleurs* » **Entretien 14**

La perception de la justice à travers la reconnaissance de l'investissement au travail attestée par les supérieurs hiérarchiques, patients et collègues a des effets considérables sur les efforts orientés vers le résultat à atteindre pour effectuer le travail demandé. Néanmoins, l'écart entre le travail réellement fait et celui prescrit dépend grandement des moyens mis à la disposition de l'infirmier, de même, l'évaluation de cet écart est en fonction de l'utilité procurée par cet investissement (Bourcier et Palobart, 1997 ; Dejours, 2000 ; Brillet et Coututelle, 2013).

Juger de l'utilité du travail effectivement accompli est tributaire des relations qu'entretiennent les infirmiers avec leurs supérieurs « *tu sais pour les mêmes soins administrés à un même patient, le surveillant, juge que c'est un travail exceptionnel quand tu as des relations privilégiées avec lui, il te remercie te donne moins d'heures de garde comme quoi tu as fournis beaucoup d'effort et si tu es une personne intègre qui ne se soumet pas à ce qu'il veut et qui ne lui reporte pas comme 'un envoyé spécial' ce que les autres pensent de lui et comment il le critique, je peux t'affirmer que tu as beau faire un excellent travail en un temps record, le chef dévalorisera ton travail sous prétexte que ce n'est pas ce qui est demandé* ».

Entretien10.

Les allégeances au supérieur hiérarchique semblent être pour beaucoup dans le jugement des efforts fournis, l'utilité du travail des infirmiers ainsi que l'octroi de la marge de manœuvre.

Force est de constater que la reconnaissance de l'investissement au travail et des pratiques sont non monétaires informelles au sens de Brun et Dugas (2000) et se présentent sous forme de remerciements, respect, et de non appropriation des efforts lorsqu'elles sont attestées par les patients et les collègues au travail. Provenant essentiellement du supérieur hiérarchique, elles peuvent se résumer en une plus grande flexibilité horaire, marge de manœuvre et des remerciements publics qui dépendent selon certains des allégeances au supérieur hiérarchique

2.2. La reconnaissance des résultats : sous quelles formes se présente-t-elle ?

Reconnaître les résultats au travail implique que l'infirmier effectue exclusivement le travail prescrit pour atteindre un niveau de performance escompté par son chef et qui se traduit aussi par un ensemble d'objectifs préalablement fixés. Contrairement à la reconnaissance de l'investissement et les pratiques de travail (2.1) qui valorisent les efforts des infirmiers même si le résultat espéré n'est pas atteint, la reconnaissance des résultats n'est attestée par le supérieur hiérarchique que si et seulement si le travail réellement effectué est identique à celui qui était prescrit : c'est ce que la majorité des infirmiers nous ont affirmé : *« je dois lui rendre des comptes en fonction des résultats que je suis tenu d'atteindre, il me souscrit les tâches que je suis tenu d'effectuer puis il vérifie si jamais j'ai atteint l'objectif en question, il me dit par exemple que je dois aider à faire la coloscopie pour 5 patients par jour, remplir la fiche de chacun d'entre eux et il me dicte les autres tâches que je dois faire et à la fin de la journée il vérifie si j'ai bien effectué le travail, il me remercie en aparté ou voire même me félicite devant mes collègues lorsque les tâches qui me sont destinées sont effectuées d'une façon efficace et efficiente sinon il m'humilie si jamais l'objectif qu'il a fixé n'est pas atteint »*

Entretien 11

Parallèlement, le fait que le chef de service se vante de la performance de son équipe d'infirmiers auprès des autres médecins lors des staffs ou manifestations scientifiques même auprès des patients font écho à la reconnaissance de sa fierté de travailler avec son équipe. Nous retrouvons cette perception de la valorisation individuelle des comportements, efforts

engagés suite à l'atteinte des objectifs fixés par le chef dans le témoignage de plusieurs infirmier interviewés, « *Il ne m'a jamais remercié, même si je fais le travail qu'il me demande parfaitement et rapidement il me souris sans rien dire..une fois j'ai pris mon courage à deux mains et je lui est demandé pourquoi et il m'a répondu sois sûr mon fils que lorsque je me tais et je ne fais pas de remarques c'est que je suis satisfait...Docteur A part du principe qu'en Tunisie quand on remercie une personne, elle se met en position de force et sera partisane du moindre effort...je pense que c'est sa manière de penser et mettre les limites entre lui et les infirmiers* » **Entretien 5.** « *tu sais, lors des staffs des médecins de notre service et voire même des autres services, notre représentant nous a rapporté qu'il leur dit : 'j'ai la meilleure équipe d'infirmier en Tunisie , je suis fier de les avoir et que c'est grâce à eux que les patients se rétablissent rapidement, ils sont pro et performants' ...même quand un patient se plaint de l'un de nous, il prend notre défense et le remet à sa place, j'aime travailler avec Docteur Azouz* » **Entretien 5**

Les discours font majoritairement état du fait que lorsque leur rendement est visible, les infirmiers aiment d'avantage leur travail, leurs émotions négatives se transforment en positives lorsqu'ils constatent une amélioration de l'état de santé de leurs patients « *Tu sais quand j'effectue mon travail et qu'il n y a pas de résultat palpable, visible pour le malade dont l'état est stable ou se détériore, cela me fatigue, me stresse et me démotive, il faut que je vois la concrétisation de mes efforts à travers l'amélioration de l'état du patient... ce que j'aime le plus dans mon travail c'est quand un patient qui avait 0 chance de vivre reprenne des forces de jour en jour, ne ressent plus de douleur, qu'il sourit après de longues semaines de souffrance...sort de notre service sain et sauf, je suis contente, heureuse et même si j'ai fait un travail titanesque je ne ressens aucune fatigue, nous sommes les anges de la miséricorde qui faisons tout pour que dieu redonne une seconde vie à des personnes mourantes*» **Entretien 20.** Notamment, la qualité des services présentés qui fait l'objet d'une reconnaissance est perçue comme un atout reflétant la performance au travail, dans ce sens un infirmier enthousiaste nous confie « *mes objectifs personnels sont ceux du service.... ma fierté d'appartenance à cette équipe dans laquelle je veux travailler jusqu'à la fin de ma carrière, de me distinguer de mes collaborateurs, que le surveillant me complimente dépendent grandement du respect des procédures d'hygiène quand je présente les soins, du classement ordonné des fiches des patients, du temps consacré consciencieusement à chaque patient pour pallier ses douleurs aussi bien physiques que psychologiques* » **Entretien 17.**

Afin de reconnaître les résultats atteints, le chef de service ou surveillant, remercie les infirmiers en public ou en aparté, leur fait part d'un feed-back positif afin de leur garantir une meilleure visibilité des efforts consentis. Dans le même ordre d'idée, le supérieur hiérarchique des infirmiers fait part de sa fierté à travailler avec son équipe en valorisant les résultats atteints par son équipe et grâce auxquels il se vante auprès de ses collègues des autres services.

2.3. Différentes formes pour une reconnaissance existentielle

La reconnaissance et le travail sont deux thèmes indissociables dont la centralité de l'un dépend de celle de l'autre (Saint Onge et al, 2005). Le travail est le siège du sens existentiel (Morin, 1996) et de la régulation identitaire, le manque de reconnaissance entraîne une remise en question de l'identité professionnelle comme nous l'avons démontré au niveau de la section 2 du chapitre 1. Ainsi, la construction identitaire est basée sur la reconnaissance au travail notamment existentielle telle qu'éclairée par la conception humaniste qui considère le salarié comme un être singulier doté d'un caractère unique qui impose le respect de sa dignité humaine et qui affiche son appartenance à un groupe. Cette bipolarité de la reconnaissance existentielle est orientée vers la recherche de sens au travail en alignant les objectifs professionnels aux motivations personnelles (Dejours, 1998 ;Millet, 2010; Bourcier et Palobart, 1997).

Le caractère humain du métier d'infirmiers considéré aussi noble que le métier de médecin accentue la recherche des infirmiers de sens à leur travail. Les infirmiers que nous avons interviewés nous ont confirmé leur dévouement pour leur travail « *J'aime mon travail, je fais le travail qui m'est confié dans les règles de l'art, je peux même effectuer d'autres tâches volontairement avec une grande motivation et un perfectionnisme invraisemblable* » **Entretien 8** et qu'ils ne sont pas prêts à changer de métier « *je suis fière de mon statut en tant qu'infirmière, tu sais il y a des collègues qui se font passer pour des médecins ce n'est pas honnête, je trouve que c'est inadmissible et qu'il faut être fier de ce que l'on est.... Je connais parfaitement mon niveau intellectuel, J'ai poursuivi des études compatibles avec mes capacités, j'ai choisi d'exercer un métier que j'aime et j'ai aussi choisi d'exercer mon métier au sein de l'hôpital qui me convient et je ne changerai jamais ni de métier ni de service* »

Entretien20

Cette fierté d'exercer le métier d'infirmier accentuée par la volonté de rester au sein de la structure de soin tout en étant conscient de ces qualités orientées vers l'honnêteté et du savoir faire basé sur les expériences professionnelles nous fait part de l'identité positive des infirmiers au sens de Dutton et al (2010).

Au-delà de l'identité positive, la construction identitaire dépend grandement des années d'ancienneté. Les discours des infirmiers qui ont une ancienneté supérieure à 10 ans font majoritairement état qu'ils effectuent tout le travail des médecins et qu'ils se perçoivent plus compétents que les médecins : « *Notre métier d'infirmier est plus important que le métier de médecin, nous faisons la totalité du travail, nous nous occupons des patients comme s'ils étaient des parents proches, nous connaissons leur diagnostic médical au détail prêt, il suffit que le médecin prononce le nom du malade que nous lui récitons tout son diagnostic Nous jouons un rôle prépondérant dans les hôpitaux, sans nous, jamais les médecins ne pourraient être aussi compétents* » **Entretien 15**. Attester de la reconnaissance en fonction des années d'ancienneté intensifie l'attachement des infirmiers au service et à l'hôpital « *Il y a 12 ans j'ai assisté à une cérémonie grandiose organisée par toute l'équipe, pour le départ d'un ancien collègue, c'était trop émouvant et je te jure que ça m'a motivé à terminer ma carrière dans le même service et avec mes collègues...J'attends la cérémonie que toute l'équipe va m'organiser en signe de reconnaissance pour les 30 années que j'ai passées dans le service et durant laquelle j'imagine que mon chef vantera mes compétences et que tous mes collègues cotiseront pour m'acheter un cadeau en signe de reconnaissance et que mon supérieur hiérarchique et notre surveillante aussi m'offriront un cadeau et me remercieront dans le discours de départ à la retraite* » **Entretien 8**. Un autre passage témoigne clairement de l'importance de la valorisation par le supérieur de la singularité de l'infirmier en reconnaissant sa dignité humaine « *cela fait plus de dix ans qu'à chaque fois mon chef me demande de représenter l'ensemble des infirmiers lors des réunions trimestrielles qu'il effectue avec l'équipe médicale afin de faire le bilan de notre service...je pense qu'il m'a choisi moi en tant qu'ambassadeur des infirmiers parce que nous travaillons ensemble depuis plus de 20 ans et qu'il apprécie mes qualités humaines vu le fait que je ne fais pas mon travail d'une façon robotique malgré l'expérience que j'ai acquise* » **Entretien 15**

Certains répondants perçoivent même que lorsque leurs collègues consultent leurs avis, cela constitue une reconnaissance de leur singularité, leurs capacités distinctives acquises tout au long des années « *même les infirmiers des autres services viennent me consulter, prendre mon*

*avis, me demander une assistance...je me suis demandée pas mal de fois pourquoi moi ? et là j'ai trouvé la réponse : je suis une personne qui a le plus d'années d'expériences, qui a acquis plusieurs aptitudes et attitudes au fil des années et cela est perceptible dans mon travail dans lequel j'excelle d'autant plus qu'il y a des échos que je n'induis personne en erreur et que j'intègre et partage toutes les informations que je connais » **Entretien 8.***

Malgré leur dévouement au travail, les infirmiers qui ne cumulent pas un nombre important d'années d'ancienneté, ne bénéficient pas d'une reconnaissance explicite de la part de leur supérieur hiérarchique. De ce fait, ils sont en quête permanente de reconnaissance existentielle qui met en relief leur singularité et qui leur permet de se démarquer de leurs collaborateurs en tant qu'êtres humains non transparents dignes de respect. Cette reconnaissance est recherchée via les comportements des patients « ... *La preuve que je suis une infirmière compétente et qui fait son travail consciencieusement réside dans le fait que lorsqu'un patient exige, insiste qu'il soit pris en charge par moi et personne d'autre....pour moi c'est la preuve d'une reconnaissance qui me distingue de mes collègues voire même de mon chef de service et qui me procure un sentiment de fierté » **Entretien 1.***

A la lumière des différents discours tenus au sujet de cette forme de reconnaissance attestée par les patients, force est de constater qu'elle se présente sous forme informelle, verbale exprimée par des vœux qui ne seront réalisés que grâce à la force divine. Les infirmiers mettent l'accent sur l'importance de leur connexion avec dieu lorsqu'ils sont en empathie avec les patients souffrants « *Tu sais on n'est jamais seul avec le patient, dieu est toujours présent et nous regarde, je dois soulager ses douleurs comme si je me soignais pour que dieu le tout puissant soit miséricordieux avec moi et grâce à sa bénédiction je ne souffre pas durant toute ma vie...et même après ma mort je serai au paradis » **Entretien 4.** Plusieurs témoignages de répondants nous ont affirmé que lorsqu'un patient prononçait ces phrases « ...*Que dieu soit miséricordieux avec tes parents... que dieu éloigne dans le présent et le futur les mauvaises choses de ton chemin » **Entretien 5,** ils étaient rassurés qu'ils ont effectué consciencieusement leur travail, ces paroles représentent de vrais leitmotifs pour eux. Ils perçoivent que leur travail leur permet d'être en relation avec dieu de le servir, ce qui permet selon Paloutzian et al (2003) et Karakas (2010) de trouver du sens au travail et d'amplifier la productivité et l'engagement.**

La religion occupe une place importante dans la vie professionnelle des infirmiers (Taylor et al, 1995). Dans le même ordre d'idée, grâce à la religion, l'infirmier trouve un sens à son travail astreignant, prend soin des malades aussi bien physiquement que moralement (Clarcke, 2006). Nous pouvons souligner que les Tunisiens sont imprégnés de la culture arabo musulmane et qu'ils font en permanence des liens étroits et directs entre les détails de leur vie quotidienne et le destin qui est tracé par Dieu. Dans la même veine, ils perçoivent que leurs relations au futur basées sur le destin tracé par Dieu sont marquées par le fatalisme (El Akremi et al, 2007). Ce phénomène s'accroît lorsqu'ils tombent malades et qu'ils voient leur mort approcher.

Dans l'ensemble de l'analyse, il nous semble que les infirmiers sont en quête permanente d'une reconnaissance authentique qui met en exergue leur identité professionnelle et qui atteste des années d'ancienneté et de l'expérience acquise tout au long de leur carrière professionnelle. La reconnaissance existentielle qui provient du supérieur hiérarchique se présente sous forme matérielle : telles que la cérémonie de départ à la retraite durant laquelle il y a une remise des cadeaux, ou immatérielle comme par exemple les témoignages de gratitude, les remerciements et l'octroi d'une responsabilité supplémentaire en tant qu'ambassadeur de l'équipe. Cette forme de reconnaissance attestée par les collègues se matérialise par le partage voire même l'intégration des compétences acquises par l'infirmier qui détient le plus grand nombre d'années d'ancienneté. Le besoin de trouver un sens à son travail permettant à l'infirmier d'aligner ses objectifs personnels à ceux de son hôpital (qui se résume essentiellement autour de la qualité des soins présentée aux patients), semble être assouvi par la reconnaissance témoignée par les patients et exprimée sous une forme informelle via des versets coraniques et des souhaits qui ne seront exhaussés que par la force divine et qui est perçue par les infirmières comme ayant pour rôle d'intensifier leurs relations avec Dieu et de leur procurer une vision optimiste de leur destin.

Section 2 : Les comportements d'entraide et la reconnaissance au travail : vers quels liens pour le personnel infirmier ?

Le comportement d'entraide qui favorise la coopération (Podsakoff et al, 2000), mériterait d'être exploré auprès des infirmiers de notre étude ce qui nous a poussé à analyser les caractéristiques de ce comportement tout en mettant l'accent sur les relations interpersonnelles au travail nécessaires à la cohésion de groupe et à déterminer son importance dans la résolution des conflits (1) pour enfin appréhender les effets de la reconnaissance sur ce type de comportement (2)

1. Le comportement d'entraide : vers une cohésion de groupe et une résolution des conflits ?

Le comportement d'entraide est un comportement extra rôle (Van Dyne et Lepine, 1988 ; Podsakoff et al, 2000), la majorité des infirmiers interviewés nous ont confirmé qu'ils présentent l'aide à leurs collaborateurs tout en sachant que ce comportement ne fait pas partie des exigences de leur métier « *Avant j'aidais tous mes collègues parfois même j'assurais leurs gardes pendant toute la semaine et ça a duré plus qu'un mois car je croyais qu'ils avaient de graves empêchements, ça m'a trop fatigué et à partir du moment où j'ai découvert qu'ils mentaient et que c'était pour libérer leur temps et travailler dans les cliniques, j'ai arrêté de leur donner cette faveur après tout ça ne fait pas partie de mon travail, je n'aide plus tous les membres de mon équipe plutôt ceux que je perçois comme étant digne de mon aide* » **Entretien 11.** Néanmoins, d'autres perçoivent que c'est un comportement, indispensable à leur travail « *Mes collègues perçoivent que je suis une personne perfectionniste, sérieuse, méticuleuse, consciencieuse, je suis aimé par tous mes collègues car je ne leur dis jamais non, je les aide dès que l'occasion se présente et parfois même au détriment de mon travail, je fais de même avec les patients...et je suis capable de rester toute une journée à pallier leurs douleurs, et ce n'est pas une faveur, c'est mon devoir, et pour moi c'est le pilier fondamental du métier d'infirmier même si ce n'est pas écrit noir sur blanc* »

Entretien 1

1.1. Les relations interpersonnelles et l'empathie : Nécessité pour orienter le comportement d'entraide

Force est de constater que les infirmiers présentent leur aide afin d'assurer la cohésion de leur équipe. Néanmoins, les discours font majoritairement état du fait que l'aide présentée dépend grandement des relations interpersonnelles que l'infirmier développe avec ses collègues « *Dans le service gastrologie, notre équipe d'infirmiers est comparable à une famille dont le père est le chef de service, notre devise qui est celle de s'entraider les un les autres doit animer tous les membres de notre équipe qui représente notre famillemais les nouveaux infirmiers doivent s'intégrer sinon je ne te mens pas je ne les aide pas trop car je me méfie d'eux, vu le fait que j'ai donné mon temps, ma patience et ma confiance pour montrer le travail à une nouvelle infirmière qui n'a pas pu s'adapter à notre équipe, je me suis même forcée à rester durant les heures de pause avec elle, ce qui m'a créé des problèmes avec mes collègues qui la rejetaient...et pour couronner tout ça elle a falsifié ma signature pour prendre des médicaments coûteux de la pharmacie, du coup les nouveaux infirmiers n'ont qu'à s'intégrer sinon qu'ils changent de service* » **Entretien 3**, et même avec les patients « *Je pars toujours du principe que plus j'aide les patients et plus dieu m'aidera dans ma vie...je ne te mens pas les patients avec qui j'entretiens des relations amicales, je les aide plus et je prends plus mon temps avec eux même si j'ai une charge exorbitante par rapport à ceux avec qui je n'arrive pas à m'entendre* » **Entretien 4**. Ce qui viendrait contredire le principe de la complaisance générale selon lequel une personne ne fournit pas son aide pour une personne bien précise mais plutôt afin d'assurer le bien d'un système (Smith et al, 1983) « *quand ma meilleure amie au travail oublie de faire une tâche importante ou qu'elle a commis une faute grave, j'essaie de la lui corriger et jamais je ne vais rapporter cela ni à mes collègues ni à mon chef même si cela pourrait mettre en péril la santé du patient, je cherche toutes les solutions sauf celles qui pourraient nuire à mon amie* ». **Entretien 11**. Poussées à l'extrême, ces relations de bonne foi sur lesquelles se basent l'altruisme (Moscovici, 2000) accentuées aussi bien par la réciprocité qui au sens de Cornier, (2008) et Motte, (2013) vise à aider la source qui a fait bénéficier l'infirmier « *Je ne peux pas détruire sa carrière professionnelle, elle m'a tellement aidée, elle s'est toujours montrée présente quand j'avais besoin d'elle ou même quand je suis rentré sans administrer le traitement à un patient, si mon*

chef s'en est aperçu il m'aurait viré de suite mais heureusement qu'elle l'a fait à ma place et c'était en cachette sans que personne ne le sache, je lui dois ce qu'elle a fait pour moi et je ne peux que faire de même » **Entretien 11** que par l'esprit sportif qui caractérise selon Podsakoff et al (2000) les personnes qui ne se plaignent pas quand ils ressentent une gêne « *Une collègue nouvellement recrutée était dans l'impossibilité de changer le sac de stomie d'un patient atteint d'un cancer colorectal, j'ai pris la relève et je l'ai aidé ...J'ai eu le droit à toutes les insultes possibles par le patient qui avait trop mal car l'endroit n'était pas cicatrisé ça ne m'a pas empêché de le lui changer »* **Entretien 8.**

Ils orientent les comportements d'entraide vers la conformité organisationnelle afin de prendre les initiatives nécessaires pour ne pas rapporter au chef le non respect par les collègues des normes imposées par les hôpitaux et faire le travail à leur place dans l'objectif d'être perçu au sens de Podsakoff et al, (2000) comme un bon citoyen « *parfois je me dis qu'est ce que cela va m'apporter d'induire en erreur mon collègue ou d'aller répéter à mon supérieur qu'il est venu en retard, qu'il a pointé et ressorti ou qu'il n'a pas appliqué à la lettre les mesures d'hygiène (sans que cela puisse nuire irréversiblement à la santé du patient), et je te jure que ça ne m'apportera que les ennuis au travail, de un, mes collègues ne me feront plus confiance, de deux, je récolterai ce que j'ai semé c'est-à-dire que dieu va faire de façon à ce qu'une catastrophe me tombe sur la tête et en plus notre religion ne nous l'autorise pas...j'insiste pour qu'il ne refait pas la même chose et s'il ne m'écoute pas je prends le risque et je lui corrige la faute même si elle est grave »* **Entretien 7.**

Nous retrouvons également dans les discours des infirmiers l'empathie qui est catégorisée par Goleman (2002) comme étant une compétence émotionnelle qui permet de tisser des liens sociaux et forger la cohésion d'une équipe (Thoits, 1985 ; George, 2000) et plus particulièrement dans notre cas l'équipe d'infirmiers en les motivant à adopter des comportements d'entraide (Moscovoc , 2000). Les discours sur les relations avec les patients, font majoritairement état de l'empathie qui domine les prestations pour prendre soin d'eux « *Les patients sont parfois, arrogants, agressifs, insolents ce qui me stresse, me met en colère, me démotive...mais puisque je vis avec eux les différents stades de leurs maladies et par le simple fait de penser que je pourrai être à leur place et que je pourrai tomber malade à n'importe quel moment et que je serai amenée à être hospitalisée je les comprends, je ne leur tiens pas rancune et je fais tout pour leur remonter le moral »* **Entretien 14** et pallier leur douleur « *je me mets à leur place à chaque fois que je leur faisais une piqûre je prenais mon*

temps pour ne pas leur faire du mal, ils sont tellement vulnérables que ça me fait mal au cœur de les voir s'éteindre comme une bougie de jour en jour » **Entretien 4.** Un autre témoignage fait référence à l'empathie pour expliquer le comportement de son chef de service « *Notre chef est très sévère, mais bon, c'est son caractère en plus il est diabétique, il faudrait se mettre à sa place vu la charge de son travail et la négligence de ceux avec qui ils travaillent, je sais que s'il fait des remarques désobligeantes parfois même blessantes c'est pas pour nous vexer mais pour que nous soyons plus unis que jamais afin de l'aider à perfectionner son travail par lequel notre service rayonne dans tout l'hôpital* » **Entretien 9.**

Par sa nature discrétionnaire, percevoir le comportement d'entraide comme étant indispensable au travail dépendrait des relations interpersonnelles basées sur l'altruisme, le principe de réciprocité que les infirmiers entretiennent avec leurs collègues, supérieurs et patients. Force est de constater que gérer leurs relations par l'empathie inciterait les infirmiers à engager des comportements d'entraide

1.2. Les comportements d'entraide pour une meilleure résolution des conflits

Les réponses à la question « *Lorsqu'un conflit émerge, que faites vous pour le désamorcer ?* » ont permis d'identifier les différentes alternatives d'entraide que les infirmiers ont choisies pour désamorcer les conflits qui surgissent dans les milieux de travail. Nous nous sommes dès lors inspirés du modèle de Thomas KW (2001), présenté au niveau de la section 1 du chapitre2 afin d'analyser les différents discours présentant ces alternatives en typifiant les différents styles de comportements orientés vers l'entraide quant à leur importance dans le règlement des conflits interpersonnels du personnel infirmier.

Les exigences du métier d'infirmier se résument dans le fait que les infirmiers travaillent dans des environnements turbulents auxquels ils doivent s'adapter pour présenter des soins de qualité. Ces environnements exposent les infirmiers à une charge émotionnelle inhérente aux relations interpersonnelles qu'ils entretiennent aussi bien avec les patients souffrants qui véhiculent un ensemble d'émotions négatives qu'avec les membres de leur famille qui revendiquent en permanence informations, réconfort et assurance (Freshwater et Stickley, 2004). Face à ces conditions de travail stressantes, les infirmiers se doivent aussi de gérer les relations avec leurs collègues ainsi que leur supérieur hiérarchique pour lequel ils ont des

obligations de résultats. Force est de constater que ce contexte est prospère à l'émergence des conflits « *le travail est par nature stressant, je dispose de très peu de moyens et mon supérieur ne veut me déléguer aucune tâche, il faut que je le consulte en permanence même pour prendre un médicament de la pharmacie... les patients n'ont pas de douche....les infirmiers anciens n'hésitent pas à prendre des congés sans nous prévenir la veille....et ce n'est rien.... je me retrouve avec 36000 tâches à effectuer seule et du coup je suis irritée, il suffit qu'un patient m'appelle pour une chose non urgente que je deviens furieuse, je cris et je ne te mens pas je provoque aussi mes collègues qui ne partagent pas avec moi le travail et je me dispute avec eux* ». Certains répondants ont même l'impression que présenter une aide interpersonnelle focalisée sur l'aide des collègues (Granham, 1991) d'une façon récurrente ou quand ces derniers ne la sollicitent pas favoriserait l'apparition du problème du « passager clandestin » modélisé par Olson.M (1965) et qui adapté à notre étude s'explique par le fait que les infirmiers qui ont bénéficié de l'aide de leurs collaborateurs s'approprient les efforts fournis voire même pourraient être à la base du déclenchement d'un problème entre celui qui a présenté l'aide et le supérieur « *il y en a même ceux qui essaient de me rabaisser et de dévaloriser les efforts que je fournis, plus particulièrement mes compétences distinctives. Résultat, ils m'intimident, me bloquent, par conséquent je fournis les efforts essentiels à l'exécution de la tâche qui m'a été confiée sans plus, ...j'ai constaté qu'à partir du moment où je montre que je suis motivée pour exécuter mon travail et que je me porte volontaire pour faire le travail des autres, je suis exploitée, mes collègues me demandent en permanence de les remplacer et quand je ne peux pas ou que j'ai une surcharge de travail ou bien j'ai terminé mon travail et que je veux rentrer, ils sont furieux, ils m'harcèlent comme si le travail que j'effectue à leur place est une obligation, ils considèrent le service que je leur rends comme étant une chose acquise et quand je refuse ils ne collaborent plus avec moi, l'ambiance au sein du service était devenu insupportable, mon supérieur hiérarchique est toujours en colère....J'ai fait une forte dépression, je ne pouvais plus me lever pour aller travailler. Résultat, j'ai changé de service et je n'ai jamais effectué que mon travail seulement le mien* » **Entretien 13.**

Parallèlement, les discours font majoritairement état des problèmes relationnels avec les patients et leurs parents « *Après la révolution, les comportements des patients tendent vers0...plusieurs problèmes surgissent avec les patients, ils ne demandent pas qu'on les aide avec politesse au contraire avec arrogance... Tu ne peux pas les satisfaire, ils ne sont jamais satisfaits....et leurs parents n'en parlons pas, ils nous prennent pour des robots je ne fais que*

*crier lorsqu'ils arrivent, ils me fatiguent ils sont obstinés et veulent enfreindre la loi et tu sais ils me disent quoi quand je n'entre pas dans leur délire : tu es payé pour faire ça...si on ne vient pas à l'hôpital (qui est pourtant public) tu ne recevra rien et tu mourra de faim.... En vivant de telles situations fréquemment, je regrette parfois le fait d'avoir choisi le métier d'infirmier » **Entretien 11.***

Pour prévenir l'émergence des problèmes au service et faire face aux conflits interpersonnels, les infirmiers dotés d'une aptitude sociale adoptent des comportements d'entraide en entretenant des relations interpersonnelles qu'ils gèrent sur la base d'un pouvoir de persuasion développé afin de conduire les changements et tolérer la divergence des opinions qu'ils orientent vers le consensus (Goleman, 2002) « *Tant que mes collègues ne sont pas machiavéliques, tant que je m'entends bien avec eux, car je pars du principe que nous sommes une famille unie et qu'on doit s'entraider afin de dépasser toutes les barrières auxquelles nous pouvons nous heurter afin de présenter des soins de qualité....Même si un infirmier veut mettre les bâtons dans les roues, ou qu'un nouvel infirmier a du mal à s'adapter à l'ambiance de notre équipe... quand les intérêts personnels d'une minorité d'infirmiers compromettent l'intérêt général de l'équipe, j'interviens afin de mobiliser tous les infirmiers pour que nous prenions les mesures nécessaires afin de faciliter l'intégration des infirmiers nouveaux » **Entretien 8.***

Face aux conflits qui surgissent sur les lieux de travail, les infirmiers coopératifs orientent leurs actions vers la facilitation interpersonnelle « *Il m'est arrivé pas mal de fois d'intervenir pour trancher sur un conflit entre un infirmier et un patient... et je peux t'assurer qu'il y a du travail à faire...je m'entretiens avec l'infirmier en aparté je le rassure que j'ai vécu la même chose en lui rappelant que nous sommes les anges de la miséricorde, que notre métier est une réelle vocation et que dieu le récompensera pour ses efforts, sa patience et j'argumente toujours mes propos par le fait que dieu lui réserve une bonne chose et qu'il sera toujours bienveillant sur lui et que cela va être mal perçu non seulement par les collègues mais aussi par le chef....Je souligne aussi que la devise de notre équipe qui est celle de véhiculer une bonne image du service pour qu'il rayonne comme le meilleur de tout l'hôpital » **Entretien 15** dans l'objectif de rétablir la paix au sein des équipes d'infirmier « *Mon travail est en relation avec celui de tous mes collègues, il s'agit d'une chaîne constituée de différents maillons. Lorsque l'un de mes collègues n'effectue pas son travail dans les délais ou bien qu'il bâcle son travail, c'est mon travail aussi qui est remis en question....je me suis disputé avec ma meilleure collègue celle avec laquelle je m'entends le plus à cause d'un travail**

qu'elle a oublié de faire et qui a été la raison pour laquelle mon chef de service m'a humilié devant les patients. Mais voyant qu'il y avait des lacunes ainsi que des retards dans le travail, après ce conflit, mon chef de service m'a appelé à son bureau et il m'a demandé les raisons pour lesquelles j'étais démotivée je lui ai raconté l'histoire, il nous a réconcilié moi et ma collègue » **Entretien 16.**

Ces solutions et bien d'autres qui sont proposées par les infirmiers coopératifs sont diamétralement opposées à celles proposées par les oppressifs puisqu'elles sont conçues pour ne pas porter préjudice à aucun collaborateur *« nous sommes une famille bien soudée qui affronte les problèmes et élude les conflits ensemble en toute discrétion sans que la solution proposée puisse nuire à aucun d'entre nous même si c'est la solution la plus facile et qui sera fortement appréciée par le chef, je m'abstiens de l'appliquer ou voir même de la proposer car je sais pertinemment qu'elle pourra nuire à un collègue même à un faible degré...je le fais par peur de dieu, parce que ma conscience ne me le permet pas...aussi vu l'objectif auquel moi et mes collègues alignons nos efforts :véhiculer une bonne image de notre service, la meilleure à l'hôpital »* **Entretien 8,** permettant ainsi de procurer à l'ensemble des infirmiers des avantages mutuels, c'est du moins ce qui a été soutenu par une répondante *« Nous nous réunissons tous les matins dans le bureau de la surveillante, nous prenons notre deuxième petit déjeuner tout en parlant de ce que chacun de nous doit de faire... bien sur que lorsqu'il n'ya pas conflit entre nous, le patient est mieux soigné, l'ambiance au travail est plus agréable, notre chef est satisfait...je me concentre mieux pour présenter des soins de qualité »*

Entretien 4.

Force est de constater que lorsque les infirmiers adoptent des comportements coopératifs ou de conciliation orientés vers l'entraide, ils collaborent ensemble pour atteindre un compromis générateur de cohésion de leur groupe *« quel que soit le travail à faire pour mettre fin au conflit, je persuade ceux qui sont réticents aux solutions proposées que ce n'est pas pour moi qu'ils le feront mais plutôt pour le bien du service et qu'un travail d'équipe ne peut pas être efficace si ce conflit persiste et que plus tôt ce conflit sera désamorcé et moins la charge au travail sera importante et moins les patients seront souffrants ...je te jure qu'après quelques minutes ils s'engagent ensemble à l'unanimité pour appliquer la solution que je propose »*

Entretien 8

D'après notre analyse, il semblerait que la pénibilité du travail des infirmiers concourt à la multiplication de l'apparition des conflits interpersonnels auxquels ils doivent faire face. L'analyse des discours des interviewés a révélé que certains adoptent des comportements

orientés exclusivement vers leur intérêt personnel entravant par leur abstentionnisme et oppression la cohésion de groupe. Néanmoins, d'autres sont plus coopératifs et incarnent le rôle de conciliateur en privilégiant les comportements d'entraide en mettant en avant l'intérêt collectif parfois même au détriment de leur intérêt personnel.

2. La reconnaissance au travail et les comportements d'entraide

Les comportements d'entraide sont discrétionnaires, n'impliquent pas une récompense et pourtant ils sont indispensables au travail des infirmiers dans les hôpitaux qui par nature est un travail d'équipe (Grosjean et Lacoste, 1999). Attester de la reconnaissance semble inciter les infirmiers à l'entraide, néanmoins, son absence semble les dissuader à adopter ce comportement.

2.1. Absence de reconnaissance : De l'abstinence de l'entraide à l'émergence des conflits

La perception de la nécessité de s'engager dans un comportement d'entraide se base sur le principe de réciprocité qui régit les relations interpersonnelles des infirmiers et qui permet de cerner la personne qui a présenté son aide afin de lui attester une reconnaissance *«Il m'est arrivé plusieurs fois de commencer ma journée de travail avec une de mes collègues qui est de très mauvaise humeur...je la prends en aparté et je lui demande de me parler de son problème et je lui donne toujours des conseils qui ne l'induisent pas en erreur même si cela pourrait affecter négativement mon état d'âme car je serai contaminé par ses émotions négatives lorsque je l'écoute activement, c'est mon devoir, je fais tout pour qu'on reprenne le travail dans une ambiance de joie et de bonheur... je le fais pas avec toutes les personnes, mais surtout avec celles qui me font des éloges pour me réjouir d'un merci ou d'un souhait de sa part qui ne sera exhaussé que par dieu car elle sait pertinemment que grâce à moi elle a pu se débarrasser de ce problème»* **Entretien 17.**

Néanmoins, l'absence de reconnaissance inhérente à la présentation de l'aide dissimulerait l'infirmier à présenter son aide une autre fois à la même personne mais aussi à d'autres *«ils n'étaient pas à la hauteur de mes sacrifices, je leur faisais des faveurs et ni merci ni rien du tout et même pas un petit mot le jour de mon anniversaire...je ne les aide plus et plus jamais...pas une seconde et d'ailleurs je ferai la même chose pour tout ceux que je juge*

*comme étant non dignes de mon aide »***Entretien 10.** L'absence de reconnaissance accentue la perception de la non nécessité du comportement d'entraide que l'infirmier catégorise comme étant un comportement extra rôle « ... *Après tout, ce n'est pas une obligation, je ne suis pas obligé de le faire alors pourquoi me faire du mauvais sang pour une chose qui n'est pas édictée par mon contrat de travail »* **Entretien 10.**

Nous retrouvons également dans les discours des interviewés que pour certains, le supérieur hiérarchique n'octroie pas de reconnaissance en contre partie de l'aide présentée « *suite à l'absence d'une aide soignante, la surveillante m'a demandé de changer les draps des lits et de faire la toilette à des patients, percevant que c'est une demande d'aide de sa part et cela ne fait pas partie de mes tâches et que c'est quand même dévalorisant, je l'ai fait avec cœur et âme , et tu sais quand je suis partie la voir pour lui dire que j'ai fait ce qu'elle m'a dit, elle ne m'a même pas regardé et m'a dit retourne vite terminer ton travail »* **Entretien 12.** Ce manque de reconnaissance perçu comme un mépris, un désintérêt et une transparence de sa personne, fait naître chez les infirmiers une sorte de révolte qui les motiverait à adopter des comportements contre productifs (Skarlicki et Folger , 1997), ayant pour principale conséquence de bannir le comportement d'entraide « *Depuis ce jour, je ne fais que mon travail en prenant tout mon temps et je t'avoue que c'est pour ne pas lui montrer que j'ai du temps libre afin qu'elle évite de me demander de lui rendre service...une fois on était dans une situation urgente et plusieurs infirmiers étaient absents, elle m'a demandé d'en remplacer quelques uns, j'ai tout fait pour l'éviter car je me suis décidé de ne plus faire ce qu'elle veut...et j'ai fini par lui dire non »* **Entretien 12.** Adopter des comportements abstentionnistes pour dissimuler l'entraide a pour rôle d'affaiblir la cohésion du groupe propulsant ainsi l'émergence des conflits«*j'étais même prêt à déposer une plainte auprès du ministre pour dénoncer tout ce qu'elle fait hors normes...ça va nuire à l'image du service et porter tort à certains de mes collègues... quand je me suis décidé à le faire j'avais parlé à un ami qui a malheureusement répéter aux autres et avec qui je ne parle plus... depuis ce jour, l'union entre les différents membres est rompue faisant éclore deux clans dont l'un d'eux m'a complètement rejeté »* **Entretien 12**

2.2 Les formes de reconnaissance au travail pour propulser l'entraide

Un témoignage sur le fait que la contribution à une tâche qui exige la mobilisation de toute l'équipe est reconnue par les collègues mérite d'être évoquée vu l'impact de cette forme de reconnaissance sur le sentiment d'être valorisé à l'image de ses efforts « *mes collègues savent que je suis compétent et ils ne ratent pas l'occasion de me faire part de leur remerciement et considération lorsqu'on travaille ensemble, le fait qu'il ne s'approprie pas mes efforts quand on effectue un travail en groupe me motive à en faire plus* » **Entretien 2**

A la lumière de ces témoignages, nous pourrions avancer l'idée selon laquelle la reconnaissance au travail impacterait le comportement d'entraide qui sera orienté non pas vers le résultat à atteindre mais plutôt en fonction de la personne qui l'attesterait ce qui pourrait parfois venir à l'encontre des objectifs du service « *Parfois je me concentre tellement sur le travail de mon collègue ou je donne tout mon temps et patience pour montrer aux nouveaux comment s'y prendre avec les malades cancéreux que j'oublie mon travail...et entre nous une fois un patient a eu de graves complications car j'ai oublié de lui administrer le traitement pendant toute la journée* » **Entretien 15.**

Nous retrouvons également dans les discours des infirmiers que la reconnaissance des efforts de la part des patients impacte leur comportement d'entraide. Alors que l'un des infirmiers nous a confirmé que les patients ne reconnaissent pas les efforts fournis quand ils ne voient pas d'amélioration de leur état de santé « *Je me donne à fond pour qu'il ne souffre pas, je l'aide même à dépasser ses problèmes psychiques et en contre partie rien même pas merci... il me dit t'es pas compétente, mon état s'empire* » **Entretien 19.** Pour d'autres, même si l'état de santé s'est détérioré, la reconnaissance de leur investissement en termes de temps et efforts est attestée par les patients « *quelques jours avant de mourir, il m'a appelé en aparté et m'a remercié, il n'a pas arrêté de me demander des excuses pour toute la fatigue qu'il m'a causé* » et leurs parents « *nous avons le fils d'une patiente qui vient nous rendre visite jusqu'à maintenant, sa mère est morte dans notre service il y a plus de 4 ans et à chaque fois qu'il trouve l'occasion il vient nous ramener des biscuits, jus.. il nous dit que c'est pour vous remercier pour votre dévouement, votre présence imminente lorsque que ma mère était malade* » **Entretien 13**

Par ailleurs, la manière selon laquelle le supérieur jugera de l'utilité de l'aide apportée reflétant le travail réellement accompli qui diffère, à un certain degré, de celui escompté, est

tributaire des allégeances de l'infirmier à ce premier « *tant que t'as pas des relations privilégiées avec le chef de service ou la surveillante, je peux t'assurer que t'as beau aider tous les infirmiers de l'hôpital et tous les patients, je peux t'assurer qu'ils percevront que ça n'a pas de valeur* » **Entretien 10**. Force est de constater que les discours font majoritairement état de verbatim, ou expressions tels que « favoritisme » « préférence », « proximité au supérieur », « liens de parenté » pour juger de l'utilité des comportements d'entraide, ce qui nous a semblé indispensable d'investiguer davantage des allégeances au supérieur hiérarchique

Nous remarquons à travers ces témoignages que les infirmiers octroient l'aide à leurs collègues qui leur attestent de la reconnaissance en contre partie de leur investissement en termes de temps, efforts... Perçus comme étant dignes de leurs comportements d'entraide vu le fait qu'ils les remercient, les remplacent lors des gardes et ne s'approprient pas l'aide présentée, les infirmiers aidants sont en empathie avec leurs collègues et seraient même capables de privilégier l'intérêt de leurs collègues à celui du service. Par ailleurs, les supérieurs reconnaissent l'utilité de l'aide présentée pour effectuer le travail prescrit en fonction des allégeances de l'infirmier. Le sentiment d'iniquité qui est dès lors instauré chez l'infirmier qui perçoit que son aide inhérente au travail réellement effectué (qui est axé sur le travail prescrit) ne fait pas l'objet de reconnaissance ou qu'elle n'est pas reconnue à la lumière des efforts déployés le dissuaderait d'adopter des comportements d'entraide le poussant à entrer en conflits aussi bien avec ses collègues que son supérieur.

Lorsque le supérieur hiérarchique ne reconnaitra que le résultat final, certains infirmiers ont déclaré que l'ambiance dans laquelle se déroule l'entraide se caractérise par une absence du phénomène du passager clandestin et une complémentarité voire même une intégration des compétences des infirmiers « *Il n'y a pas de compétition entre nous, au contraire on est complémentaire et on ne cache rien l'un à l'autre...tu sais on est solidaire et fidèle au travail prescrit par Monsieur L, et plus on le fait vite et mieux on se réjouira de sa gratitude* ». **Entretien 14**

Nous retrouvons également dans les discours qu'ils veillent à la contribution d'un travail identique à celui prescrit et ce en conformité avec leurs collègues « *Tant que c'est dans une ambiance saine et que tous mes collègues font de leur mieux pour l'intérêt du patient qu'ils mettent au dessus de tous les intérêts je m'engage corps et âme dans le travail prescrit...j'ai*

même assuré deux gardes, deux jours à la file... pour moi tous les sacrifices sont légitimes pour répondre aux exigences de notre chef » **Entretien 10**

Contrairement à la reconnaissance de l'investissement et des pratiques au travail, la reconnaissance des résultats incite les infirmiers à mettre en avant l'intérêt de l'équipe recherché par leur supérieur hiérarchique (et qui est en concordance avec celui du patient) lorsqu'ils présentent leur aide, ce qui viendrait en conformité avec le principe de complaisance générale au sens de Smith et al (1983) « *Je remonte l'information à mon chef de service quand il y a beaucoup de malades hospitalisés, quand on est en manque de personnel et qu'un collègue est parti avant de terminer son travail..., je ne te mens pas, l'indifférence et la recherche de l'assouvissement de l'intérêt personnel me poussent à remonter l'information* » **Infirmier 20.**

Les infirmiers cherchent à atteindre les objectifs fixés par leur supérieur hiérarchique afin de garantir la reconnaissance des résultats qui contrairement à la reconnaissance de l'investissement et la pratique au travail, n'est octroyée que si le travail effectué est conforme à celui prescrit. Cherchant à ce que leur rendement soit visible et en conformité avec celui de l'équipe afin de bénéficier d'un remerciement en public ou en aparté, d'une glorification de la part du supérieur hiérarchique auprès des autres services, les infirmiers n'hésitent pas à présenter leur aide pour désamorcer les conflits lorsqu'ils surgissent dans l'objectif d'assurer la cohésion du groupe.

Tous les infirmiers nous ont confirmé qu'ils travaillent en groupe, que leur équipe est solidaire, qu'elle est semblable à une famille, et qu'ils sont fiers d'appartenir à cette équipe d'infirmiers « *...Nous nous réunissons tous les jours avant d'entamer notre journée de travail dans le bureau de la surveillante, pour parler et se soutenir mutuellement l'entraide, le partage, l'esprit de famille gouvernent notre travail en groupe* ». **Entretien 4.** Cette fierté d'appartenance est d'autant plus importante que lorsque le chef de service ou surveillant valorise leur singularité « *je veux qu'il me valorise, qu'il me donne ma vraie valeur au travail et qu'il ne m'oblige pas à faire le travail des autres... je voudrai qu'il y ait une délimitation précise du travail de chaque membre de l'équipe paramédicale et médicale* ». **Entretien 10** « *notre surveillante sait très bien que grâce aux compétences que je détiens, et les années d'ancienneté passées dans le service, je pourrai faire le même travail que lui d'ailleurs quand il s'absente c'est moi qui le remplace..* » **Entretien 3** « *Docteur Azouz ne peut pas s'en passer de moi...parce qu'il sait que je suis aussi compétent que lui et qu'il ne trouvera jamais un*

infirmier aussi dévoué dans son travail comme moi...je ne peux pas m'en passer de lui et de toute l'équipe pourtant j'ai eu des propositions très intéressantes des cliniques privées mais j'ai pas voulu parce qu'ici j'ai ma place » **Entretien 8** ou qu'il prenne leur défense quand les patients les maltraitent.

Certes, lorsque le supérieur hiérarchique montre à travers ses comportements que les infirmiers sont dignes de respect, ces derniers les perçoivent comme une forme de reconnaissance indéniable qui les motive à redéployer des efforts «...une fois, un patient a maltraité une infirmière du coup, notre chef a pris sa défense et il a pris les mesures nécessaires, par conséquent, le patient a été renvoyé de l'hôpital. Je trouve qu'il s'agit d'une forme de reconnaissance très implicite car notre chef nous a valorisés, il a pris notre défense, et il a donné une bonne image des infirmiers que les patients se doivent de respecter. Cette image rayonnante a fait des infirmiers de notre service des personnes dignes de respect » **Entretien 8.**

Force est de constater qu'attestée par le supérieur hiérarchique, cette forme de reconnaissance est perçue par l'infirmier qui en bénéficie comme le reflet de sa valeur au travail qui propulse sa confiance en ses compétences. Les discours font majoritairement état du fait que les infirmiers jugent qu'ils sont aussi compétents que les médecins voire même leur chef de service pour ceux qui ont une ancienneté dans le service supérieur à 10 ans. Bénéficiant de cette forme de reconnaissance et animés par cette confiance, les infirmiers n'hésitent pas à présenter leurs aides à leurs collègues « *Je ne cache pas les informations à mes collègues, je leur donne tout ce dont ils ont besoin ...je montre toutes les techniques aux nouveaux infirmiers qui viennent d'être recrutés* » **Entretien 8.** Si certains présentent leur aide quand leurs collègues la sollicitent percevant leur demande comme une reconnaissance des compétences acquises au cours de leur expérience professionnelle « *t'as vu dès le début de notre entretien, ils n'arrêtent pas de m'appeler à leurs secours...le fait qu'ils viennent vers moi et pas vers le chef même pour un petit pépin est la preuve que je suis unique, le plus compétent et intègre de tout le service* » **Entretien 8.** D'autres, cherchent à aider leurs collègues par effet d'empathie « *je ne peux pas la voir commettre une erreur et continuer à la regarder, je vole à son secours et je me dis qu'elle a des problèmes et que cela pourrait m'arriver demain et qu'elle fera la même chose pour moi* » **Entretien 5** afin de bénéficier d'une reconnaissance qui assouvit leur besoin de religiosité au travail « *je le fais pour que le bon dieu me bénisse, car dans notre religion voir une personne dans l'embarras sans l'aider*

est signe de mauvaise foi qui sera sévèrement sanctionné par le bon dieu » Entretien 4. Cette forme de reconnaissance semble aussi expliquer les efforts que les infirmiers déploient pour empêcher l'émergence des conflits « *notre religion est basée sur l'entente et si je vois quelqu'un qui commence à provoquer l'autre pour entamer une dispute j'interviens de suite » Entretien 4,* ainsi que leur adoption des comportements conciliants pour assurer la cohésion du groupe « *je m'inspire des conseils de notre prophète, je ne prends ni le parti de l'un ni de l'autre, je leur rappelle que ça va être sanctionné par dieu et que c'est la qualité des soins et la santé des patients qui sont en jeu...je ne te mens pas ils se réconcilient de suite et me disent que dieu bénisse tes parents » Entretien 4.*

La reconnaissance authentique qui met en exergue la singularité des compétences distinctives acquises tout au long de la carrière professionnelle semble inciter les infirmiers à adopter des comportements d'entraide. Cette reconnaissance existentielle a pour rôle d'intensifier la relation que l'infirmier entretient avec dieu lorsqu'elle est attestée sous forme informelle via des versets coraniques ou des souhaits qui ne seront exhaussés que par la force divine. L'impact considérable qu'a cette reconnaissance sur la relation infirmier/patient peut être expliquée par le fait que la religion occupe une place importante dans la vie professionnelle des infirmiers (Taylor et al, 1995). En outre, elle leur permet de trouver un sens à leur travail astreignant, qui exige aussi la gestion des émotions négatives des patients, dans l'objectif de prendre soin d'eux aussi bien physiquement que moralement (Clarcke, 2006). Par ailleurs, les discours des infirmiers ont révélé que l'ancienneté et l'âge ont des effets sur le lien entre la reconnaissance existentielle et les comportements d'entraide.

Dans l'ensemble de l'analyse, il nous semble que les infirmiers apportent leur aide aux collègues qui attestent de la reconnaissance en contre partie de leur investissement en termes de temps et d'efforts qu'ils perçoivent comme étant dignes de leurs comportements d'entraide vu le fait qu'ils les remercient, les remplacent lors des gardes et ne s'approprient pas l'aide présentée. Dans le même ordre d'idée, les infirmiers aidants sont en empathie avec leurs collègues et seraient même capables de privilégier l'intérêt de leurs collègues à celui du service. Par ailleurs, les supérieurs reconnaissent l'utilité de l'aide apportée pour effectuer le travail prescrit en fonction des allégeances dont l'infirmier fait preuve. Ce dernier se sentant inéquitablement rétribué perçoit que son aide inhérente au travail réellement effectué (qui est axé sur le travail prescrit) ne fait pas l'objet de reconnaissance ou qu'elle n'est pas reconnue à la lumière des efforts déployés. Ce qui le dissuaderait d'adopter des comportements d'entraide le poussant même à entrer en conflits aussi bien avec ses collègues que son supérieur. Les infirmiers cherchent à atteindre les objectifs fixés par leur supérieur hiérarchique afin de garantir une forme de reconnaissance. Cherchant à ce que leur rendement soit visible et en conformité avec celui de l'équipe afin bénéficier d'un remerciement en public ou en aparté, d'une glorification de la part du supérieur hiérarchique auprès des autres services qui traduira la collaboration entre les membres de son équipe pour faire le travail prescrit, les infirmiers n'hésitent pas à présenter leur aide pour désamorcer les conflits lorsqu'ils surgissent dans l'objectif d'assurer la cohésion du groupe. La reconnaissance authentique qui met en exergue la singularité des compétences distinctives acquises tout au long de la carrière professionnelle semble inciter les infirmiers à adopter des comportements d'entraide. Cette reconnaissance existentielle a pour rôle d'intensifier la relation que l'infirmier entretient avec dieu lorsqu'elle est attestée sous forme informelle via des versets coraniques ou des souhaits qui ne seront exhaussés que par la force divine. L'impact considérable qu'a cette reconnaissance sur la relation infirmier/patient peut être expliqué par le fait que la religion occupe une place importante dans la vie professionnelle des infirmiers (Taylor et al, 1995).

Section 3 : Les comportements d'innovation des infirmiers : Importance ou insignifiance de la reconnaissance au travail

Le processus d'innovation, exige un personnel infirmier générateur de nouvelles idées qui sont en osmose avec les spécificités de leur environnement de travail. Cette harmonie exige que les infirmiers produisent dans un premier temps des objectifs proactifs « nouveaux » pour solutionner des problèmes liés au travail et pour lesquels ils dressent un plan ou un prototype au sens de Janssen (2000) qu'ils promeuvent auprès de leurs collègues et qu'ils doivent dans un second temps, réaliser dans un contexte par rapport auquel ces solutions produites sont qualifiées de nouvelles. L'adoption des comportements d'innovation qui s'articulent autour des efforts consentis pour chacune de ces activités du processus d'innovation dépend de la volonté du supérieur hiérarchique à motiver ou pas la mise en place des moyens favorables à l'innovation (Wong, 2013). Pour ce faire, il doit garantir à ses collaborateurs une plus grande marge de manœuvre, une structure moins bureaucratique, une communication bidirectionnelle sur laquelle se base une relation de confiance entre le supérieur hiérarchique (chef de service ou surveillant) et les infirmiers, un système de récompense qui sanctionne moins la prise de risque et qui encourage grandement la prise d'initiative des infirmiers (Scott et Bruce, 1994 ; Bilodeau al, 2013).

1. De la conception à la planification des objectifs d'innovation : une ouverture à l'expérience pour une mobilisation des infirmiers

La notion de nouveauté est prépondérante dans toutes les définitions de l'innovation que nous avons recensées (Montani et al, 2014 ; Bergendahl et Magnusson 2015 ; Anderson et al, 2004). Toutefois, « originales » ; « inédits », « nouvelles idées » ; « nouvelle méthodes » ; « on apprend chaque jour quelque chose de nouveau » verbatim, expressions et maximes employés à juste titre par les répondants pour soutenir la catégorisation des tâches « nouvelles » au travail. Le caractère nouveau tel que décrit par les répondants renvoie au sens d'Anderson et al (2004) à l'application d'une procédure nouvelle par rapport au groupe ou à l'unité dans laquelle elles s'appliquent *« je suis la première infirmière et d'ailleurs la seule du service qui gère les dossiers des patients par ordinateur »* **Entretien 2**, *« je remplace parfois mes collègues quand on est en sous effectif et je peux te jurer que personne ne prend la peine*

de mentionner, dans le registre, avec une écriture claire et compréhensible les soins administrés aux patients, je suis la seule qui le fais et je mentionne même avec détails l'état psychologique du patient » **Entretien 13**. « Quand j'ai fait cette opération avec le chef de service et les autres médecins du staff, aussitôt il est sorti du Bloc, il a mentionnée mon nom dans le compte rendu de l'opération tout en détaillant les tâches que j'ai effectuées, c'est la première fois dans tout le service que cela arrive » **Entretien 8**.

Les comportements d'innovation sont souvent enclenchés par une reconnaissance des problèmes qui pour nos interviewés s'articulent autour des problèmes d'intégration des nouveaux infirmiers « les infirmiers nouvellement recrutés ne sont pas bien intégrés, les premiers jours, mes collègues s'occupent d'eux et après ils ont peur qu'ils soient meilleurs qu'eux donc ils les intimident pour qu'ils ne leur demandent rien...pour moi c'est très grave » **Entretien 20**, d'infrastructure « il n y a pas de douches pour les patients, on a un problème d'électricité car le scanner ne fonctionne plus et retombe toujours en panne donc du coup ça fait des mois qu'on travaille sans scanner... » **Entretien 12**, des conditions de travail « je suis exposé tous les jours aux rayons X, ça nuit gravement à ma santé » **Entretien 11** et même de communication « Les informations concernant les formations des paramédicaux sont retenues...Je suis la dernière à savoir qu'il va y avoir une journée de formation, je prends connaissance même après que la formation a eu lieu ... malheureusement nos collègues sont pris en charge pour assister à des formations mais ils ne nous font pas part des informations..» **Entretien 18**. La reconnaissance de ces problèmes, constitue pour certains infirmiers des opportunités qu'ils doivent saisir « ce que j'ai remarqué comme défaillance est exclusif, original, mes collègues ne le remarquent pas car ils font leur travail comme des robots, moi je suis passionné par mon travail que je fais parfaitement » **Entretien 8** et pour lesquelles ils doivent dresser un plan d'actions autour d'un ensemble d'objectifs à atteindre afin de les solutionner « Je suis passé par là et en connaissance de cause, j'ai consacré chaque jour, une demi heure de mon travail pour leur montrer les BABA du métier et répondre à leurs questions, je ne leur cache aucune information » **Entretien 20**, « J'ai fait des recherches sur internet pour voir les conséquences des rayons X et j'ai dressé un tableau où j'ai mentionnée la gravité de l'exposition aux rayons en fonction de la durée d'exposition et je l'ai donné au chef de service » **Entretien 11**, « ce jour là j'étais furieuse car moi je travaille durant 8 ans dans le service et je ne suis jamais partie à une formation et le nouveau qui travaille depuis 2 mois est parti,...je suis allée voir le chef de service qui m'a tout simplement dit que c'était pas son problème, du coup je me suis bien renseignée sur les

*organismes qui organisent les formations...j'ai adhéré au syndicat pour que mes droits soient couverts »***Entretien18.**

Nous retrouvons également dans nos entretiens, la motivation des infirmiers à découvrir de nouvelles méthodes de travail et à apprendre la manipulation de nouveaux outils de travail « *il y avait un atelier de formation en France auquel je voulais participer, j'ai demandé à la surveillante si je pouvais être prise en charge et la réponse à laquelle je m'attendais a été retrouvée, non elle m'a dit, donc j'ai pris un congé et j'ai tout payé pour y assister et je peux te jurer que ça m'a servi énormément*» **Entretien 3** afin de répondre efficacement aux besoins des patients « *j'ai participé à une formation nationale et c'était très intéressant.... j'ai pu découvrir que je perdais mon temps dans l'exercice d' une tâche qui peut être faite en quelques minutes grâce à ce que j'ai appris »* **Entretien 10.** Toutefois, nous constatons à travers les discours des interviewés que ceux qui ont une ancienneté inférieure à 15 ans étaient plus enthousiastes et nous ont même fait part de leur volonté à participer aux formations et à apprendre chaque jour de nouvelles techniques de leurs collègues les plus anciens. Cependant ceux qui ont une ancienneté supérieure à 15 ans n'ont pas montré leur enthousiasme à participer aux formations ou à apprendre de nouvelles techniques « *mon travail est le même, je connais tout, je peux être moi-même formateur donc j'ai pas besoin de personnes plus jeunes pour m'apprendre des choses que je connais déjà et que je peux moi même leur apprendre »* **Entretien 8,** « *j'aime bien assister aux formations et je participe à tous les ateliers tu sais pourquoi et bien pour remettre en question tout ce que ces jeunes formateurs veulent nous inculquer....ils comprennent pas que nous les anciens on est les mieux placés pour leur apprendre tout »* **Entretien 13.** Par ailleurs, lorsque les conflits surgissent, les infirmiers nous ont fait part de leur recherche de solutions nouvelles pour résoudre les conflits interpersonnels «*quand un nouvel infirmier est rejeté par son équipe, ceci ne peut qu'affecter négativement la qualité des soins de notre service, il peut être amené à se disputer avec ses collaborateurs ...alors moi en tant que superman de toute l'équipe, qui incarne le rôle du père, j'interviens souvent dans ce cas et je les sensibilise à la gravité du problème en me basant sur des versets coraniques, des leçons de moral ..je suis le seul à le faire et ça marche »* **Entretien 8.**

L'analyse des entretiens a aussi révélé que la mobilisation des infirmiers autour des objectifs d'innovation s'articule autour de la curiosité intellectuelle, l'imagination, l'autonomie et la tolérance de la divergence des opinions tout en contrôlant sa particularité que Mc Crae et al

(2005) ; Bracket et al (2004) les associent à l'ouverture à l'expérience. Ce trait de personnalité au sens de Mayer et al, (2000) ; Paunonen et Ashton, (2001) et Furnham et al (2009) a fait l'objet d'avis divergents à son égard. Certains infirmiers nous ont affirmé qu'ils étaient réticents quant aux solutions innovantes *« je ne veux pas me joindre à eux quand il s'agit de faire une chose nouvelle, je préfère rester dans mon coin regarder le feuilleton, j'ai peur que ça ne marche pas et que le chef de service me blâme »* **Entretien 11**, ce qui pourrait dénoter d'un renfermement sur soi. D'autres nous ont affirmé qu'ils étaient ouverts aux autres en mettant l'accent sur leur motivation à prendre des risques *« si je ne me rejoins pas à mes collègues et que je ne contribue pas par la proposition d'une solution je serai mis à l'écart et j'aurai ça sur la conscience surtout quand je suis sûr que c'est pour la prospérité du service »* **Entretien 10** *« je suis ouvert à tout tant que j'ai l'aval de mon supérieur, je fonce à l'emploi que ce soit seul ou en groupe »*. **Entretien 10**

Nous retrouvons également dans les discours que les infirmiers sont prêts à prendre des initiatives et entamer l'application des solutions innovantes qu'ils ont produites. Certains, par aversion aux risques, nous ont déclaré leur réticence *« je n'ose pas être au devant de la scène, je respecte beaucoup Docteur A, j'ai peur de le contredire je participe grandement à la production de nouveaux objectifs mais lorsqu'il s'agit de les appliquer j'aimerais bien le faire mais je manque de courage »* **Entretien 10**. Néanmoins, d'autres nous ont affirmé qu'ils sont prêts à prendre des initiatives *« j'aime prendre l'initiative je suis audacieux et aventurier, je veux qu'on me remarque parce que j'ai le mérite ... je peux te jurer que je déploies des efforts titanesques pour appliquer les solutions pour lesquels toute l'équipe est motivée et convaincue mais en vain il y a des choses qui me dépassent... du moins qui dépassent toute l'équipe d'infirmiers »* **Entretien 8**. Le supérieur hiérarchique semble entraver l'application des solutions innovantes puisqu'il n'octroie pas aux infirmiers la marge de manœuvre nécessaire à leur application. Or les comportements d'innovation concernent non seulement l'introduction et la production des idées nouvelles mais aussi la sélection et l'implantation des meilleures d'entre elles (Amabile et al, 1996 ; Scott & Bruce 1994 ; Zhou et Oldham, 2001).

2. Réalisation de l'innovation : Importance du rôle du supérieur hiérarchique

Le comportement d'innovation est perçu pour certains comme faisant partie intégrante de leur travail *« j'ai fait plus de 400 heures de formation théorique et pratique pour passer du grade d'infirmier à un infirmier principal et j'ai appris beaucoup de nouvelles techniques comme par exemple l'enregistrement des patients et leurs classement, la procédure à appliquer pour faire face aux obstacles personnels et organisationnels... je me suis retrouvée plusieurs fois face à des situations qui ne peuvent être dépassées qu'en appliquant ce que j'ai appris mais je n'ai pas pu le faire car le temps qu'il me donne son aval pour l'application de la solution ne permettra pas d'avoir le résultat escompté, d'où la solution classique qui a la bénédiction de mon chef sera plus efficace dans ce cas »* **Entretien 3**

Pour d'autres, ils le considèrent comme étant extra rôle *« ça va faire plus de 25 ans de service et dieu sait combien de solutions à de nouveaux problèmes j'ai pu créer que ce soit grâce à mon expérience ou bien aux formations que j'ai suivies pour passer du grade d'infirmier principal à infirmier major, mais vu le fait qu'il m'est impossible de les appliquer je trouve que ça ne fait pas partie des tâches obligatoires de mon travail »* **Entretien 8**

Force est de constater qu'ils soient perçus comme étant in rôle ou extra rôle, les comportements d'innovation se heurtent aux barrières qui sont consolidées avec le déficit des équipements sanitaires *« je veux toujours faire de mon mieux et appliquer ce que j'ai appris tout au long de ma formation mais je suis de plus en plus convaincue que ceux qui ont conçu les modules de notre formation sont déconnectés du contexte Tunisien... On nous apprend les techniques et outils de gestion de qualité sans que certains appareils n'existent dans notre service ou qu'il faudrait déposer une demande pour accéder si jamais ils existent »* **Entretien 17** *« comment veux tu que j'applique mes acquis théoriques dans un service où parfois deux patients partagent le même lit »* **Entretien 20** accentué par la structure organisationnelle bureaucratique spécifique aux hôpitaux publiques en Tunisie *« notre chef ne laisse passer aucune détail, il veut tout contrôler, une fois j'ai procédé à l'enregistrement électronique des patients comme nous l'avons appris au module informatique et organisation, et je te jure que deux jours après avoir effectué une grande partie de mon travail, mon supérieur est venu me blâmer devant tous mes camarades sous prétexte que je n'ai pas demandé sa permission*

pour utiliser l'outil de classement électronique en me rappelant que je ne dois rien faire sans lui demander la permission » **Entretien19.**

Ce qui propulse la gestion rigide du personnel infirmier en les annihilant de prendre des risques sans consulter en permanence l'avis du supérieur hiérarchique « *je ne veux pas prendre une décision et être la seule responsable des conséquences car je n'ai pas averti mes chefs »* **Entretien 19** « *j'applique des solutions nouvelles pour pallier les douleurs de nos patients que lorsque je suis sûre à 1000%qu'il n y a pas de risque sinon je ne te mens pas j'entreprends la solution classique qui m'engage à une moindre responsabilité même si l'autre est plus efficace »* **Entretien 7** « *je travaille dans une clinique, le chef est plus souple, il nous dit que la santé du patient passe avant tout et que s'il va renouveler notre contrat c'est parce que les patients sont satisfaits de la qualité des soins présentés par rapport à l'hôpital, on a plus de liberté, on ne juge que le résultat et le chef ne veut pas nous mettre les bâtons dans les roues quand on collabore avec nos collègues pour mettre en œuvre nos idées... au contraire il ne fait qu'encourager l'instauration des pratiques nouvelles »* **Entretien 10.** Toutefois, le témoignage d'un infirmier major ayant plus de vingt ans d'expérience révèle qu'il est prêt à prendre le risque pour appliquer ses idées innovantes « *J'exerce un métier humanitaire par excellence et pour lequel la prise de risque est déterminante pour la santé du patient, mais parfois le chef exerce beaucoup de contrôle qui ne fait qu'empirer l'état de santé des patients.. je m'explique une fois nous avions dans le service un patient très turbulent, agressifs, insolent, j'ai mobilisé mes collègues pour trouver une solution à ce patient cirrhotique...nous nous sommes mis d'accord à l'unanimité que nous allons lui faire des séances de coaching en nous inspirant d'un module de notre cursus...ni le surveillant ni le chef de service étaient au courant, et d'ailleurs je voulais pas leur dire car ils allaient dire non.... j'ai réussi avec mes collègues après quelques semaines à le rendre beaucoup moins anxieux, plus aimable... même si mon chef m'a blâmé du risque pris et du fait de ne pas l'avoir consulté et je peux te jurer que si j'avais le grade d'infirmier et que je suis nouveau il aurait pu faire pire....l'essentiel c'est que j'ai réussi à appliquer mes idées»* **Entretien 8.**

En nous conformant à l'article 6 du décret n°93-1725 du 16/08/1993⁴⁷ portant sur la création, la rémunération et les conditions d'attribution des emplois fonctionnels du personnel paramédical dans les structures sanitaires publiques, les surveillants de service exercent leur

⁴⁷Source : http://www.legislation.tn/sites/default/files/fraction-journal_officiel/2000/2000F/097/TF200028253.pdf consulté le 14/02/ 2016 (non reprise en bibliographie)

autorité conformément à la réglementation en vigueur pour l'ensemble du personnel paramédical et les ouvriers qui en dépendent. Ils sont chargés de contrôler la qualité et la régularité des prestations rendues par le personnel, veiller à l'hygiène des locaux, au confort des malades, répartir les tâches entre tous les membres de l'équipe paramédicale et les ouvriers, s'assurer de l'application des inscriptions et du respect de la déontologie professionnelles et de la discipline, veiller à la bonne gestion des équipements et la régularité des approvisionnements. Tout en sachant que ces attributions sont exercées à l'échelle du service en collaboration avec le surveillant général dont les principales fonctions sont fixées par l'article 5 du décret n°93-1725 du 16/08/1993⁴⁸. Ces fonctions s'articulent autour de la coordination et la supervision de l'ensemble des activités du personnel soignant, des surveillants du service et d'unité, de la vérification de la conformité des règles de bonne pratique et prestations du personnel placé sous son autorité et veiller par des actions appropriées particulièrement dans les domaines de la formation et recherche en soins infirmiers au maintien des meilleurs standards de la qualité dans l'établissement tout en veillant à l'hygiène de l'établissement. Le surveillant général participe aussi à la mise en place des programmes de travail de toutes les catégories du personnel soignant et particulièrement des surveillants de service et d'unité. Toutefois, le surveillant de service se doit de collaborer aussi bien avec le surveillant général que le chef de service dont les fonctions se résument d'après l'article 63 section VI du décret n°81-1634 du 30 Novembre 1981⁴⁹ autour de la bonne marche du service au sein duquel il doit s'assurer que ses directives sont scrupuleusement observées par les médecins et autres catégories de personnel relevant de leur autorité. A la fin de chaque année, les Médecins Chefs de Service présentent un rapport d'activité au Conseil de Santé de l'établissement. La Direction de l'établissement en est également aussitôt avisée. Partant de ces articles régissant la fonction du surveillant, nous constatons qu'il n'y a pas d'interdiction quant à l'octroi de la marge de manœuvre pour appliquer les solutions innovantes. D'autant plus que ces dernières permettront de présenter des prestations de soin de meilleure qualité en remédiant à des problèmes dont souffrent le patient directement ou indirectement en remédiant à des problèmes d'infrastructure permettant un meilleur confort et accessibilité aux soins.

⁴⁸ Source : http://www.legislation.tn/sites/default/files/fraction-journal_officiel/2000/2000F/097/TF200028253.pdf consulté le 14/02/2016 (non reprise en bibliographie)

⁴⁹ Source : <http://www.atds.org.tn/DecretReglemIntHopitaux81.pdf> consulté le 14/02/ 2016 (non reprise en bibliographie)

Poussée à l'extrême, inhiber l'application des solutions innovantes pourrait dénoter d'un abus de pouvoir de la part du surveillant ou du chef de service qui aurait pour conséquence de remettre en question la motivation des infirmiers à innover en les dissuadant à adopter des comportements d'innovation pour garantir au service une meilleure qualité des soins.

3. La reconnaissance au travail et les comportements d'innovation

La reconnaissance au travail semble inciter les infirmiers à détecter les problèmes sur les lieux de travail et à en proposer des solutions. Or l'innovation implique l'implantation des solutions nouvelles. La reconnaissance présentée sous différentes formes semble motiver les infirmiers à adopter des comportements d'innovation pour appliquer ces solutions tout en déployant des efforts pour affronter les blocages inhérents à la structure organisationnelle bureaucratique des hôpitaux publics Tunisiens. L'objectif étant de garantir aux patients des soins de qualité.

La production des objectifs innovants est enclenchée par la détection des problèmes. Pour certains infirmiers interviewés, lorsque leurs collègues reconnaissent les efforts déployés pour découvrir les anomalies au travail, ils sont dès lors motivés à en détecter davantage *« une fois on était dans le bureau de la surveillante entrain de parler de l'état de notre service, et c'est à partir de cette discussion que nous avons pu faire sortir un ensemble de problèmes...d'un seul coup, l'un de nous s'est levé et a pris une grande feuille et a mentionné les différents problèmes que notre discussion a généré et nous les avons classées par ordre de priorité à l'unanimité...ma proposition était classé n°1, mes collègues m'ont applaudis, j'étais toute contente et depuis ce jour la je peux te jurer qu'il n y a pas un problème que je détecte sans que j'en parle à mes collègues»*

Entretien4 *« j'ai remarqué que les patients souffrent quand je leur mets la sonde, face à ce problème que je rencontre fréquemment, j'ai demandé à mes collègues lors de la pause si cela les concernait aussi ils m'ont dit que oui et m'ont remercié d'avoir fait part de ce sujet »* **Entretien 8.**

Pour d'autres, la reconnaissance des efforts et du temps investis attestée par le supérieur hiérarchique les inciterait à découvrir et exposer les problèmes *« Je suis l'ambassadeur de mon équipe d'infirmier qui les représente lors des réunions...la dernière fois, j'ai fait part du problème des douches et des matériaux qui sont désuets, mon chef de service m'a remercié et a promis qu'il en parlera au directeur de l'hôpital pour pouvoir trouver une solution...je me suis senti valorisé à l'image des efforts que j'ai fourni pour présenter les problèmes et je te*

jure que depuis ce jour mon chef me demande d'exposer tout ce que j'explore comme défaillance au niveau du service» **Entretien 8.**

Nous retrouvons également dans les interviews que reconnaître les pratiques adaptées aux ressources mises à la disposition des infirmiers les incite à explorer d'autres solutions innovantes « *la surveillante était agréablement surprise par le fait que j'ai pu me limiter aux moyens qu'elle a mis à ma disposition pour proposer une solution apprise au cours de la formation...je pense que c'est pour ça qu'elle m'a facilitée la procédure pour que je puisse bénéficier d'un jour de congé et participer à la journée de formation...je t'assure que cela me motive à chercher d'avantage de nouvelles solutions aux difficultés que je rencontre au service* » **Entretien 13.**

Les discours font majoritairement état que les infirmiers ne s'attendent pas à une reconnaissance de la part de leur supérieur « *je ne suis pas déçu du fait qu'il ne me remercie pas pour la rapidité des prestations que j'ai présentées, après tout c'est normal il ne va pas nous remercier de ne pas avoir prier sa bienveillance* » **Entretien 8** mais plutôt de la part de leurs collègues « *lorsque mes collègues avouent que c'est grâce à moi qu'ils ont pu atteindre le résultat escompté et que c'est la première fois qu'ils ont pu le faire, cela ne fait que me motiver à découvrir de nouvelles méthodes de travail et de les mettre en application pour garantir de cette considération hors prix* » **Entretien 14** et patients qui les inciterait à prendre le risque afin d'adopter des comportements d'innovation « *tu sais dans 99% des cas je le fais pour le bien du patient et même si je prends le risque d'innover et que cela pourrait me faire encourir des sanctions, le fait que le patient me remercie ou qu'il me dise que je suis plus compétente que le médecin et que c'est grâce à ce que j'ai fait pour lui qu'il est encore en vie me rassure que j'ai bien fait de prendre le risque et m'incite à innover* » **Entretien 8.**

Malgré le fait que les infirmiers ne bénéficient pas de la marge de manœuvre nécessaire pour appliquer les solutions innovantes, la reconnaissance de leur expérience professionnelle acquise au fil des années d'ancienneté les incite à produire des solutions aux problèmes détectés « *...je refuse aussi de travailler dans une clinique malgré la multitude d'avantage matériels qui en découlent...je ne veux pas perdre la dignité que j'ai pu acquérir durant mes années d'ancienneté dans ce service, dans cet hôpital j'ai gravé mon nom et il le restera jusqu'à ma retraite* » **Entretien 14** « *le fait que je sois le plus ancien du service ne veut pas dire que je détiens tout le savoir et que je ne dois pas actualiser mes compétences, au contraire je le fais en permanence et d'ailleurs je n'hésite pas à proposer de nouvelles idées à*

mes collègues qui restent époustouflés et d'ailleurs il ne consulte que moi » **Entretien 8**. Certains répondants, nous ont affirmé que la reconnaissance à laquelle ils s'attendent aux termes de leur carrière au sein de l'hôpital les incite à redéployer d'efforts pour remédier aux problèmes qu'ils détectent en proposant des solutions nouvelles qui grâce à leur caractère exclusif et original leur permet de garantir la singularité en proposant cette solution *« j'attends avec impatience la cérémonie qu'ils m'organiseront quand je partirai à la retraite et au cours de laquelle ils honoreront tout ce que j'ai produit comme nouveauté, j'ai hâte »* **Entretien 8**

Par ailleurs, les infirmiers accordent une grande importance à la reconnaissance attestée par les patients et qui est sous forme informelle, verbale exprimée par des vœux qui ne seront exhaussés que par dieu. Cette forme incite certains à prendre le risque pour appliquer les solutions innovantes *« le fait qu'il me dise que dieu soit avec toi et tes enfants, me rappelle la puissance hors norme de dieu et je me dis que je ne dois avoir peur que de dieu »* **Entretien 2** *« je travaille dans cet hôpital parce que j'aime rendre service aux personnes démunies, le fait de penser qu'ils n'ont pas d'argent pour se procurer des soins luxueux, me motive à déployer plus d'efforts par rapport à ceux investis dans la clinique dans laquelle je travaille aussi et où les patients ainsi que leurs parents sont très généreux... tu sais pourquoi et bien parce que dans notre religion quand on aide une personne pauvre on aura plus de bons points chez le bon Dieu, chose que nous ne pouvons pas avoir en nous rabaissant aux exigences du supérieur par peur de le contre dire tout en sachant que nous avons raison et que cela est avantageux pour le patient, même dieu me sanctionnera »* **Entretien 4** .

« quand je vois les patients qui font la queue sans passer et qui viennent d'une région lointaine parce que la surveillante nous ordonne d'utiliser des techniques archaïques pour faire le suivi des dossiers des patients, je ne peux que prendre l'initiative d'appliquer ce que j'apprends dans ma formation pour faciliter la tâches à ces pauvres patients et me réjouir d'un 'que dieu soit miséricorde avec tes parents ma fille' » **Entretien 10**.

Force est de constater que la reconnaissance attestée par les patients rappellent aux infirmiers la majesté de la force divine qui représente le leitmotiv des infirmiers à prendre le risque pour appliquer des solutions aux problèmes (notamment celles qui sont nouvelles et qui font l'objet d'une grande aversion au risque de la part des supérieurs) qu'ils affrontent sur les lieux de travail et qui ont pour rôle de présenter des prestations de service de qualité aux patients.

Dans l'ensemble de l'analyse, il nous paraît que l'adoption des comportements d'innovation est enclenchée par une reconnaissance des problèmes inhérents aux particularités astreignantes du métier d'infirmier. Ces opportunités d'innovation détectées feront l'objet d'un plan d'action qui inclut l'ensemble des objectifs à atteindre pour les solutionner. Néanmoins, il est important de mobiliser l'ensemble des infirmiers au cours de ces deux étapes prépondérantes du processus d'innovation pour assurer la production des solutions innovantes en faisant appel aux compétences acquises grâce aux années d'ancienneté et aux formations poursuivies. Dans un climat de travail où règne l'entraide, les infirmiers font preuve d'ouverture d'esprit, tolérance des avis divergents, ils stimulent leur imagination ainsi que celles de leurs collaborateurs avec lesquels ils s'encouragent mutuellement pour amorcer l'application des solutions innovantes ainsi produites.

A l'instar du comportement d'entraide, le comportement d'innovation est un comportement discrétionnaire dont la perception de l'importance dépend grandement du rôle du supérieur hiérarchique. Amorcer l'application des solutions innovantes est une étape prépondérante et complémentaire à celle relative à leur production. Néanmoins, les structures de soin publiques en Tunisie que nous pouvons qualifier de mécaniste caractérisée par la dépendance au supérieur hiérarchique exerce son emprise sur l'ensemble des infirmiers en les obligeant à s'aligner aux exigences de son commandement. Ce qui concourt dans la majorité des cas à inhiber l'application des solutions innovantes.

Par ailleurs, reconnaître les efforts déployés pour détecter les problèmes spécifiques au métier d'infirmier ainsi que les solutions proposées en s'adaptant aux moyens mis à leur disposition inciterait les infirmiers à adopter des comportements d'innovation. Dès qu'ils sont enclenchés, ces comportements ne permettront d'appliquer les solutions proposées aux problèmes que lorsque le supérieur hiérarchique octroie aux infirmiers la marge de manœuvre nécessaire

Conclusion

Tout au long de ce chapitre, nous avons déterminé les différentes formes de reconnaissance qui ont pour objet de récompenser l'investissement au travail en termes des efforts fournis au travail, les pratiques déployées pour effectuer les tâches inhérentes au métier d'infirmier ainsi que les résultats atteints traduisant les objectifs fixés. Dans le même ordre d'idée, les formes de reconnaissance que les discours des infirmiers interviewés ont révélées ont pour objet de rétribuer l'infirmier en tant qu'un être humain singulier digne de respect de part la nature du travail qu'il effectue. Ces différentes formes peuvent être catégorisées en fonction de l'objet de reconnaissance dans le tableau suivant

Tableau 17: Les différentes formes de reconnaissance relevées par l'étude qualitative

Reconnaissance des pratiques et Investissement au travail	Reconnaissance existentielle	Reconnaissance des résultats
<ul style="list-style-type: none"> -Remerciements publics pour la personnalisation des efforts, félicitations -Remerciements privés pour souligner la contribution aux tâches -Remerciements non verbaux sous forme d'applaudissement, -Augmentation de salaire suite à une évaluation positive (difficulté) -Flexibilité horaire -Marge de manœuvre -encouragement des pairs 	<ul style="list-style-type: none"> -Remerciements privés en aparté -Remerciements non verbaux sous forme d'applaudissement, sourire, saluer ses salariés -consultation des avis des plus anciens et expérimentés -Accès aux programmes de formation -cérémonie de départ à la retraite -Ambassadeur de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> -Remerciements publics pour la contribution au résultat atteint -Remerciements non verbaux sous forme d'applaudissement -Remerciements écrits : traçabilité des résultats atteints -Remerciements sous forme de rétroaction sur les mérites -Augmentation de salaire suite à l'évolution de grades

Dans l'objectif d'apporter un premier éclairage à nos hypothèses de recherche et de répondre à notre problématique qui vise à déterminer dans quelle mesure la reconnaissance au travail impacte-t-elle les comportements discrétionnaires à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation, nous avons déterminé dans un premier temps l'importance des

comportements d'entraide pour le métier d'infirmier. Force est de constater que l'analyse des discours des infirmiers interviewés a révélé que ces comportements se basent sur des relations interpersonnelles que les infirmiers développent aussi bien avec leurs collègues, patients et supérieur hiérarchique et qui sont régis par le principe de réciprocité des échanges, l'altruisme et l'empathie. L'analyse des discours des infirmiers interviewés a révélé que l'absence d'une attestation de reconnaissance quelle que soit sa forme entraîne une abstinence aux comportements d'entraide. En revanche, adopter différentes formes de reconnaissance pour rétribuer les efforts investis, les objectifs à atteindre ainsi que la singularité et l'humanité des infirmiers inciterait ces derniers à adopter des comportements d'entraide et à désamorcer les conflits si jamais ils surgissent. Partant de ces constats, nous pouvons apporter un premier éclairage à la première hypothèse à savoir : la reconnaissance au travail a un effet positif sur le comportement d'entraide.

Dans un second temps, l'analyse des discours des infirmiers quant à leurs comportements d'innovation a révélé que les infirmiers produisent des solutions innovantes et mobilisent leurs collaborateurs afin de les appliquer. La nature des structures de soin publiques en Tunisie caractérisée par la dépendance au supérieur hiérarchique semble parfois décourager les infirmiers à appliquer les solutions innovantes générées. En effet, les infirmiers perçoivent que le soutien du supérieur est déterminant. Néanmoins, reconnaître le résultat inhérent à l'application de ces nouveautés de la part de leurs collègues ou patients incite les infirmiers à prendre le risque de ne pas s'aligner aux obligations de leur surveillant ou chef de service pour concrétiser les solutions générées en des applications utiles pour le service qui profiteront aux patients. Attestée par les patients, la reconnaissance qui valorise la singularité, l'expérience professionnelle cumulée tout au long de sa carrière professionnelle est perçue par l'infirmier comme intensificateur de la relation qu'ils entretiennent avec dieu leur procurant la force de défier leur supérieur hiérarchique afin d'appliquer les idées innovantes qui prennent la forme de solutions aux problèmes détectés par le service. Partant de ces constats, nous pouvons apporter une première affirmation quant à la deuxième hypothèse que nous cherchons à tester à savoir la reconnaissance au travail a un effet positif sur le comportement d'innovation

Chapitre 6 : Résultats de l'étude quantitative et discussion des résultats

Les relations entre la reconnaissance au travail et les deux comportements discrétionnaires à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation ont fait l'objet d'une série d'hypothèses que nous avons présentées au niveau de la deuxième section du chapitre 3 et dont l'ensemble constitue notre modèle de recherche explicatif. Pour tester ce modèle, nous avons procédé à une collecte de données quantitatives via une enquête par questionnaire auprès de 215 infirmiers qui travaillent dans des hôpitaux et des cliniques en Tunisie. La démarche méthodologique poursuivie pour construire ce questionnaire, ainsi que la procédure adoptée pour collecter les données sur le terrain auprès de notre échantillon d'infirmiers ont été présentées au niveau de la troisième section du chapitre 4.

Dans l'objectif de purifier les échelles de mesures qui constituent notre questionnaire et d'approfondir le test de nos hypothèses, nous avons réalisé un ensemble d'analyses quantitatives en utilisant le logiciel SPSS version 20. Les résultats de ces analyses feront l'objet du chapitre suivant de notre thèse. La première section expose les résultats inhérents à la qualité des échelles de mesure effectués qui nous permettront de juger de l'instrumentalisation de ces différentes variables quant à leur restitution de la mesure la plus authentique. La deuxième section présente les résultats des tests d'hypothèse réalisés et qui nous ont permis de mesurer le pouvoir explicatif de la reconnaissance au travail et qui feront l'objet d'une discussion dans une troisième section

Section 1 : Analyse psychométrique des instruments de mesure

Section 2 : Test des hypothèses et du modèle de recherche

Section 3 : Discussion des liens entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires

Section 1: Analyse des qualités psychométriques des instruments de mesure

Le questionnaire que nous avons élaboré a pour rôle principal de collecter un ensemble de données pertinentes relatives aux variables de notre modèle à savoir les différentes formes de reconnaissance, ainsi que deux comportements discrétionnaires à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. L'instrumentalisation de ces différentes variables vise à restituer la mesure la plus authentique possible pour chacune d'entre elles (Igalens et Roussel, 1998) afin de « *rendre compte le plus précisément possible de la réalité* » (Thiéart, 2003, p.265) que nous étudions via nos hypothèses de recherche. Pour ce faire, nous présentons tout au long de cette section la méthodologie adoptée pour vérifier la validité et la fiabilité de nos échelles de mesure (1) ainsi que l'analyse factorielle exploratoire et le test de fiabilité pour chacune des échelles de la reconnaissance au travail(2) le comportement d'entraide (3) ainsi que le comportement d'innovation (4).

1. Méthodologie du test des échelles de mesure

Avant de procéder aux tests des hypothèses, il convient de s'assurer que les échelles de mesure dont les items constituent notre questionnaire soient exploitables. De ce fait, il faudrait vérifier la fiabilité et la validité de ces instruments de mesure (Roussel et Igalens, 1998 ; Thiéart, 2003). En premier lieu, la fiabilité ou fidélité d'un instrument de mesure se traduit par « *sa capacité à reproduire des résultats similaires s'il était administré plusieurs fois à une même population* » (Roussel, 1996, p183). En second lieu, « *pour être valide, l'instrument doit d'une part mesurer ce que l'on lui demande de mesurer et d'autre part donner des mesures exactes de l'objet étudié* » (Thiéart, 2003, p.266).

Le modèle de la vraie valeur qui permet de « *juger la fiabilité et la validité de l'instrument de mesure quantitatif* » (Thiéart, 2003, p.266) présente le résultat d'une mesure de la façon suivante : « *Mesure obtenue = Vraie valeur + Erreur aléatoire + Erreur systématique* ».

L'objectif de ce modèle est de faire tendre la mesure obtenue vers la vraie valeur. Or ceci n'est possible que lorsque les termes d'erreur sont réduits. En d'autres termes, plus les erreurs aléatoires et systématiques sont faibles et plus la mesure obtenue restitue la vraie valeur, ce qui représente l'objectif de toute recherche quantitative. L'erreur aléatoire est inhérente aux

circonstances, humeurs des personnes interrogées qui impactent le phénomène mesuré par un même instrument de mesure. Elle est de même liée à la fiabilité de l'instrument de mesure (Thiéart, 2003 ; Roussel, 1996). En d'autres termes : « *plus l'instrument de mesure est fiable, plus faible est l'erreur aléatoire* » (Carmines et Zeller, 1990, p.13). Dans le même ordre d'idée, on parle d'erreur systématique « *lorsque l'instrument de mesure produit un écart systématique avec le phénomène mesuré* » (Thiéart, 2003, p.267). Ce type d'erreur a un impact considérable sur la validité de l'instrument de mesure dans le sens où « *plus l'instrument de mesure est valide, plus faible est l'erreur systématique* » (Carmines et Zeller, 1990, p.15).

Dans l'objectif de réduire ces erreurs, il faudrait poursuivre une démarche de purification des échelles de mesure qui s'effectue en deux étapes à savoir l'analyse factorielle exploratoire (1.1) ainsi que celle relative à l'analyse de la fiabilité (2.2).

1.1. Analyse factorielle exploratoire

L'analyse factorielle exploratoire représente une technique statistique principalement utilisée pour « *purifier et/ou tester l'homogénéité des échelles composant un questionnaire* » (Roussel, 1996, p.187). Elle permet de saisir la dimensionnalité des construits étudiés, dans le sens où un construit est qualifié de multidimensionnel lorsque plusieurs facteurs « *correspondant au nombre de facettes du construit étudié* » (Roussel, 1996, p.188) sont générés par l'analyse factorielle et que chacun de ces facteurs est associé aux items supposés mesurer une seule dimension. Néanmoins, un construit est unidimensionnel, lorsque l'analyse factorielle du construit mesuré par un ensemble d'items révèle un seul facteur. Dans la même veine, l'analyse factorielle exploratoire permet d'évaluer la contribution de chacun des items d'une même échelle par rapport à son facteur principal (Roussel et Wacheux 2005).

Force est de constater que l'analyse factorielle poursuit un double objectif qui est d'abord celui d'épurer notre questionnaire « *des items qui détériorent la qualité de la structure factorielle* » (Wacheux et Roussel, 2005, p.263) afin de « *réduire l'erreur aléatoire quand on mesure une variable du modèle d'analyse* » (Roussel et Igalens, 1998, p.21). Ensuite, de tester la dimensionnalité des différents construits. Pour atteindre ces objectifs, nous avons orienté notre choix vers l'analyse en composante principale qui constitue la méthode principale de l'analyse factorielle. Prescrite dans un processus de synthèse de restructuration et de

redimensionnement des données étudiées, elle permet de dégager les dimensions latentes d'un construit tout en conservant ses facteurs principaux.

Afin de déterminer le nombre de facteurs à restituer, nous adoptons le critère du pourcentage de variance car nous ne disposons pas d'une base de données exacte qui nous oriente vers le nombre de facteurs à retenir. Cette méthode consiste à observer les pourcentages cumulés de la variance extraite par les facteurs successifs et de ne retenir que ceux qui permettent de restituer un pourcentage de variance minimum (Roussel, 1996). Le seuil « *doit permettre de restituer suffisamment de la variance totale* » (Roussel, 1996, p.188). Partant de ce constat et dans l'objectif de nous assurer qu'un facteur explique une quantité suffisante de variance, nous respectons le seuil de 50% tel que recommandé par Roussel (1996). En d'autres mots, nous retenons les facteurs qui comptent pour au moins 50% de la variance totale.

Dans le même ordre d'idée, afin de nous assurer que nos données sont adaptées à la réalisation d'une analyse factorielle, nous devons vérifier que « *les données forment un ensemble suffisamment cohérent* » (Evrard et al, 2003, p. 367) en d'autres termes, examiner que la matrice des données comporte un nombre assez important de corrélations. Pour ce faire, nous procédons au test de sphéricité de Bartlett, la mesure de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ainsi que la celle de la communalité.

1.1.1. Le test de sphéricité de Bartlett

Ce test examine la matrice des corrélations dans son intégralité, il permet de détecter les corrélations significatives entre les items (Igalens et Roussel, 1998). Pour ce faire, le test de Bartlett vérifie l'hypothèse nulle selon laquelle toutes les corrélations sont égales à 0. A partir du moment où le résultat du test est élevé et que le seuil du risque (p) est inférieur à 0,05 (Igalens et Roussel, 1998), l'hypothèse des corrélations nulle est rejetée. Les données sont dès lors corrélées et peuvent être aussi factorisées. Nous tenons à préciser que ce test est très sensible au nombre d'observation et qu'il est presque toujours significatif sur des échantillons de taille très importante. Partant de ce constat, nous compléterons ce test par la mesure de KMO, tous les deux nous permettrons de vérifier que les corrélations sont suffisantes pour la réalisation d'une analyse en composante principale.

1.1.2. La mesure KMO

Cette mesure permet d'évaluer le degré d'inter corrélation entre les items, elle est calculée pour l'ensemble de la matrice de corrélation ainsi que pour chaque variable individuelle. Utilisée pour évaluer le degré d'adéquation et d'application de l'analyse factorielle (Roussel et Igalens, 1998), cet indice indique jusqu'à quel point l'ensemble des variables retenues forment un ensemble cohérent. En d'autres termes si les corrélations entre elles sont suffisamment élevées.

L'indice KMO nous renseigne sur le caractère factorisable des données et varie entre 0 et 1 tout en sachant que 1 indique que chaque variable est parfaitement prédite par les autres variables. Le tableau suivant résume l'interprétation du caractère factorisable des données

Tableau 18: Le caractère factorisable des données selon KMO

Valeur de KMO	$KMO > 0,9$	$0,9 < KMO > 0,8$	$0,8 < KMO > 0,7$	$0,7 < KMO > 0,6$	$0,6 < KMO > 0,5$	$KMO < 0,5$
Caractère factorisable des données	Excellent	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Non Acceptable

Source : adapté des travaux de Roussel et Igalens (1998)

1.1.3. La communalité

Elle mesure la variance que chaque item partage avec les autres items des facteurs retenus. En d'autres termes elle permet de vérifier le niveau de représentation de chaque item dans les composantes principales (Roussel et Igalens, 1998). Afin de déterminer le caractère de représentativité des items en fonction des valeurs des communalités, nous allons nous baser sur les travaux de Wacheux et Roussel (2005, p.264) selon lesquels « *une variance expliquée par les axes principaux supérieure à 0,8 indique que les énoncés sont très bien représentés. Ils le sont bien quand la variance est comprise entre 0,65 et 0,8. Ils le sont moyennement quand elle est située entre 0,40 et 0,65. Enfin, ils le sont médiocrement en deçà de 0,40 et devraient être éliminés* ».

1.2. Analyse de la fiabilité

L'analyse de la fiabilité a pour objectif de vérifier que la part d'erreur aléatoire est faible. Elle correspond en outre, « à la cohérence entre les items qui sont censés mesurer un même concept » (Roussel et Igalens, 1998, p.121). L'évaluation de la fiabilité d'une échelle pour un construit multidimensionnel doit être testée à deux niveaux, il y a lieu de tester la fiabilité de l'échelle globale et aussi la fiabilité des sous échelles (Roussel et Igalens, 1998). Afin de tester la fiabilité des échelles de mesure qu'elles soient unidimensionnelle ou multidimensionnelle, Thiétart (2003) recense quatre méthodes que nous présentons tout en mettant l'accent sur la méthode que nous retenons dans le cadre de notre recherche

La première méthode est celle relative au « test-retest » qui consiste à administrer le questionnaire au même échantillon à deux périodes différentes et à calculer le coefficient de corrélation entre les résultats obtenus (inhérents aux données recueillies dans les deux questionnaires) dans les deux tests successifs. Thiétart (2003, p.267) affirme que « plus le coefficient est proche de 1 et plus fiable est l'outil utilisé ». Par ailleurs, cette technique reste difficile à mettre en application, d'autant plus que les mesures successives peuvent être biaisées pour trois motifs indépendants du questionnaire en tant que tel. Ces dernières s'articulent autour du fait qu'à partir du moment où la période entre les deux tests est importante, les mêmes individus interrogés peuvent évoluer par rapport à la première période durant laquelle ils ont répondu au questionnaire. Paradoxalement, même si le chercheur laisse un temps court entre les deux mesures, les répondants « peuvent se souvenir de leur première réponse et la réitérer » Thiétart (2003, p.267). Enfin la troisième raison qui à l'instar des deux précédentes nous a dissuadés d'adopter cette méthode est relative au fait qu'administrer le même questionnaire, une deuxième fois à un même répondant pourrait l'inciter à répondre différemment au second test car entre temps, il aurait réfléchi sur la question et modifié son comportement.

La deuxième méthode relative à l'analyse de la fiabilité à savoir « méthode des formes alternatives » dont la procédure est comparable à celle de la première méthode à une différence près à savoir que les deux questionnaires ne sont pas identiques. Dans le sens où les questions qui mesurent les mêmes construits sont reformulées d'une manière différente par rapport au premier questionnaire. Nous écartons cette méthode car elle permet de limiter à un

faible degré « l'effet mémoire » Thiétart (2003, p.267) qui rend toutefois les mesures instables, d'autant plus qu'il nous est difficile de construire deux tests alternatifs.

Par ailleurs, la troisième méthode des « deux moitiés » encore appelée (split-halves) se résume au fait d'administrer le même questionnaire aux mêmes individus en simultanée mais en scindant l'ensemble des items d'une même échelle en deux parties. Ensuite, il s'agit de calculer le coefficient de corrélation sur les réponses obtenues pour chaque partie. La limite identifiée par Thiétart (2003) relative au fait que les coefficients obtenus ne sont pas les mêmes selon le découpage effectué nous a dissuadé d'orienter notre choix vers cette méthode d'analyse de la fiabilité pour enfin opter pour la méthode de la cohérence interne.

La quatrième méthode à savoir celle de la cohérence interne par l'alpha de Crombach est la plus utilisée pour vérifier le niveau de fiabilité d'une échelle de mesure (Carmines et Zeller, 1990 ; Roussel et Igalens, 1998). Cette méthode représente une estimation de la variance du score total jugée comme étant fiable. Le coefficient Alpha permet de vérifier si chaque item représente une cohérence avec l'ensemble des autres items de la même échelle, il est d'autant plus significatif lorsqu'il s'approche de 1 (Roussel et Igalens, 1998). « si le coefficient Alpha est satisfaisant, c'est que les items sont corrélés et cohérents entre eux, ils peuvent être additionnés afin de former un score d'échelle » (Roussel et Igalens, 1998, p.141). Parce que nous visons à interpréter le coefficient Alpha, nous nous sommes appuyés sur l'affirmation de Nunnally (1978) selon laquelle « des fiabilités de 0,70 ou supérieures suffiront » (Roussel et Igalens, 1998, p.142). Partant de cette affirmation, nous avons considéré que l'échelle de mesure ou sous échelle est fiable à partir du moment où Alpha de Crombach est supérieur à 0,7. Lorsque ce coefficient est inférieur à 0,7, nous allons procéder à l'épuration de l'échelle qui consiste à éliminer les items dont l'alpha si l'item ayant été écarté est supérieur à l'Alpha global. Ainsi, nous allons procéder à une élimination des items jusqu'à ce que l'alpha global soit supérieur à 0,7.

2. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de mesure de la reconnaissance au travail

Avant de procéder à l'analyse en composante principale, nous avons vérifié si les conditions de factorisation des variables étaient vérifiées. Le KMO est excellent à 0,909, le test de Bartlett est significatif avec une probabilité nulle (0,000). Ce qui indique que les données se prêtent à l'analyse factorielle.

Tableau 19: Le caractère factorisable de l'échelle de mesure de la reconnaissance au travail

KMO	Test de sphéricité
0,909	Khi-deux=4299, 118 ddl=630 Sig=0,000

La multi dimensionnalité de ce construit est confirmée via l'identification de sept axes dont les valeurs propres sont supérieures à 1 et qui restituent ensemble 63, 109% de la variance totale. Certes, l'échelle de Blegen et al (1992) que nous utilisons pour mesurer la reconnaissance au travail du personnel infirmier est à la base multidimensionnelle et se compose de six facteurs. La multi dimensionnalité de cette échelle est confirmée par les études d'Ozaki (2003) et Miyata et al (2015) dont l'analyse factorielle a révélé respectivement l'existence de cinq facteurs et trois facteurs. En effet, Ozaki (2003) a emprunté l'échelle de mesure Blegen (1992) afin de mesurer la reconnaissance au travail auprès des infirmiers Japonais. La structure factorielle de l'échelle de mesure a révélé l'existence de cinq facteurs à savoir : le reporting et l'annonce des résultats, la supervision et le support des infirmiers, l'assistance du travail avec responsabilité, le reporting des évaluations des patients et le respect des heures de travail souhaitées en corrélation avec la satisfaction au travail. Par ailleurs, la structure factorielle de l'échelle de Blegen (1992) que Miyata et al (2015) ont utilisée afin de mesurer la reconnaissance au travail auprès de 1425 infirmiers Japonais a révélé l'existence de trois facteurs à savoir la présentation et l'évaluation du reporting, la valeur individuelle et le transfert de l'autorité ainsi que le développement professionnel.

Tableau 20: Variance totale expliquée

Composantes	Valeurs propres initiales			Extraction sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% de la variance cumulée	Total	% de la variance	% de la variance cumulée
1	12,838	35,661	35,661	12,838	35,661	35,661
2	2,940	8,168	43,829	2,940	8,168	43,829
3	1,875	5,208	49,037	1,875	5,208	49,037
4	1,463	4,063	53,100	1,463	4,063	53,100
5	1,375	3,821	56,920	1,375	3,821	56,920
6	1,186	3,295	60,216	1,186	3,295	60,216
7	1,042	2,894	63,109	1,042	2,894	63,109

La matrice des corrélations initiale qui n'a pas subi de rotation « *permet rarement d'aboutir à des facteurs pouvant être interprétés puisqu'ils sont corrélés avec plusieurs variables* » (Malhotra et al 2004, p. 520). En effet la matrice des corrélations (Annexe 5) avant rotation a révélé que le facteur 1 est corrélé avec 35 items parmi les 36 de l'échelle de mesure de la reconnaissance au travail. De ce fait, il nous est impossible d'interpréter les sept facteurs retenus, nous avons donc effectué une rotation Varimax car « *elle est la plus couramment utilisée et elle minimise pour un facteur le nombre des variables à corrélations élevées améliorant ainsi la possibilité d'interpréter les facteurs* » (Malhotra et al, 2004, p.520).

La contribution factorielle de chaque item se doit d'être supérieure à 0,3 (Malhotra et al, 2004). De ce fait, nous avons gardé les 36 items de l'échelle d'origine de Blegen et al (1992) que nous adoptons dans le cadre de notre étude. Les items retenus sont ventilés entre les sept facteurs suivants d'après la matrice des composantes principales

Tableau 21: Matrice des composantes principales de l'échelle de mesure de la reconnaissance au travail après rotation

Items	Composantes						
	1	2	3	4	5	6	7
REC1			,742				
REC2			,743				
REC3			,692				
REC4			,602				
REC5	,717						
REC6				,475			
REC7				,674			
REC8				,712			
REC9				,775			
REC10				,732			
REC11						,321	
REC12					,690		
REC13					,527		
REC14							,734
REC15	,612						
REC16			,402				
REC17	,690						
REC18	,556						
REC19							,702
REC20	,731						
REC21	,626						
REC22	,722						
REC23						,795	
REC24						,783	
REC25		,446					
REC26		,544					
REC27		,404					
REC28		,497					
REC29		,598					
REC30		,573					
REC31		,589					
REC32		,723					
REC33		,369					
REC34		,397					
REC35		,443					
REC36						,507	

2.1. Analyse en composantes principales du facteur de reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle

Le premier facteur qui regroupe 7 items, restitue 15, 549% de la variance totale expliquée. Les différents items s'articulent autour de la mise en valeur des réussites des infirmiers pour

qu'elles soient visibles au sein de la structure de soin dans laquelle ils travaillent tels que « une lettre de félicitations est envoyée au personnel infirmier pour ses réussites », « les réussites sont annoncées dans le magazine ou la lettre interne », « les réussites sont mises sur le tableau d'affichage ». L'étude qualitative que nous avons menée auprès de 20 infirmiers a révélé que le chef de service, ou le surveillant valorise les réussites des infirmiers en les distinguant par rapport à leurs collaborateurs. Miyata et al (2014) ont identifié la valorisation individuelle comme étant un facteur de la reconnaissance au travail. Dans le même ordre d'idée, ce facteur regroupe les items de la reconnaissance liée au temps tels que catégorisée par Blegen (1992) à savoir « une journée de congé rémunérée est offerte pour participer à une réunion de travail » ainsi que « la préférence et le choix des horaires de travail sont données aux infirmiers ». Partant de ces constats, il nous a semblé opportun d'intituler ce facteur : la reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle.

L'analyse de la fiabilité de la première dimension de l'échelle à savoir la reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle révèle un alpha de Crombach de 0,870 ce qui indique que cette sous échelle a une très bonne cohérence interne. En d'autres termes, les items qui la constituent mesurent effectivement la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle.

Tableau 22: Analyse en composantes principales du facteur de reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle

ITEMS	Contribution factorielle	Communalité	Alpha de Crombach
REC 5	0,717	0,723	0,870
REC 15	0,612	0,631	
REC17	0,690	0,649	
REC18	0,556	0,568	
REC20	0,731	0,609	
REC21	0,626	0,528	
REC22	0,722	0,633	

2.2. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement

Le deuxième facteur concerne la reconnaissance en termes de participation aux décisions ainsi que les opportunités de développement auxquelles les infirmiers auront droit suite à leur responsabilisation de la part de leur supérieur hiérarchique. En effet, ce facteur est constitué par onze items selon lesquels le supérieur hiérarchique consulte les avis des infirmiers pour des décisions importantes et rencontre les infirmiers pour discuter des soins administrés aux patients afin de faire participer les infirmiers aux prises de décision. De même, les items tels que « il est demandé à des infirmiers de représenter votre service lors des réunions dans votre hôpital ou clinique », « le personnel infirmier est recommandé par le chef des infirmiers pour prendre la parole en public lors des réunions au sein de l'hôpital ou de la clinique » dénotent de la volonté du chef de service ou surveillant de responsabiliser les infirmiers, de leur permettre d'évoluer dans leur travail (Miyata et al, 2015). Dans le même ordre d'idée, les résultats de notre étude qualitative valident largement le fait que le surveillant ou chef de service fait participer les infirmiers à la prise de décision en signe de reconnaissance de leur singularité, de leurs compétences distinctives. Partant de ces constats et en nous inspirant de la dimension identifiée par Blegen (1992) et qui regroupe les items relatifs aux opportunités de développement et de croissance, nous intitulons le deuxième facteur : la reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement

L'analyse de la fiabilité indique un coefficient Alpha égal à 0,885 et qui révèle de la très bonne cohérence interne de cette sous échelle.

Tableau 23: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement

ITEMS	Contribution factorielle	Communalité	Alpha de Crombach
REC25	,446	0,498	0,885
REC26	,544	0,633	
REC27	,404	0,668	
REC28	,497	0,608	
REC29	,598	0,665	
REC30	,573	0,609	
REC31	,589	0,630	
REC32	,723	0,561	
REC33	,369	0,549	
REC34	,397	0,585	
REC35	,443	0,589	

2.3. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux remerciements écrits

L'analyse factorielle de l'échelle de la reconnaissance au travail effectuée par Blegen (1992) a révélé une troisième dimension qui regroupe les items relatifs à la reconnaissance liée aux remerciements écrits. Nous retrouvons cette dimension puisque le troisième facteur qu'a dégagé l'analyse en composante principale regroupe les items inhérents à la reconnaissance liée aux remerciements écrits et présentée sous forme de lettre, compte rendu. Ainsi, nous attribuons au troisième facteur le titre suivant : la reconnaissance liée aux remerciements écrits. Ce facteur composé de 5 items a été soumis à une analyse de la fiabilité qui a révélé un alpha de Crombach de l'ordre de 0,820 démontrant que les items qui constituent cette dimension sont bien corrélés et cohérents entre eux.

Tableau 24: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux remerciements écrits

ITEMS	Contribution factorielle	Communalité	Alpha de Crombach
REC 1	0,742	0,642	0,820
REC 2	0,743	0,590	
REC 3	0,692	0,718	
REC4	0,602	0,597	
REC16	0,402	0,606	

2.4. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux feed-back verbaux

Le quatrième facteur se compose de l'ensemble des cinq items inhérents aux feed-back verbaux qu'octroie le chef des infirmiers en signe de reconnaissance des réussites de son équipe d'infirmiers. Nous retrouvons la dimension « feed-back verbaux privés » que l'analyse en composante principale de l'échelle de mesure de la reconnaissance de Blegen et al (1992) a révélé. Les infirmiers que nous avons interviewés, nous ont aussi confirmé qu'ils se sentent valorisés et leur travail reconnu lorsque leur supérieur hiérarchique discute avec eux des soins administrés aux patients et leur donne un compte rendu positif des efforts qu'ils ont fournis ainsi que des résultats atteints. Partant de ces constats, nous attribuons au quatrième facteur le titre suivant : la reconnaissance liée aux feed-back verbaux. L'analyse de la fiabilité de ce facteur indique un alpha de Crombach égal à 0,811, supérieur à 0,8 il est donc jugé très bon (De Vellis, 2003).

Tableau 25: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux feed-back verbaux

ITEMS	Contribution factorielle	Communalité	Alpha de Crombach
REC6	0,475	0,567	0,811
REC7	0,674	0,631	
REC8	0,712	0,659	
REC9	0,775	0,701	
REC10	0,732	0,734	

2.5. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux remerciements publics

L'analyse en composante principale de l'échelle de mesure de la reconnaissance au travail a révélé un cinquième facteur qui regroupe les deux items suivants à savoir « une fête est organisée pour remercier la contribution d'un(e) infirmier (e) qui a plusieurs années de service dans l'organisation (hôpital ou clinique) » ainsi que « le chef des infirmiers félicite des infirmiers devant les collègues de l'équipe de travail ». Ces deux items ont été retrouvés dans la dimension relative aux remerciements publics de Blegen et al (1992). De même, les résultats de notre étude qualitative ont révélé l'importance qu'accordent les infirmiers Tunisiens à la fête qui sera organisée en hommage à leurs contributions durant les années d'ancienneté. Plusieurs interviewés nous ont affirmé qu'ils préfèrent que leur supérieur hiérarchique les félicite du travail effectué devant l'ensemble de leur collègue. Partant de ces constats, nous intitulons le cinquième facteur : la reconnaissance liée aux remerciements publics. L'analyse de la fiabilité pour ce facteur a révélé un Alpha de Crombach égal à 0,701 ce qui indiquerait que les deux items constitutifs de ce facteur contribuent d'une façon homogène à sa représentation.

Tableau 26: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux remerciements publics

ITEMS	Contribution factorielle	Communalité	Alpha de Crombach
REC 12	0,690	0,688	0,701
REC 13	0,527	0,639	

2.6. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance financière et liée aux qualifications

Le sixième facteur que l'analyse en composante principale a révélé regroupe les quatre items suivants : « l'obtention d'une certification dans une aire de spécialité infirmière est valorisée par une augmentation de salaire ou une prime », « un niveau de scolarité supplémentaire (un diplôme par exemple) est valorisé par une augmentation de salaire ou une

prime », « le personnel infirmier est encouragé à participer aux activités professionnelles au niveau étatique et national ». « Une copie d'évaluations positives de la part d'un patient est envoyée à la hiérarchie supérieur ». Force est de constater que ces items s'articulent autour des qualifications permettant des augmentations de salaires. En effet, comme nous l'avons démontré au niveau de la section 1 du chapitre 4, l'avancement de grade des infirmiers en Tunisie s'effectue via l'ancienneté dans le poste ainsi que la réussite aux cycles de formation. Ce passage de grade permettrait aux infirmiers de jouir d'une augmentation de salaire. Partant de ce constat, nous attribuons au sixième facteur le titre suivant : la reconnaissance financière et liée aux qualifications.

L'analyse de la fiabilité de ce facteur a révélé un alpha de Crombach égale à 0,790 et qui constitue un bon score.

Tableau 27: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance financière et liée aux qualifications

Items	Contribution factorielle	Communalité	Alpha de Crombach
REC 23	0,795	0,732	0,790
REC24	0,783	0,498	
REC11	0,321	0,465	
REC36	0,507	0,653	

2.7. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe

Le dernier facteur de l'analyse en composante principale de l'échelle de mesure de la reconnaissance de Blegen (1992) comporte deux items à savoir « le chef des infirmiers se vante de la performance du personnel infirmier de son service », « le chef des infirmiers vante les réussites du personnel infirmier de son service ». Les résultats de l'étude qualitative ont révélé que les infirmiers fournissent des efforts et mettent en exercice leurs compétences distinctives pour que leur supérieur hiérarchique soit fier de leur contribution et qu'il en fait des louanges auprès des autres services. Partant de ces constats, nous allons titrer le dernier facteur de l'échelle de mesure de la reconnaissance identifié : la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe.

L'analyse de fiabilité de ce facteur a révélé un alpha de Cronbach égal à 0,734 ce qui implique que les deux items sont bien corrélés et cohérents entre eux

Tableau 28: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe

ITEMS	Contribution factorielle	Communalité	Alpha de Cronbach
REC14	0,734	0,691	0,742
REC19	0,702	0,676	

3. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de mesure du comportement d'entraide

Les six items de l'échelle de mesure du comportement d'entraide sont retenus. L'indice KMO est de l'ordre de 0,851 ce qui indique que les corrélations entre les items sont suffisamment élevées et qu'ils forment un ensemble cohérent. Le test de sphéricité de Bartlett est significatif avec une probabilité ($p=0,000$). Partant de ces constats, les données sont factorisables.

Le critère de restitution minimum indique l'existence d'un seul axe qui restitue 57,448% de la variance totale expliquée. L'unidimensionnalité de l'échelle de mesure du comportement d'entraide est dès lors retrouvée. Tous les items conçus pour mesurer cette variable ont des contributions factorielles supérieures à 0,7 ce qui indique qu'elles sont globalement significatives.

Tableau 29: Résultats de l'ACP de l'échelle de mesure du comportement d'entraide

Items	Test du caractère factorisable		% variance cumulée	Nombre de facteurs à retenir	Communalité	Contribution factorielle
	KMO	Bartlett				
Entr1	0,851	Khi- deux= 504,870 ddl=15 Sig=0,000	57,448	1	0,511	0,715
Entr2					0,561	0,749
Entr3					0,658	0,811
Entr4					0,519	0,720
Entr5					0,633	0,796
Entr6					0,564	0,751

La structure factorielle ainsi clarifiée, nous allons procéder à l'analyse de fiabilité de l'échelle qui a révélé un Alpha de Crombach égal à 0,851 indiquant une très bonne fiabilité de l'échelle de mesure du comportement d'entraide.

Tableau 30: Analyse de la fiabilité de l'échelle de mesure du comportement d'entraide

Variable	Nombre d'items	Alpha de Crombach
Comportement d'entraide	6	0,851

4. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de mesure du comportement d'innovation

Le comportement d'innovation est mesuré à travers 6 items. L'indice KMO révèle une valeur de l'ordre de 0,845 et qui est supérieure à 0,8 indiquant une très bonne corrélation entre les six items. Le test de sphéricité de Bartlett est significatif affichant une probabilité nulle. En nous basant sur ces résultats, nous pouvons confirmer que les données peuvent être soumises

à une factorisation. L'unidimensionnalité de cette échelle a été retrouvée puisque le premier axe restitue 53,211% de la variance totale expliquée. Le caractère de représentativité des items selon les communalités est moyen puisqu'il est compris entre 0,4 et 0,65.

Tableau 31: Résultats de l'ACP de l'échelle de mesure du comportement d'entraide

Items	Test du caractère factorisable		% variance cumulée	Nombre de facteurs à retenir	Communalité	Contribution factorielle
	KMO	Bartlett				
INNOV1	0,845	Khi-deux= 404,441 ddl=15 Sig=0,000	53,211	1	0,616	0,785
INNOV2					0,594	0,771
INNOV3					0,526	0,725
INNOV4					0,495	0,703
INNOV5					0,467	0,683
INNOV5					0,495	0,704

La structure de l'échelle ainsi stabilisée, nous allons par la suite analyser sa fiabilité. L'Alpha de Crombach est de l'ordre de 0,823 reflétant la bonne cohérence interne de l'échelle de mesure des comportements d'innovation.

Tableau 32: Analyse de la fiabilité de l'échelle de mesure du comportement d'innovation

Variable	Nombre d'items	Alpha de Crombach
Comportement d'innovation	6	0,823

Nos instruments de mesure sont fiables et valides, nous allons entamer le test de nos hypothèses ainsi que notre modèle de recherche.

Section 2 : Test des hypothèses et du modèle de recherche

Les relations entre les variables qui constituent notre modèle de recherche s'appêtent plus à une méthode de régression linéaire puisque nous cherchons à déterminer l'effet direct des différentes formes de reconnaissance représentant les variables indépendantes sur deux catégories de comportements discrétionnaires qui constituent nos variables dépendantes. Afin de tester nos hypothèses de recherche et valider notre modèle, nous adoptons la régression linéaire, toutefois à l'instar des autres méthodes d'analyse de données, un certain nombre de conditions se doit d'être respectés. Mis à part le fait que les données qui se prêtent à une régression linéaire se doivent d'être métriques (Evrard et al, 2003), condition qui a été respectée dès que nous avons entamé une analyse en composantes principale nous présentons les conditions inhérentes à une régression multiple (1). En effet, pour tester les hypothèses qui vérifient le lien entre les différents facteurs que l'analyse en composante principale de la reconnaissance au travail a révélé avec chacune des variables indépendantes, nous utilisons la méthode des régressions multiples (2).

1. La régression multiple

La régression multiple généralise l'approche adoptée par la régression linéaire simple qui renvoie au cas où une variable est interprétée en fonction de plusieurs variables indépendantes (Stafford et Bodson, 2006). Dans le cadre de notre recherche, nous cherchons à déterminer quelle est la forme de reconnaissance qui détermine le plus chacun des comportements discrétionnaires à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. En effet, la rareté des recherches qui ont été menées sur la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires ainsi que l'inexistence à notre connaissance des travaux qui portent sur ce lien auprès du personnel infirmier Tunisien nous ont poussés à vérifier, parmi les formes de reconnaissance que l'analyse en composante principale a révélé, quelles sont celles qui ont l'effet le plus important respectivement sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation.

Force est de constater que chacune des sept variables indépendantes que l'analyse factorielle exploratoire a déterminé à savoir la reconnaissance en termes de participation aux décisions et aux opportunités de développement, la reconnaissance liée aux remerciements écrits, la reconnaissance liée aux feed-back verbaux, la reconnaissance financière et liée aux

qualifications, la reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle, la reconnaissance liée aux remerciements publics et la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe sont distinctes les unes des autres. D'autant plus que chacune d'entre elles est mesurée par un ensemble d'items différents. L'objectif étant d'éviter « *le chevauchement avec les autres variables indépendantes....chacune d'entre elles renvoie à un contenu distinct* » (Stafford et Bodson, 2006, p175). Par ailleurs, la régression multiple obéit à un ensemble de règles auxquelles nous devons nous conformer.

1.1. La multi colinéarité des variables indépendantes et la valeur des résidus

Contrairement à la régression simple, qui ne prend en considération qu'un couple de variables constitué d'une variable indépendante et d'une variable dépendante, dans le cadre d'une régression multiple, plusieurs variables indépendantes sont supposées rendre compte d'une variable dépendante. Partant de ce constat, l'analyse de la régression multiple n'échappe pas au problème de colinéarité ou proximité statistique entre les variables indépendantes (Stafford et Bodson, 2006). Certes, malgré la persévérance du chercheur dans la prise de précautions nécessaires afin d'éviter le chevauchement des variables indépendantes, il est fréquent que des variables indépendantes soient sur le plan statistique fortement corrélées entre elles. Il s'agit du problème de « *colinéarité qui risque de perturber la précision des estimations et exige un traitement spécifique* » (Stafford et Bodson, 2006, p.164). Ainsi, il est important de vérifier les conditions préalables à la régression multiple qui s'articulent autour du coefficient de Pearson ainsi que la Variance Inflation Factor (VIF). Pour ce faire, il nous faudra dans un premier temps vérifier l'absence de corrélations entre les variables indépendantes du modèle via la matrice de corrélations de Pearson.

Le coefficient de Pearson nous renseigne sur l'existence et la force d'association entre les variables qui expliquent la variable dépendante. Plus ce coefficient est faible et proche de 0 et plus les variables sont faiblement corrélées. En revanche, ce coefficient élevé indique une forte multi colinéarité des variables indépendantes ce qui se traduit par le biais des estimations des coefficients de régression rendant impossible l'application de l'algorithme de régression. Gavard-Perret et al (2012), considèrent qu'un coefficient de Pearson supérieur à 0,7 refléterait l'existence de multi colinéarité entre les variables indépendantes. Partant de ce constat, nous

allons nous conformer aux recommandations de Evrard et al, (2003) et Gavard Perret et al (2012) selon lesquels, face au problème de la colinéarité entre les variables indépendantes, il faudrait aussi calculer le VIF (Variance Inflation Factor) de chaque « *variable explicative pour s'assurer de son intérêt propre dans le modèle, pour cela on régresse successivement chaque variable explicative sur les autres variables explicatives* ». (Gavard-Perret et al, 2012, p.291). Ce dernier nous permettra de juger si nous faisons face à un problème de multi colinéarité des variables indépendantes ou non. En sciences sociales, si le VIF est inférieur à 4, le problème de multi-colinéarité d'une variable indépendante avec les autres est dès lors à écarter (Evrard et al, 2003).

Par ailleurs, Evrard et al (2003) soulignent que l'examen de la valeur des résidus permet de s'assurer que les résidus ou erreurs sont bien indépendants de la variable à expliquer. Pour ce faire, Evrard et al (2003) ; Gavard-Perret et al (2012) énoncent trois conditions qui s'articulent autour du fait qu'il faudrait d'abord tester que les erreurs ou résidus remplissent la condition de l'homoscédasticité. Pour ce faire, il faudrait vérifier que la variance des résidus est constante pour tous les niveaux de la variable dépendante. Ensuite, il, s'agit de vérifier que les résidus présentent des distributions normales. De ce fait, les techniques pour vérification des conditions d'utilisation de l'analyse de la variance peuvent être utilisées. Enfin, il faudrait tester que les résidus sont indépendants les uns des autres, dans cette visée, nous adopterons le test de Durbin Watson qui « *fournit une statistique dont la valeur doit approcher 2 pour conclure de l'indépendance des résidus* » (Gavard-Perret, 2012, p.291).

1.2. La méthode de régression pas à pas

Une fois les conditions de la faible colinéarité sont remplies, nous allons procéder à la détermination de la force des relations entre les différentes variables indépendantes et la variable dépendante de notre modèle. Pour ce faire, nous utiliserons la méthode de régression pas à pas dans l'objectif d'identifier les variables explicatives qui restituent le mieux la variabilité de la variable à expliquer. Cette méthode consiste à introduire une à une les variables indépendantes « *à chaque étape où une variable est choisie, on effectue un test statistique afin de déterminer si elle est significativement non nulle* » (Lazraq et Cléroux, 1988, p.41). Elle prendra fin à partir du moment où les variables introduites n'auront plus de signification pour expliquer la variable dépendante. Plus spécifiquement, cette procédure

d'insertion de variables indépendantes encore appelée stepwise s'articule selon Evrard et al (2003, p.489) autour des étapes suivantes « *prendre comme première variable explicative celle dont la corrélation avec la variable à expliquer est la plus élevée, calculer les résidus de cette régression simple, calculer les régressions simples entre ces résidus et (p-1) variables explicatives restantes et choisir la variable dont la corrélation avec les résidus est la plus élevée, itérer le processus jusqu'à ce que l'amélioration marginale ne soit plus significative, une variante permet en outre à chaque étape d'examiner la possibilité de retrait des variables précédemment sélectionnées* ».

1.3. Qualité et interprétation de la régression multiple

Dans le même ordre d'idée, nous devons juger de la qualité de la régression effectuée dans le cadre de notre recherche par la méthode « pas à pas ». Ainsi, nous allons nous conformer aux deux conditions pour juger la qualité globale de la régression telles que établies par Evrard et al (2003). Force est de constater qu'il faudrait déterminer les coefficients de détermination R^2 et le test de Fisher-Snedecor.

Le coefficient de détermination ou le coefficient de corrélation au carré⁵⁰ est un indicateur de la qualité d'ajustement (Pupion, 2008). Grâce à ce coefficient, nous pourrions juger la part de la contribution de chacune des variables indépendantes, qui sont représentées dans le cadre de notre recherche par les différentes formes de reconnaissance, à l'explication des effets de la reconnaissance sur les comportements discrétionnaires. En d'autres termes, R^2 , nous indique si les variables explicatives exercent une incidence sur la variable dépendante (Stafford et Bodson, 2007). Evrard et al (2003, p.491) soulignent que le coefficient de corrélation au carré « *s'interprète comme le pourcentage de la variable à expliquer restituée par le modèle* ». Il prend des valeurs comprises entre 0 à 1 et plus R^2 est proche de 1, et plus les variables indépendantes retenues ont conjointement un pouvoir explicatif important (Stafford et Bodson 2007). De même, nous allons vérifier la variation de R^2 qui est obtenue en rajoutant ou en soustrayant une variable indépendante lors de la régression multiple via la méthode pas à pas. Lorsque la variation de R^2 associée à une variable est importante, cela nous permettra

⁵⁰ « R^2 compare les valeurs estimées (prédites) de la variable dépendante à ses valeurs observées à l'aide de la somme des écarts de la moyenne » (Stafford et Bodson, 2007, p 162)

de juger qu'elle constitue un bon prédicateur de la variable dépendante⁵¹. Nous allons aussi déterminer le coefficient de corrélation multiple qui s'interprète de la même manière qu'un coefficient de corrélation simple et dont le signe reflète le sens de la relation entre les variables explicatives et celle à expliquer (Evrard et al, 2003). Dans le même ordre d'idée, le coefficient de détermination ajusté dont la valeur doit être proche du coefficient de détermination nous permettra de déterminer le pourcentage de la variance expliquée par une variable indépendante.

Par ailleurs, le test de Fisher Snedecor encore appelé test F, nous permet de juger de la significativité des relations entre les variables explicatives et celles à expliquer. Lorsque la valeur de F est importante et que la significativité associée au test est inférieure à 0,05, nous pouvons dès lors affirmer que la variable explicative a une incidence sur la variable à expliquer. Sinon, une valeur de F faible à laquelle s'associe une significativité du test supérieure à 0,05 nous permet de conclure l'absence de l'effet du facteur étudié sur la variable à expliquer (Evrard, 2003 ; Gavard-Perret et al, 2012).

Dans l'objectif d'éliminer les variables explicatives inutiles qui biaiseront la qualité globale de notre régression, pour chacune des variables, nous allons effectuer un test de Student. Ce test « *effectué sur chaque coefficient de régression qui nous permettra d'examiner si pour chaque variable explicative, il existe une relation significative avec la variable à expliquer* » (Evrard et al, 2003, p.494). Ainsi, dans le cadre de notre recherche, le t de Student attestant d'un niveau de signification inférieur à 0,05 qui constitue le seuil traditionnel utilisé en sciences sociales (Stafford et Bodson, 2007), nous permettront de juger qu'il existe une relation significative entre la variable explicative et celle à expliquer.

De même, afin d'interpréter nos résultats, nous déterminerons aussi le coefficient Bêta qui associé à une variable indépendante permet de traduire l'effet spécifique ou partiel de la variable indépendante concernée sur la variable dépendante tout en tenant compte des autres variables indépendantes insérées dans le modèle.

⁵¹Source : http://www.sussex.ac.uk/its/pdfs/SPSS_Statistics_Base_22.pdf , consulté le 15 Janvier 2016 (non reprise en bibliographie)

1.4. L'analyse de la variance ANOVA à plusieurs facteurs

L'analyse de la variance constituera la dernière étape de la méthode que nous adoptons afin de tester nos hypothèses de recherche. Tout comme l'analyse de la qualité de la régression, cette analyse « *a pour objet de déterminer si une ou plusieurs variable(s) explicative(s) (a), (ont) une influence significative ou non sur la variable à expliquer* » (Evrard et al, 2003, p.502).

Les variables indépendantes et dépendantes de notre modèle sont quantitatives, la valeur des coefficients pourra dès lors être interprétée après un test de leur significativité (Evrard et al, 2003).

Dans la visée d'améliorer l'explication et la signification des effets des variables explicatives sur la variable à expliquer (Gavrad-Perret et al, 2012), nous étudierons l'effet simultané des différentes formes des variable à expliquer. La démarche de l'analyse de la variance à plusieurs facteurs est similaire à celle adoptée dans le cas de l'analyse de la variance uni variée. Nous déterminerons dans un premier temps « *une variance par facteur, faire un test spécifique à chaque facteur afin d'en évaluer la signification pratique* » (Gavrad-Perret et al, 2012, p.286).

2. Influence de la reconnaissance au travail sur les comportements discrétionnaires

Avant de déterminer l'impact de la reconnaissance sur les comportements discrétionnaires, nous devons nous assurer de l'absence de colinéarité entre les différentes variables indépendantes.

2.1. La multi colinéarité des variables indépendantes mesurant la reconnaissance au travail

L'analyse en composante principale de la reconnaissance au travail a révélé l'existence de sept facteurs. Ces variables indépendantes seront mobilisées afin de déterminer les effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation.

Particulièrement, nous allons déterminer parmi les différents facteurs de la reconnaissance à savoir la reconnaissance liée aux remerciements écrits, reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle, la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement, la reconnaissance liée aux feed-back verbaux, reconnaissance liée aux remerciements publics, la reconnaissance financière et liée aux qualifications ainsi que la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe celles qui expliqueraient le plus le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Afin de pouvoir utiliser ces facteurs comme variables explicatives dans un modèle de régression multiple nous devons nous assurer de leur indépendance. La matrice des corrélations de Pearson indique qu'il n'existe pas de corrélations entre les différentes variables indépendantes. En effet, d'après les tableaux des coefficients de Pearson disponible en Annexe 6 et Annexe 7, nous remarquons que le coefficient de Pearson est de l'ordre de 0,000 pour les sept variables indépendantes qui mesurent la reconnaissance au travail, ce qui nous permettrait d'appliquer l'algorithme de régression.

2.2. Influence de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide

Tester la relation entre les différentes variables indépendantes qui mesurent la reconnaissance au travail et la variable dépendante à savoir le comportement d'entraide exige de vérifier d'abord que les résidus sont indépendants de la variable à expliquer. Pour ce faire et comme nous l'avons indiqué au niveau de la partie 1.1 de cette section, nous adoptons le test de Durbin Watson qui indique d'après le tableau 29 une valeur de l'ordre de 1,908 qui est proche de 2 nous permettant de conclure de l'indépendance des résidus.

Dans l'objectif de juger de la qualité de régression que nous rappelons a été effectuée via la méthode pas à pas, le coefficient de régression R^2 ajusté indique une valeur de l'ordre de 0,353 et qui est légèrement inférieure au coefficient de régression R^2 (0,375) attestant de la robustesse du modèle. De même, la valeur du test de Fisher affichée par le tableau de la variance ANOVA (Annexe 6) et qui est de l'ordre de 17,710 affiche une significativité inférieure à 0,05 et qui est de l'ordre de 0,000 ce qui nous permet de juger de la significativité des relations entre les variables explicatives de la reconnaissance au travail et la variable à expliquer : le comportement d'entraide.

Tableau 33: Résumé des résultats de la qualité de régression et la significativité des relations entre les variables explicatives de la reconnaissance et la variable à expliquer: le comportement d'entraide

R	R ²	R ² ajusté	Durbin-Watson	F	Sig
0,612	0,375	0,353	1,908	17,710	0,000

Le coefficient de corrélation ajusté révèle que 35,3% de la variance du comportement d'entraide est expliquée par les sept facteurs de la reconnaissance au travail. Nous constatons d'après le tableau 34 que le t de Student atteste d'un niveau de signification inférieur à 0,05 pour toutes les variables explicatives de la reconnaissance au travail. Ce qui nous permet de juger qu'il existe une relation significative entre les sept variables explicatives de la reconnaissance au travail et le comportement d'entraide. Grâce aux coefficients Bêta standardisés, nous pourrions comparer l'influence respective de chacune des variables indépendantes sur la variable dépendante à savoir le comportement d'entraide.

Force est de constater que la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement est la variable la plus explicative du comportement d'entraide (B=0,333 ; t=6,061 ; p=0,000). Lorsque la variable inhérente à la reconnaissance liée aux remerciements publics est introduite, le pourcentage de variance expliquée enregistre une amélioration de 8,5%. Cette variable a un pouvoir explicatif certes significatif mais qui est moins élevé par rapport à la variable reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement (B=2,92 ; t=5,315 ; p=0,000). Dans le même ordre d'idée, la reconnaissance liée aux feedback verbaux a un pouvoir explicatif plus faible que celui de la reconnaissance liée aux remerciements publics vu le fait que le coefficient Bêta qui lui est associé est de l'ordre de 0,227. Force est de constater aussi d'après le tableau 34 que l'introduction de la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe entraîne une amélioration du pourcentage de la variance expliquée de l'ordre de 3,5% soit une diminution de 1,7% par rapport à celle de la reconnaissance liée aux feedback verbaux. La reconnaissance financière et liée aux qualifications affichant un coefficient Bêta de l'ordre de 0,184 ainsi que la reconnaissance liée aux remerciements écrits dont le coefficient Bêta est égal à 0,179 introduites successivement entraînent de très faibles améliorations de R² par

rapport aux variables qui les précèdent et qui sont respectivement la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe affichant ainsi une variation de l'ordre de 3,4% et la reconnaissance financière et liée aux qualifications qui est égale à 3,2%. En dernier lieu, la reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle enregistre un coefficient Bêta négatif et égal à -0,159 ainsi qu'un t de Student de l'ordre de -2, 892. La variation de R² est moins importante par rapport aux variables précédentes puisqu'elle est égale à 0,025.

Tableau 34: Régression multiple pas à pas: Influence de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide

Variables	Bêta standardisé	t	Significativité	Variation de R ²	Variation de F
Reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement	0,333	6,061	0,000	0,111	26,596
Reconnaissance liée aux remerciements publics	0,292	5,315	0,000	0,085	22,516
Reconnaissance liée aux feedback verbaux	0,227	4,129	0,000	0,052	14,449
Reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	0,188	3,424	0,01	0,035	10,380
Reconnaissance financière et liée aux qualifications	0,184	3,348	0,01	0,034	10,366
Reconnaissance liée aux remerciements écrits	0,179	3,261	0,01	0,032	10,271
Reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-0,159	-2,892	0,04	0,025	8,367

Partant de ces résultats, les variables les plus explicatives du comportement d'entraide sont classées dans un ordre décroissant comme suit :

- ✓ La reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement,
- ✓ La reconnaissance liée aux remerciements publics,
- ✓ La reconnaissance liée aux feed-back verbaux,
- ✓ La reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe,
- ✓ La reconnaissance financière et liée aux qualifications,
- ✓ La reconnaissance liée aux remerciements écrits,
- ✓ La reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle.

Nous soulignons, que toutes les variables indépendantes inhérentes à la reconnaissance au travail ont un effet positif sur le comportement d'entraide à l'exception de la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle. En d'autres termes, plus la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle est importante et moins les infirmiers ont tendance à adopter des comportements d'entraide. **Partant de ce constat, l'hypothèse H1 selon laquelle la reconnaissance au travail a un effet positif sur le comportement d'entraide est partiellement validée.**

2.3. Influence de la reconnaissance au travail sur le comportement d'innovation

Nous rappelons que l'analyse en composantes principales a révélé sept variables indépendantes inhérentes à la reconnaissance au travail. Afin de tester l'effet de la reconnaissance au travail sur le comportement d'innovation, nous allons effectuer une régression pas à pas. Le tableau 35 présente les résultats du test. Toutefois avant d'effectuer cette régression multiple via la méthode pas à pas, nous devons nous assurer que les résidus sont indépendants de la variable à expliquer à savoir le comportement d'innovation. Pour ce faire et à l'instar de la méthode adoptée pour tester l'effet de la reconnaissance au travail sur le comportement d'innovation, nous vérifions la valeur du test de Durbin Watson qui indique une valeur de l'ordre de 1,948 attestant de la robustesse du modèle. La valeur du test de Fisher (Annexe 7) est égale à 14, 613 est significative à un seuil 0,000 nous permet dans le

même ordre d'idée de conclure de la significativité des relations entre les variables indépendantes de la reconnaissance au travail et la variable dépendante : le comportement d'innovation.

Tableau 35: Résumé des résultats de la qualité de régression et la significativité des relations entre les variables explicatives de la reconnaissance au travail et la variable à expliquer: le comportement d'innovation

R	R ²	R ² ajusté	Durbin-Watson	F	Sig
0,575	0,331	0,308	1,948	14,613	0,000

D'après le tableau 35 qui résume les résultats de la régression pas à pas, nous constatons que le t de Student affiche un seuil de significativité inférieur à 0,05 pour six variables indépendantes parmi les sept que nous retenons dans le cadre de notre étude. En effet, la variable qui mesure la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe indique que la significativité du t de Student est égale à 0,183. Partant de ce constat, nous pouvons conclure que l'effet de la reconnaissance au travail sur le comportement d'innovation est expliqué par les six variables indépendantes à savoir :

- la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement,
- la reconnaissance liée aux remerciements publics,
- la reconnaissance liée aux feed-back verbaux,
- la reconnaissance financière et liée aux qualifications,
- la reconnaissance liée aux remerciements écrits,
- la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle.

Le coefficient de corrélation R² ajusté révèle que 30,8% de la variance du comportement d'innovation est expliquée par ces six variables indépendantes qui comme nous venons de l'indiquer enregistrent un niveau de significativité du t de Student inférieur à 0,05. Ainsi, nous confirmons l'existence d'une relation significative entre les six variables explicatives inhérentes à la reconnaissance au travail et le comportement d'innovation. D'après le tableau 36, nous constatons que la reconnaissance liée aux opportunités de développement est la plus

explicative du comportement d'innovation puisqu'elle affiche un coefficient Bêta standardisé égal à 0,292 qui est le plus élevé par rapport aux coefficients Bêta standardisé des autres variables qui expliquent le comportement d'innovation. La reconnaissance liée aux remerciements publics affiche un coefficient Bêta standardisé de l'ordre de 0,291 qui est faiblement inférieur à celui de la reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement. L'introduction de cette variable améliore le pourcentage de la variance expliquée de 8,5%. Force est de constater que ce pourcentage est égal à celui de la variance expliquée de la variable reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement. Nous pouvons dès lors conclure que les variables indépendantes inhérentes à la reconnaissance liée aux remerciements publics ainsi que la variable liée à la participation aux décisions et opportunités de développement ont un pouvoir explicatif significatif et identique.

Toutefois, la reconnaissance liée aux feed-back verbaux affiche un coefficient Bêta standardisé égal à 0,245 ainsi qu'un t de Student d'une valeur égale à 4,293 et qui est aussi significatif à un seuil égal à 0,000. L'introduction de cette variable permet une amélioration de la variance expliquée de 6% que nous pouvons interpréter comme étant légèrement inférieure par rapport à celle apportée par la reconnaissance liée aux remerciements publics.

Dans le même ordre d'idée, la reconnaissance financière et liée aux qualifications affiche un coefficient Bêta standardisé égal à 0,195 enregistrant ainsi une amélioration de la variance expliquée de 3,8% et qui est inférieure par rapport à celle apportée par la reconnaissance liée aux feedback verbaux. D'après le tableau 36, la reconnaissance liée aux remerciements écrits révèle un coefficient Bêta standardisé de l'ordre de 0,172, un t de Student d'une valeur égale à 3,012 significatif à un seuil de l'ordre de 0,03. Suite à l'introduction de cette variable, nous constatons une amélioration de la variance expliquée de 2,9%.

En dernier lieu, la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle ainsi que celle liée à la fierté de travailler avec l'équipe d'infirmier affichent des variations de R^2 attestant de l'amélioration de la variance expliquée respectivement de l'ordre de 2,9% et 2,8%. De même, le pouvoir explicatif de la variable reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle ($B=0,172$, $t=3,012$, $p=0,03$) ainsi que celui de la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle ($B=0,167$, $t= 2,926$, $p=0,04$) est certes faible mais significatif.

Tableau 36: Résultats de régression multiple pas à pas: Influence de la reconnaissance au travail sur le comportement d'innovation

Variables	Bêta standardisé	t	Significativité	Variation de R ²	Variation de F
Reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement	0,292	5,122	0,000	0,085	19,826
Reconnaissance liée aux remerciements publics	0,291	5,112	0,000	0,085	21,659
Reconnaissance liée aux feed back verbaux	0,245	4,293	0,000	0,060	16,385
Reconnaissance financière et liée aux qualifications	0,195	3,421	0,01	0,038	10,890
Reconnaissance liée aux remerciements écrits	0,172	3,012	0,03	0,029	8,752
Reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	0,167	2,926	0,04	0,028	8,564
Reconnaissance liée à la fierté de travailler en équipe	0,076	1,336	0,183	—	—

En nous basant sur ces résultats, nous classifions les variables les plus significatives du comportement d'innovation selon l'ordre chronologique décroissant suivant :

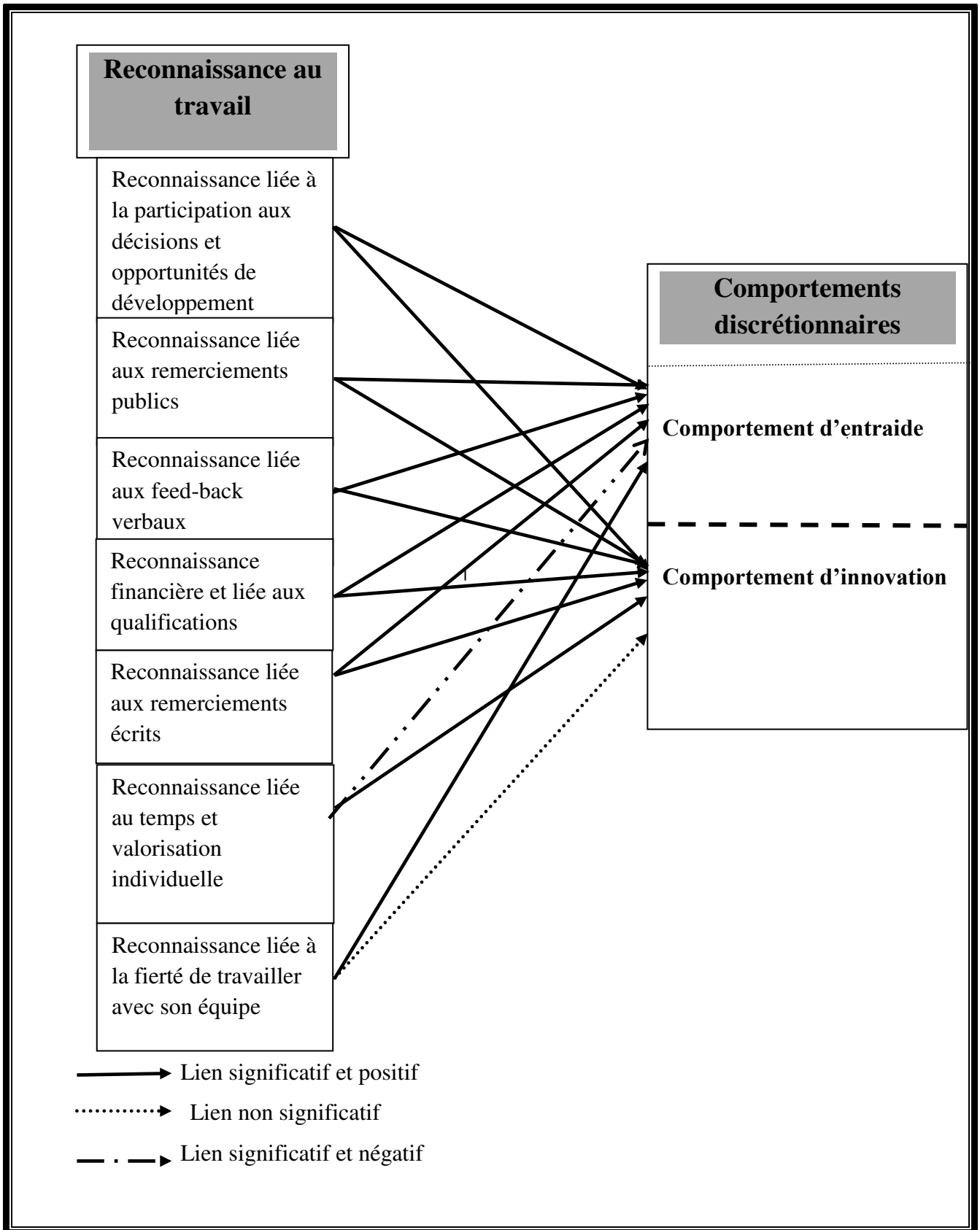
- ✓ La reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement,
- ✓ La reconnaissance liée aux remerciements publics,
- ✓ La reconnaissance liée aux feed-back verbaux,
- ✓ La reconnaissance financière et liée aux qualifications,

- ✓ La reconnaissance liée aux remerciements écrits,
- ✓ La reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle.

Nous soulignons que toutes les variables explicatives de la reconnaissance au travail que nous retenons dans le cadre de notre étude enregistrent des effets positifs et significatifs sur le comportement d'innovation à l'exception de la reconnaissance liée à la fierté de travailler en équipe. **Partant de ces constats, l'hypothèse H2 qui mesure l'effet de la reconnaissance au travail sur le comportement d'innovation est partiellement validée.**

En résumé, tout au long de cette section, nous avons présenté les résultats obtenus par les analyses de régression multiple que nous avons effectuée dans le cadre de la phase quantitative de notre recherche. Pour nos deux variables à expliquer à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation, force est de constater que les variables dépendantes qui leur sont les plus explicatives sont la reconnaissance liée aux opportunités de développement, la reconnaissance liée aux remerciements publics et la reconnaissance liée aux feed-back verbaux. Ce travail nous permet dès lors d'ajuster notre modèle de recherche aux tests des hypothèses que nous avons effectués

Figure 1: Modèle de recherche réajusté



Section 3 : Discussion des liens entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires

A notre connaissance, les effets de la reconnaissance sur les comportements discrétionnaires du personnel infirmier n'ont pas fait l'objet d'études préalables, ce qui nous a poussés à exploiter cette exclusivité dans le contexte Tunisien.

L'étude quantitative que nous avons menée auprès d'un échantillon de 215 infirmiers qui travaillent dans des hôpitaux et cliniques en Tunisie, nous a permis de déterminer l'impact des différentes formes de reconnaissance sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Les résultats de notre étude ont révélé que la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement, celle inhérente aux remerciements publics et enfin celle se présentant sous forme de feedback verbaux sont les plus explicatives des deux comportements discrétionnaires. Les autres formes de reconnaissance que notre étude a révélé à savoir la reconnaissance liée aux remerciements écrits et celle reliée au temps et la valorisation individuelle sont significatives et impactent positivement les comportements discrétionnaires mais leurs impacts sont toutefois moins significatifs par rapport aux trois premières formes que nous venons de citer (1). Néanmoins, notre étude a révélé deux résultats que nous pouvons qualifier de « contre intuitifs » en ce qui concerne la reconnaissance financière et liée aux qualifications qui a certes un effet significatif sur le comportement d'entraide mais qui est plutôt négatif(2). Dans le même ordre d'idée, la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe n'a pas d'effet significatif sur le comportement d'innovation (3). Nous allons tout au long de cette section nous appuyer sur les résultats de notre étude qualitative ainsi que ceux de la littérature afin d'explicitier nos résultats quantitatifs

1. Les formes de reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : Repérage des liens les plus significatifs

Les infirmiers sont en lutte permanente pour la reconnaissance, ils cherchent à ce que leur investissement au travail, les pratiques qu'ils entreprennent, les résultats atteints, ainsi que leur singularité en tant qu'être humain à part entière digne de respect fassent l'objet d'une reconnaissance qui se présente sous différentes formes. Les résultats de notre étude quantitative ont révélé que la reconnaissance au travail se présente sous sept formes différentes. En effet, nous nous sommes inspirés de l'étude de Blegen et al (1992), afin de catégoriser les différentes formes de reconnaissance au travail en reconnaissance liée aux remerciements publics, la reconnaissance liée aux remerciements écrits, la reconnaissance liée aux feed-back verbaux ainsi que la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement. Par ailleurs, l'analyse en composante principale de l'échelle de mesure de la reconnaissance a révélé l'existence d'autres dimensions que l'étude de Blegen et al (1992) n'a pas déterminé et pour lesquelles nous nous sommes inspirés des résultats de notre étude qualitative ainsi que l'étude de Miyata et al (2015) afin de les classer. De ce fait, nous avons pu identifier trois autres dimensions à savoir la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, la reconnaissance financière et liée aux qualifications ainsi que la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle.

1.1. La reconnaissance liée aux opportunités de développement et les comportements discrétionnaires : Importance du soutien du supérieur hiérarchique et de l'empowerment

La reconnaissance liée aux opportunités de développement représente la forme de reconnaissance la moins significative pour le personnel infirmier selon l'étude de Blegen et al (1992). Toutefois, Duffield et al (2009) affirment que les infirmiers cherchent de meilleures opportunités de développement ainsi qu'une plus grande marge de manœuvre pour participer aux prises de décision et que cela est déterminant pour leur rétention au sein des structures de soin. Les résultats de notre étude qualitative viennent confirmer ce résultat puisque les

discours évoquent l'importance de la marge de manœuvre que leur octroie leur supérieur à savoir l'empowerment au sens de Eo et al, (2014), pour orienter leurs efforts vers le résultat escompté « *la surveillante m'accorde plus de temps quand je dois m'occuper d'une patiente dont l'état est grave... une fois elle m'a donné les clés pour accéder à son bureau, à son casier pour que je puisse me procurer des médicaments nécessaires comme la morphine afin que la patiente souffre moins, elle m'a même laissé signer une fois le document d'autorisation de sortie... quand je pense que j'ai la chance de jouir de toute cette confiance de la part de mon chef, je ne peux que faire de mon mieux et voire même plus pour répondre à ses attentes* » **Entretien 8**. D'autres, nous ont exprimé leurs vœux que leur supérieur consulte leurs avis avant de prendre des décisions « *parfois il nous donne des heures de garde la veille sans voir si on a des engagements ou pas, il laisse sortir un patient qui n'a pas terminé son traitement, tu sais, il peut pas tout faire seul, je suis le seul qui connaît tout sur le patient... il doit comprendre que pour la bonne marche du service, nos points de vue sont importants et qu'il doit aussi nous impliquer dans les prises de décision* » **Entretien 9**.

Le supérieur hiérarchique qui reconnaît le travail des infirmiers en leur offrant plusieurs alternatives pour évoluer sur le plan professionnel et acquérir de nouvelles compétences via l'accès à des formations reflète l'importance qu'il leur accorde et du souci qu'il se fait de leur carrière professionnelle. Force est de constater que les opportunités de développement ne peuvent être pensées sans le soutien du supérieur hiérarchique.

Le soutien du supérieur hiérarchique est un signe de reconnaissance apporté pour améliorer la carrière de ses collaborateurs. Il se présente sous forme de conseils, de missions qui leur sont confiées favorisant ainsi leur développement de carrière et les aidant dans leur orientation de carrière qui concourent à leur réussite professionnelle (Roger et Jamel, 2011). Le chef de service ou le surveillant représentent les personnes les plus impliquées dans ce soutien car elles entretiennent des relations quotidiennes avec les infirmiers. Ces relations se basent sur le principe de l'échange leader-membre selon lequel « *chaque partie doit offrir quelque chose que l'autre partie considère comme étant de valeur* » (Delobbe et al, 2005, p.47). Le supérieur hiérarchique offre aux infirmiers l'occasion de participer à des formations, d'incarner le rôle de l'ambassadeur de l'équipe d'infirmiers lors des réunions, de les soutenir et assister pour mener à bien leurs objectifs professionnels de carrière (Blegen et al, 1992). Les infirmiers s'estiment ainsi redevables, un sentiment de dette s'instaure dès lors en eux, et

qui d'après le principe de la réciprocité des échanges que nous avons développé au niveau de la première section du chapitre 3, les incite à adopter des comportements discrétionnaires.

Toutefois, les résultats de notre étude qualitative ont révélé que les infirmiers qui ne bénéficient pas des opportunités de développement et qui ne participent pas aux prises de décisions se sentent marginalisés. Vient se greffer à cela le fait qu'ils perçoivent que leurs collègues qui en bénéficient ont cette chance car ils font preuve d'allégeance au supérieur hiérarchique *« je n'ai pas pu assister à cette formation car mon collègue a des relations privilégiées avec le chef de service...il a été sollicité et il est parti...il est moins compétent que moi.... tous mes collègues peuvent te le confirmer »* **Entretien 3**. En revanche, les infirmiers qui bénéficient de cette forme de reconnaissance nous ont fait part des critères de justice qui ont concouru à ce qu'il soient dignes de la responsabilisation de la part de leur chef de service *« Mon chef m'octroie la marge de manœuvre nécessaire car je la mérite...il consulte mon avis car à chaque fois qu'il le fait, le résultat est impeccable...il me choisit moi et non pas un autre pour assister aux formations car il sait que je ne vais pas m'accaparer les informations apprises mais plutôt que je vais les partager »* **Entretien 8**.

Bénéficier des opportunités de développement, permet aux infirmiers de mettre à jour leurs compétences pour pouvoir s'adapter aux exigences de leur métier ainsi qu'aux changements de leur environnement de travail (Miyata et al, 2015). En effet, le métier d'infirmier souvent qualifié de pénible se caractérise par un ensemble d'exigences à savoir la disponibilité temporelle permanente, la mobilisation immuable selon les rythmes, les calendriers non planifiés, l'adaptation aux tâches multiples, la capacité à prendre des initiatives (Lallement, 2007). Ces exigences inhérentes au métier d'infirmier accentuées par le contact permanent avec la mort, l'impossibilité de concilier vie personnelle et vie professionnelle, le manque de moyens et les freins qui ralentissent la promotion aux différents grades constituent autant de facteurs contraignants à l'exercice quotidien des tâches du personnel infirmier. Afin de remédier à ses conditions de travail astreignantes, les infirmiers adoptent des comportements d'entraide qui ont pour objectif d'assurer la cohésion de leur équipe et de résoudre les conflits pouvant surgir sur les lieux de travail. Le fait de reconnaître le travail des infirmiers en leur faisant bénéficier des opportunités de développement les incite à adopter des comportements d'entraide qui seront appréciés et valorisés par leur supérieur hiérarchique.

Par ailleurs, grâce à cette forme de reconnaissance, les infirmiers bénéficient d'une plus grande marge de manœuvre qui leur permet d'appliquer les solutions innovantes. Pour

mémoire, les comportements d'innovation représentent la création intentionnelle, l'introduction mais aussi l'application de nouvelles idées au travail (Janssen, 2000). Les résultats de notre étude qualitative ont révélé que les infirmiers produisent des idées novatrices autour desquelles ils mobilisent l'ensemble de leurs collaborateurs. Toutefois, l'application des nouvelles idées se heurte essentiellement aux barrières inhérentes à la structure bureaucratique qui propulse la gestion rigide du personnel infirmier. D'où l'importance des pratiques liées à l'empowerment dans l'application des solutions innovantes. L'empowerment ou le partage de pouvoir se réfère aux différentes pratiques de prise de décision qui favorisent l'autonomie d'action, l'initiative et la responsabilisation (Tremblay et al, 2000).

Grâce à cette forme de reconnaissance, les salariés perçoivent que leur organisation leur laisse une certaine marge de liberté dans l'exécution de leur travail (Tremblay et al, 2000). Selon Kanter (1979) lorsque les environnements de travail permettent l'accès aux informations, aux supports et les ressources nécessaires pour effectuer le travail ainsi que l'opportunité d'apprendre et développer des compétences, les supérieurs hiérarchiques peuvent dès lors déléguer le pouvoir à leurs collaborateurs. En soins infirmiers, l'empowerment est fréquemment utilisé pour caractériser les infirmiers qui agissent avec succès au sein des structures de soin afin de fournir des soins efficaces aux patients tout en les incitant à adopter des comportements d'innovation (Eo et al, 2014).

Reconnaître le travail des infirmiers en leur octroyant la marge de manœuvre nécessaire pour qu'ils appliquent leurs solutions, idées innovantes est perçue comme étant une marque de confiance qui les motive à adopter un comportement d'innovation.

1.2. La reconnaissance liée aux feed-back verbaux et la reconnaissance liée aux remerciements publics : deux formes de reconnaissance déterminantes des comportements discrétionnaires.

La reconnaissance liée aux feedback verbaux ainsi que celle liée aux remerciements publics impactent positivement les deux comportements discrétionnaires qui font l'objet de notre étude à savoir le comportement d'entraide et le comportement d'innovation.

Les feedback verbaux représentent une forme de reconnaissance de la performance au travail permettant aux infirmiers d'effectuer une auto évaluation de leur travail. Un examen attentif

des items permettant de mesurer cette forme de reconnaissance révèle que ces indicateurs s'articulent autour d'une rétroaction sur le travail des infirmiers concernant les soins administrés aux patients ainsi que les réussites au sein du service. Les feedback verbaux positifs sont importants pour le travail des infirmiers (Swansbug et Swansburg, 2002). Toutefois, les supérieurs hiérarchiques des infirmiers doivent prendre leur temps pour fournir des feedback verbaux. Il ne s'agit certes pas d'un processus d'évaluation mais plutôt d'une source de développement, une forme d'appréciation de la performance au travail permettant un meilleur développement de soi pour les infirmiers (Atwater et al, 2007).

Atwater et al (2007) se sont basés sur la théorie de contrôle de Carver et Scheier (1990) et la théorie du feed-back intervention de Kluger et De Nisi, (1996) afin de déterminer l'importance des feed-back et leur impact sur les comportements des salariés au travail. Ces deux théories stipulent que le comportement est régulé par des comparaisons entre une valeur de référence ou standards que les salariés se fixent et qu'ils s'efforcent d'atteindre (Delaval, 2014) et les feed-back octroyés en contre partie de ces tentatives. Si les salariés perçoivent un écart entre la valeur de référence et le feed-back octroyé, ils effectueront l'ajustement comportemental nécessaire pour réduire cet écart.

Les résultats de notre étude auprès de 215 infirmiers ont révélé que la reconnaissance liée aux feed-back verbaux impacte positivement le comportement d'entraide et le comportement d'innovation du personnel infirmier. En nous basant sur les principes de la théorie de contrôle et la théorie du feedback, nous pouvons avancer l'idée selon laquelle, les infirmiers perçoivent qu'il n'existe pas d'écarts entre la reconnaissance liée aux feed-back verbaux ainsi que les deux comportements discrétionnaires. De ce fait, cette forme de reconnaissance inciterait les infirmiers à adopter le comportement d'entraide et le comportement d'innovation.

Dans le même ordre d'idée, la reconnaissance liée aux feed-back verbaux représente la reconnaissance liée à l'ensemble des informations permettant un renforcement positif qui selon Tremblay et al (2000) représente une forme de récompense dont les avantages sont similaires à ceux générés par les systèmes de renforcement pécuniaire et non pécuniaire (Luthans, F., & Stajkovic, 1999). L'analyse des résultats de notre étude qualitative a révélé que cette forme de reconnaissance au travail liée aux feed-back verbaux est attestée par le supérieur hiérarchique en aparté afin de rendre compte du travail réellement effectué par l'infirmier et de valoriser ses efforts fournis en terme de contribution à la tâche prescrite. Cette forme de reconnaissance reflète aussi le mérite des infirmiers lorsqu'ils effectuent le

travail prescrit. Vient se greffer à cela, le fait qu'elle soit témoignée en privé, dissuade les infirmiers à entrer en compétition avec leurs collègues et de reporter les erreurs et omissions des membres de leur équipe au supérieur hiérarchique. En d'autres termes, grâce à cette forme de reconnaissance, l'infirmier présente son aide afin que son collègue solutionne son problème et peut concilier la divergence des intérêts vers un consensus afin d'orienter les efforts de ses collègues vers l'accomplissement du travail prescrit. Ce résultat vient corroborer celui de Kim et al (2003) selon lesquels le feed-back positif, modifie les comportements en les orientant vers la coopération au travail d'où l'effet positif de la reconnaissance liée aux feed-back verbaux sur les comportements d'entraide des infirmiers. Par ailleurs, la reconnaissance liée aux feed-back verbaux impacte positivement les comportements d'innovation adoptés par les infirmiers.

Cette forme de reconnaissance privée attestée par le supérieur hiérarchique est perçue comme étant valorisante de la prise de risque de l'infirmier afin d'appliquer les solutions innovantes. De ce fait, lorsque les supérieurs effectuent une rétroaction du travail individuel de l'infirmier, ce dernier la perçoit comme une forme de reconnaissance personnalisée qui permettrait de le motiver afin d'adopter des comportements d'innovation en créant de nouvelles idées pour résoudre les questions difficiles au travail, ou produire des solutions originales face aux problèmes autour desquels il mobilise l'assistance et le soutien de ses collaborateurs pour les transformer en des applications utiles pour son travail. Dans le même ordre d'idée, les résultats de notre étude qualitative ont révélé que le surveillant ou chef de service remercie publiquement ses infirmiers et félicite ceux qui ont contribué à la réalisation du travail prescrit ou bien qui ont réalisé seul ce travail. Dans le même ordre d'idée, la cérémonie organisée lors du départ à la retraite au cours de laquelle des signes de reconnaissances verbales et non verbales prennent place est perçue comme une attestation des compétences acquises au cours des années d'ancienneté. Ces pratiques qui représentent la reconnaissance liée aux remerciements publics incitent les infirmiers à adopter des comportements d'entraide en coopérant avec leurs collègues afin de les aider à soulever les difficultés au travail ou bien à les concilier pour atteindre un compromis face à des conflits interpersonnels.

Les résultats de notre étude qualitative viennent corroborer ceux de notre étude quantitative puisqu'ils ont aussi révélé que la reconnaissance liée aux remerciements publics a un effet positif sur le comportement d'innovation des infirmiers. Nos résultats sont en concordance avec ceux de Defélix et al (2015) selon lesquels reconnaître le travail des salariés

publiquement a un effet positif sur les comportements d'innovation puisque ces derniers déploient plus d'efforts afin de détecter les problèmes pour en dégager les solutions qu'ils appliquent en prenant l'initiative d'enlever les entraves auxquelles se heurtent le comportement d'innovation. L'objectif étant de se démarquer de leurs collaborateurs via ces remerciements publics. Dans la même veine, les résultats de notre étude qualitative ont révélé que les infirmiers qui ont une ancienneté importante au sein du service sont moins vigilants aux directives de leur supérieur hiérarchique et qu'ils appliquent les solutions innovantes car ils savent qu'ils vont faire l'objet de remerciements lors de la cérémonie de départ à la retraite.

Par ailleurs, les résultats de notre étude quantitative ont révélé que la reconnaissance liée aux feed-back verbaux et aux remerciements publics ont des effets plus importants sur les deux comportements discrétionnaires par rapport à la reconnaissance financière et liée aux qualifications. En effet, la reconnaissance qui se présente sous formes d'augmentations de salaire n'est octroyée qu'occasionnellement suite à des passages de grades ou en réponse aux revendications des salariés qui font l'objet de grèves. Cette forme de reconnaissance est indirectement attribuée par le supérieur hiérarchique des infirmiers car elle relève du ressort du ministère de la santé publique. Nous rappelons que la promotion aux différents grades du personnel infirmier en Tunisie s'effectue par le ministère de la santé publique, en fonction de la réussite aux cycles de formation, à un concours sur épreuves, sur la base d'une liste d'aptitudes et au mérite. Les infirmiers perçoivent que les augmentations de salaire ne sont pas personnalisées car elles ne sont pas directement attribuées par leur supérieur hiérarchique. Ce qui semble ôter à cette forme de reconnaissance le caractère d'« *une preuve tangible d'appréciation et de considération* » (Tremblay, 2000, p.16), puisqu'elle est considérée comme une pratique de rémunération. Partant de ces constats, la reconnaissance financière et liée aux qualifications inciterait moins les infirmiers à adopter des comportements discrétionnaires tels que le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Elle motiverait plutôt les infirmiers à s'engager dans des comportements qui leur permettront de se démarquer de leurs collaborateurs pour permettre à leur supérieur hiérarchique de déterminer avec exactitude la contribution de chacun d'entre eux afin de garantir une augmentation de salaire conséquente à une évaluation des efforts consentis.

2. La reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle : Explication des effets négatifs sur le comportement d'entraide

La reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle est octroyée sous forme d'une journée de congé rémunéré pour participer aux réunions de travail et de choix des horaires donnés aux infirmiers. Dans le même ordre d'idée, un examen attentif des items révèle que ces indicateurs sont reliés à la mise en lumière des réussites des infirmiers via des panneaux d'affichage, le magazine interne de l'hôpital ainsi que des augmentations de salaires proportionnelles au niveau de performance. Les résultats de notre étude quantitative ont révélé que cette forme de reconnaissance a un effet certes significatif mais négatif sur le comportement d'entraide ($B\grave{e}ta = -0,159, p=0,04$). En d'autres termes, plus la reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle est importante et moins les infirmiers ont tendance à adopter des comportements d'entraide. Plusieurs raisons peuvent être avancées afin d'expliquer ce résultat.

Les résultats de l'étude qualitative ont révélé que les infirmiers interviewés ont fait part à plusieurs reprises du phénomène de « passager clandestin » (Olson, 1965) qui se résume au fait que les infirmiers qui ne fournissent aucun effort lors du travail en groupe s'approprient le résultat atteint par l'ensemble des infirmiers de leur équipe. Ce phénomène pourrait expliquer le fait que la reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle puisse dissuader les infirmiers à adopter des comportements d'entraide. Dès lors, ils sont réticents et préfèrent adopter un comportement individuel qui reflète leurs efforts individuels une fois le résultat escompté atteint tel que le comportement d'innovation plutôt que d'aider leurs collègues infirmiers qui se réjouiront du résultat sans avoir fourni aucun effort.

Dans le même ordre d'idée, le fait que la reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle varie dans le sens inverse par rapport aux comportements d'entraide pourrait être expliqué par le fait que les infirmiers ne s'investissent pas dans des comportements d'entraide pour pouvoir se distinguer de leurs collaborateurs et garantir une flexibilité horaire. Les résultats de notre étude qualitative ont aussi révélé que le planning des heures de garde ne permet pas aux infirmiers de concilier leur vie privée et vie professionnelle, non pas parce qu'ils doivent répondre à la disponibilité horaire spécifique au métier d'infirmier mais plutôt car ils perçoivent que la répartition des heures de gardes n'est pas équitable : « *Je ne suis pas contre le fait d'assurer mes gardes, après tout quand j'ai choisi le métier d'infirmier je savais*

ce qui m'attendait...mais ce que je n'admets pas c'est que je dois assurer mes gardes et parfois même je suis obligée d'assurer celles des autres qui tout au long de l'année n'ont assuré aucune de nuit, franchement c'est révoltant » **Entretien 11.** Le sentiment d'injustice prend naissance à partir du moment où il y a une ségrégation lors du dispatching des heures de garde dans le sens où des infirmiers doivent assurer plusieurs gardes et d'autres aucune. Ce sentiment d'injustice crée des tensions entre les infirmiers et les rend impulsifs et les poussent même à prendre les mesures nécessaires pour dénoncer ces pratiques. «... je jure devant dieu que je vais aller déposer une plainte auprès du ministère et leur expliquer que ce n'est pas possible ce qui se passe et que cette forme d'injustice professionnelle ne doit plus avoir lieu »

Entretien 12. Dès lors, les infirmiers entrent en conflits avec les collaborateurs en adoptant des comportements abstentionnistes et oppressifs. Cette forme de reconnaissance incite les infirmiers à éviter les problèmes et font tout pour ne pas aider leurs collègues à les résoudre « *Au début de ma carrière, je n'ai pas pu m'intégrer dans l'équipe, eux ils se connaissent depuis longtemps, je suis nouvelle,..., je faisais mon travail seulement le mien...et même lorsqu'on a besoin de moi pour une urgence, on me demande de les aider ou les remplacer je leur disais que je ne pouvais et que ça ne faisait pas partie de mes tâches»* **Entretien 2.**

3. La reconnaissance liée à la fierté de travailler avec l'équipe d'infirmier et le comportement d'innovation

Les résultats de notre étude quantitative ont révélé que la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe n'a pas d'effet significatif sur le comportement d'innovation. En d'autres termes, le fait que le supérieur hiérarchique vante les mérites de son équipe d'infirmiers ou qu'il se vante de travailler avec une équipe aussi performante que la sienne n'a pas d'impact sur le comportement d'innovation des infirmiers. Cette forme de reconnaissance se différencie par rapport aux autres formes de reconnaissance, qui comme l'ont révélé les résultats de notre étude quantitative ont des effets positifs et significatifs sur le comportement d'innovation, par le fait qu'elle ne rétribue pas d'une façon singulière et personnalisée la contribution des infirmiers au travail. Les comportements d'innovation s'articulent autour de la production, la promotion ainsi que la réalisation des idées innovantes (Janssen, 2003). Toutefois, les résultats de notre étude qualitative ont révélé que les infirmiers prennent le risque d'appliquer les solutions innovantes lorsqu'ils perçoivent que cela concourt à l'amélioration de la santé des patients. De ce fait, reconnaître le résultat inhérent à

l'application des solutions nouvelles attestées par les patients, incite les infirmiers à prendre le risque de ne pas s'aligner aux obligations de leur supérieur hiérarchique pour concrétiser les solutions générées. Dans le même ordre d'idée, le fait que la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe n'impacte pas le comportement d'innovation des infirmiers peut être expliqué par le fait que les infirmiers ne perçoivent pas cette forme de reconnaissance comme étant authentique en ce qui a trait à la rétribution des comportements d'innovation. En effet, les supérieurs hiérarchiques sont réticents quant à l'octroi de la marge de manœuvre pour que les infirmiers appliquent leurs idées innovantes, d'où le fait que les supérieurs vantent le mérite de leur équipe, impacte certes le comportement d'entraide puisque le résultat de ce comportement relève de l'association des efforts des différents infirmiers. En revanche, il n'est pas perçu comme étant une reconnaissance individualisée, il n'a donc aucun effet sur le comportement d'innovation

Conclusion

A travers ce chapitre, nous avons testé notre modèle traitant des effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation qui représentent les deux comportements discrétionnaires retenus dans le cadre de notre étude. Pour ce faire, nous avons dans un premier temps déterminé la méthodologie que nous avons adoptée afin d'analyser la qualité psychométrique des échelles de mesure de chacun des construits de notre étude. Les facteurs retenus aussi bien pour la reconnaissance au travail que pour les comportements d'entraide et le comportement d'innovation ont été déterminés par l'analyse de la variance expliquée. Chacun de ces facteurs a fait l'objet d'une analyse de la fiabilité qui a permis de retenir l'ensemble des items inhérents aux échelles de mesure utilisées pour mesurer les variables de notre modèle. Après avoir vérifié la fiabilité et la validité des instruments de mesure, nous avons procédé dans un second temps aux tests des hypothèses en recourant à la méthode de régression multiple afin de vérifier l'impact des formes de reconnaissance que l'analyse en composantes principales a révélé sur chacun des comportements d'entraide et le comportement d'innovation. Les résultats des tests d'hypothèse ont révélé que trois formes de reconnaissance : la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement, la reconnaissance liée aux feed-back verbaux et la reconnaissance liée aux remerciements publics étaient les plus explicatives des deux comportements discrétionnaires. Toutefois, la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec l'équipe d'infirmier n'a pas d'effet sur le comportement d'innovation et la reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle a un impact négatif sur le comportement d'entraide des infirmiers. Ces résultats ont fait l'objet de discussion des convergences et divergences révélés par rapport à la littérature et essentiellement par rapport aux résultats de l'étude qualitative vu la rareté ainsi que l'inexistence d'études préalables qui ont traité des liens entre les différentes formes de reconnaissance au travail que l'analyse en composante principale a révélé et les comportements discrétionnaires adoptées par le personnel infirmier.

Conclusion deuxième partie :

La deuxième partie a permis de mettre en avant les liens entre la reconnaissance au travail et chacun des deux comportements discrétionnaires retenus dans le cadre de notre étude auprès du personnel infirmier. Elle a notamment permis d'identifier les formes de reconnaissance qui impactent le comportement d'entraide ainsi que le comportement d'innovation.

Le quatrième chapitre a montré l'importance qu'accorde l'Etat Tunisien au secteur de la santé nous permettant ainsi de justifier le choix du personnel infirmier comme population de notre étude. Il présente notamment l'option épistémologique retenue ainsi que la méthodologie adoptée en termes d'objectifs, plan de recueil des données ainsi que nos choix en matière de restitution des résultats. Ce chapitre a donc permis d'exposer la méthodologie retenue et de montrer la pertinence de ce choix nous permettant ainsi de présenter et d'analyser nos résultats dans les chapitres suivants.

Le cinquième chapitre a permis de catégoriser les différentes formes de reconnaissance que l'étude qualitative a révélé en fonction de l'objet de reconnaissance à savoir la reconnaissance des pratiques et de l'investissement au travail, la reconnaissance existentielle ainsi que la reconnaissance des résultats. Ce chapitre revient sur des notions développées dans la partie 1 et met en avant les particularités des comportements d'entraide pour le personnel infirmier qui se basent sur les relations interpersonnelles régies par le principe de réciprocité des échanges, l'altruisme et l'empathie. Il a fait aussi une analyse des comportements d'innovation qui s'articulent autour de la production des solutions innovantes et de la mobilisation des collaborateurs pour les appliquer tout en mettant l'accent sur l'importance du soutien du supérieur hiérarchique des infirmiers. Il a permis aussi de révéler que l'absence de reconnaissance démotive les infirmiers à adopter des comportements d'entraide et que les différentes formes de reconnaissance identifiées inciteraient à l'adoption des deux comportements discrétionnaires : le comportement d'entraide et le comportement d'innovation.

Le sixième chapitre a identifié les formes de reconnaissance les plus explicatives du comportement d'entraide et du comportement d'innovation et qui s'articulent autour de la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement, la

reconnaissance liée aux feed-back verbaux et la reconnaissance liée aux remerciements publics. Il a notamment explicité que la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son

équipe n'a pas d'effet sur le comportement d'innovation et que la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle a un impact négatif sur le comportement d'entraide des infirmiers. Ce chapitre a de même permis de faire une analyse et une discussion des différentes formes de reconnaissance que l'analyse en composantes principales a révélé ainsi que leurs impacts sur chacun des deux comportements discrétionnaires.

Conclusion générale

Cette thèse a pour objectif d'élucider l'impact de la reconnaissance au travail sur deux comportements discrétionnaires : le comportement d'entraide et le comportement d'innovation sur un terrain particulier, celui du personnel infirmier en Tunisie.

La rareté voire même l'inexistence des recherches qui ont investigué le lien entre ces différents concepts justifie le caractère original de ce travail doctoral et ont concouru à orienter l'objectif de la présente étude vers l'identification des formes de reconnaissance qui déterminent le plus le comportement d'entraide et le comportement d'innovation pour le personnel infirmier.

Pour ce faire, cette recherche s'est attachée à explorer les trois champs conceptuels spécifiques à la reconnaissance au travail, le comportement d'entraide et le comportement d'innovation dans l'objectif d'explicitier les liens entre les formes de reconnaissance et ces deux comportements discrétionnaires. Ces liens s'étant révélés très peu explorés, ceci nous a amené à nous appuyer sur la théorie de l'échange social afin de tenter de les démystifier. Dans le même ordre d'idée, l'importance de la reconnaissance au travail ainsi que les spécificités des comportements d'entraide et d'innovation pour le personnel infirmier sont explorés. Sur cette base, un modèle de recherche initial traitant des effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation est proposé afin d'être évalué via une investigation sur le terrain.

Les particularités du secteur de la santé Tunisien sont exposées pour justifier le choix du personnel infirmier comme population de cette recherche auprès de laquelle une étude qualitative a été menée et qui a été ensuite complétée et approfondie par une étude quantitative. Certes, cette triangulation méthodologique a été orientée par le caractère original du sujet, les objectifs de recherche ainsi que la nature de la problématique étudiée. La première étude qualitative effectuée via des entretiens semi directifs auprès de 20 infirmiers qui travaillent dans différents hôpitaux implantés à Tunis a donné la parole aux infirmiers afin de mieux appréhender la reconnaissance au travail et ses différentes formes et notamment le comportement d'entraide et le comportement d'innovation tels qu'ils les vivent dans les conditions particulières de leur travail. L'étude quantitative menée auprès d'un échantillon

final de 215 infirmiers travaillant dans différents hôpitaux et cliniques en Tunisie a pour objectif de parvenir au test du modèle de recherche. Elle a dans un premier temps permis de purifier et tester l'homogénéité des instruments de mesure mobilisés pour évaluer le modèle de recherche. Dans un second temps, elle a permis grâce à la régression multiple de vérifier les relations entre les différentes variables permettant ainsi de générer un ensemble de résultats qui dans l'ensemble stipulent que la reconnaissance au travail a un effet sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation à travers les différentes formes qu'elle a pu déterminer.

Les principaux résultats

Les principaux résultats que les deux études menées sur le terrain ont révélés, abordent l'action de la reconnaissance au travail sur les comportements d'entraide et d'innovation.

Les principaux résultats de l'étude qualitative réalisée auprès de vingt infirmiers démontrent que ce personnel est en quête permanente de reconnaissance. Cette dernière est enclenchée par les sentiments d'être stigmatisés, méprisés, invisibles et victimes d'un manque de respect. Ce déni de reconnaissance qui prend différentes formes allant d'une simple omission du prénom de l'infirmier par le chef de service ou surveillant à l'inculpation pour des actes non commis de la part des collègues en passant par l'agressivité et l'humiliation en public attestées par les patients, engendrent un ensemble de comportements dysfonctionnels au travail. D'où l'importance d'assouvir le besoin de reconnaissance au travail par le personnel infirmier.

Dans le même ordre d'idée, les infirmiers cherchent à rendre leur travail visible pour pouvoir garantir des formes de reconnaissance qui traduisent l'ensemble des pratiques déployées par les infirmiers, les résultats atteints, les efforts investis au travail ainsi que la considération de l'infirmier en tant que personne à part entière digne de respect. Les résultats de l'étude quantitative ont permis d'identifier sept formes de reconnaissance : la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement, la reconnaissance liée aux remerciements publics, la reconnaissance liée aux feed-back verbaux, la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, la reconnaissance financière et liée aux qualifications, la reconnaissance liée aux remerciements écrits ainsi que la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle.

Sur le registre des comportements discrétionnaires, l'étude qualitative a révélé que le comportement d'entraide dépend grandement des relations interpersonnelles que les infirmiers développent avec leurs collègues, patients et supérieurs hiérarchiques. Toutefois, les conditions de travail spécifiques au métier d'infirmier favorisent l'émergence des conflits. En adoptant des comportements d'entraide, les infirmiers sont plus coopératifs ce qui traduirait leur respect de l'article 11 du code de déontologie⁵² des infirmiers selon lequel « *l'infirmier coopère avec ses collègues et les membres des autres professions et maintient avec eux des relations harmonieuses* ». De même grâce aux comportements d'entraide, ils incarnent les rôles de conciliateurs en privilégiant l'intérêt collectif au détriment de leurs intérêts personnels. Les résultats de l'étude quantitative menée auprès de 215 infirmiers ont permis d'identifier que la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement est la plus explicative des comportements d'entraide des infirmiers. Les autres formes de reconnaissance à savoir la reconnaissance liée aux remerciements publics et celle liée aux feed-back verbaux incitent, certes, les infirmiers à adopter des comportements d'entraide mais dans des proportions moins importantes par rapport à celle qui s'est révélée la plus explicative de ce comportement discrétionnaire. Dans le même ordre d'idée, la reconnaissance financière et liée aux qualifications ainsi que celle liée aux remerciements écrits ont des effets significatifs mais plutôt très faibles sur le comportement d'entraide. Ces deux formes de reconnaissance qui ne sont octroyées qu'occasionnellement inciteraient moins les infirmiers à adopter le comportement d'entraide. La reconnaissance liée aux remerciements écrits n'est attestée que si jamais l'infirmier effectue le travail prescrit ou atteint l'objectif fixé par son chef de service ou surveillant. Aussi, la reconnaissance financière et liée aux qualifications n'est octroyée que suite à la réussite à des concours, à des passages de grade ou en réponse à des revendications faisant l'objet de grèves. En revanche, la reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle a un effet négatif sur le comportement d'entraide. Les infirmiers cherchent à se démarquer de leurs collaborateurs pour pouvoir garantir cette forme de reconnaissance, ils préfèrent dès lors s'engager dans des comportements qui mettent en exergue leur contribution individuelle ainsi qu'à adopter le comportement d'entraide qui est discrétionnaire et qui exige de mettre l'intérêt collectif au détriment de leur intérêt individuel.

⁵² Source : Code de déontologie des infirmiers **Articles R.4312-1 et suivants du code de la santé publique** Groupe de travail Ethiques et Déontologie 9 Février 2010 disponible sur : http://www.ordreinfirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf consulté le 7 /02/ 2015 (non reprise en bibliographie)

En ce qui concerne le comportement d'innovation, le deuxième comportement discrétionnaire qui fait l'objet de cette étude, les résultats qualitatifs ont révélé qu'il est enclenché par une reconnaissance des problèmes inhérents aux particularités exigeantes du métier d'infirmier. Le comportement d'innovation nécessite la mobilisation du personnel infirmier qui est appelé à s'entraider pour assurer la production des solutions innovantes. La réalisation de ces solutions innovantes produites nécessite que le chef de service ou surveillant, délègue le pouvoir nécessaire pour amorcer leur mise en œuvre. Toutefois, les structures de soin en Tunisie, particulièrement celles qui relèvent du secteur public, se caractérisent par la dépendance des infirmiers au supérieur hiérarchique qui exerce son emprise en les obligeant à s'aligner aux exigences de son commandement. D'où l'inhibition dans certains cas de l'application des solutions innovantes. La reconnaissance au travail inciterait les infirmiers à surmonter les difficultés qui entravent l'application des solutions innovantes en adoptant des comportements d'innovation qui sont pour la plupart orientés vers la satisfaction des besoins des patients. Les résultats de l'étude quantitative ont révélé que les comportements d'innovation sont influencés par des formes de reconnaissance spécifiques au personnel infirmier.

A l'instar des comportements d'entraide, les comportements d'innovation se sont révélés être le plus influencés d'abord, par la reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, ensuite par la reconnaissance liée aux remerciements publics et enfin par la reconnaissance liée aux feedback verbaux. Grâce à la forme de reconnaissance la plus explicative du comportement d'innovation à savoir la reconnaissance liée à la participation aux décisions et aux opportunités de développement, les infirmiers disposent d'une plus grande marge de manœuvre pour pouvoir appliquer les solutions innovantes et adopter des comportements d'innovation. Dans le même ordre d'idée, la reconnaissance liée aux remerciements écrits ainsi que celle liée au temps et à la valorisation individuelle impactent positivement les comportements d'innovation. Cet impact est moins important par rapport à celui engendré par les trois formes de reconnaissance qui se sont révélées les plus explicatives des deux comportements discrétionnaires retenus dans le cadre de cette recherche.

Néanmoins, la reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle qui a un effet certes négatif mais plutôt significatif sur le comportement d'entraide, s'est révélée plutôt

explicative et impactant positivement le comportement d'innovation. Toutefois, la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec l'équipe d'infirmier n'a aucun effet sur le comportement d'innovation. L'absence de lien significatif peut être expliquée par le fait que les infirmiers perçoivent que leurs supérieurs qui vantent leurs mérites ou se vantent de travailler avec eux comme étant une forme de reconnaissance non authentique qui ne traduit pas la volonté de leur octroyer la marge de manœuvre nécessaire pour s'engager dans des comportements d'innovation.

Pour synthétiser les principaux résultats de cette recherche, trois formes de reconnaissance se sont révélés les plus explicatives des deux comportements discrétionnaires : le comportement d'entraide et le comportement d'innovation adoptés par le personnel infirmier à savoir la reconnaissance spécifique au personnel infirmier à savoir la reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, la reconnaissance liée aux remerciements publics et celle liée aux feed-back verbaux. Toutefois, la forme de reconnaissance liée au temps et à la valorisation individuelle ainsi que la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec l'équipe d'infirmier se sont révélées respectivement impacter négativement le comportement d'entraide et n'ayant pas d'effet significatif sur le comportement d'innovation. Partant de ces constats, l'hypothèse générale de l'effet positif de la reconnaissance au travail sur les deux comportements discrétionnaires retenus dans le cadre de cette recherche est partiellement validée.

Apports de la recherche

Cette recherche qui traite des effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation présente un caractère novateur dans le sens où elle mobilise ces trois concepts pour une catégorie socioprofessionnelle qui a rarement fait l'objet d'études en gestion des ressources humaines, à savoir le personnel infirmier. Ce caractère novateur est d'autant plus accentué par le contexte dans lequel s'est déroulée cette étude à savoir le contexte Tunisien.

Les programmes de reconnaissance non pécuniaires n'ont pas cessé de gagner en popularité depuis 1990 (Lawler, 1990). En sciences de gestion, la reconnaissance au travail est un concept émergent qui a connu son apogée à partir des années 2000 (Fall, 2015) et qui viendrait en réponse à la remise en question du système de rémunération traditionnel (Laval, 2010). A travers une catégorisation de la reconnaissance selon les différentes approches,

plusieurs formes de reconnaissance ont été détectées. Toutefois, celles spécifiques au personnel infirmier ont à notre connaissance rarement fait l'objet d'études préalables. L'étude de Blegen (1992) constitue la base à toutes les recherches qui ont porté sur la reconnaissance au travail du personnel infirmier. La présente étude portant sur les infirmiers Tunisiens a permis de déterminer de nouvelles formes de reconnaissance. Ce qui permettrait d'enrichir la littérature portant sur la reconnaissance au travail comme pratique de gestion des ressources humaines susceptible de créer un environnement mutuellement bénéfique aussi bien pour les structures de soin que pour le personnel infirmier.

Cette recherche apporte aussi une contribution autour de l'étude de la reconnaissance au travail comme étant un facteur qui favorise l'adoption des comportements discrétionnaires. Pour mémoire, ces derniers ne représentent pas une exigence exécutoire du rôle, vont au delà de l'appel du devoir et concourent à réduire la nécessité d'établir des mécanismes de contrôle formels et coûteux (Organ, 1988 ; Tremblay et al, 2000).

Cette thèse présente aussi l'originalité de traiter le comportement d'entraide et le comportement d'innovation comme deux comportements discrétionnaires que les infirmiers adoptent lors de l'exercice de leur travail. Le comportement d'entraide est appréhendé autour des facteurs relatifs à l'altruisme, la facilitation interpersonnelle et le rétablissement de la paix afin de mettre l'accent sur la prise en considération de l'intérêt collectif au détriment de l'intérêt personnel par ceux qui l'adoptent ainsi que sa vocation de résolution des conflits. Ce comportement déterminant pour le personnel infirmier (Van Dyne et Lepine, 1998 ; Tonks et al, 2014) a fait l'objet d'études qui cherchent à déterminer les facteurs favorisant son adoption. Si certains de ces facteurs ont été détectés par la littérature, ceux relatifs aux formes de reconnaissance au travail, notamment celles spécifiques au personnel infirmier, sont quasi inexistantes à notre connaissance. Cette caractéristique originale d'autant plus prédominante dans le contexte Tunisien est exploitée par cette étude puisqu'elle a pu déterminer les formes de reconnaissance déterminantes du comportement d'entraide.

Grâce à la revue de la littérature ainsi que les résultats des deux études empiriques, cette thèse a permis d'apporter un meilleur éclairage sur les comportements d'innovation pour le personnel infirmier. Ces comportements prépondérants dans la dynamique que connaît les systèmes de soin (Knol et Van Linge, 2009) ont été explorés autour de la production, la promotion et l'application des nouvelles idées tout en mettant l'accent sur la notion de nouveauté relative. A l'instar du comportement d'entraide, ce comportement discrétionnaire

qui n'est pas directement et formellement récompensé par le système formel de rémunération a fait l'objet de très peu d'études. D'autant plus que ces études ont examiné l'impact de l'empowerment et leadership transformationnel sur ce comportement (Åmo, 2006; Knol, et van Linge, 2009 ; Reuvers et al, 2008). Cette thèse, grâce aux deux études empiriques menées auprès des infirmiers Tunisiens, a permis de conclure qu'à l'exception de la reconnaissance qui reflète la fierté du supérieur hiérarchique de travailler avec son équipe d'infirmier, la reconnaissance au travail à travers les six autres formes identifiées impactent les comportements d'innovation.

La relation entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires est régie par la notion de réciprocité. Elle se traduit par un échange entre celui qui donne le produit de son talent en adoptant un comportement discrétionnaire et ses destinataires qui lui rendent la gratitude en octroyant différentes formes de reconnaissance au travail. Les bénéficiaires de ces formes de reconnaissance s'estiment redevables et se développent dès lors en eux un sentiment de dette qui les incite à adopter des comportements discrétionnaires notamment le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. Les entreprises sont appelées à mettre l'accent sur la réciprocité des échanges en octroyant aux collaborateurs des formes de reconnaissance qui traduisent équitablement les efforts qu'ils ont fournis au travail. Ce qui permettra de créer un environnement de travail mutuellement bénéfique aussi bien pour les entreprises qui se réjouiront des avantages des comportements discrétionnaires mais aussi pour les salariés qui à leur tour bénéficieront d'une pratique de gestion qui est certes non formelle mais qui leur procure le sentiment d'être une personne singulière digne de respect.

Cette recherche qui s'intéresse à la reconnaissance au travail comme pratique de gestion des ressources humaines déterminante des comportements discrétionnaires pour le cas particulier du personnel infirmier a révélé que trois formes de reconnaissance expliqueraient le comportement d'entraide et le comportement d'innovation. La reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, la reconnaissance liée aux remerciements publics et celle liée aux feed-back verbaux devraient être incluses dans les politiques de gestion des ressources humaines de la direction des soins. Pour ce faire, les supérieurs hiérarchiques des infirmiers se doivent d'octroyer une plus grande marge de manœuvre et d'impliquer les infirmiers en consultant leurs avis lors des prises de décision. Ils sont aussi appelés à adopter un style de leadership participatif, à être plus « proches » d'eux et à adopter une communication bidirectionnelle afin de prendre en considération leurs

préoccupations et aussi de détecter leurs besoins en formation. L'objectif étant de les sensibiliser aux avantages des comportements d'entraide et d'innovation aussi bien pour la qualité des soins qu'ils sont supposés générer pour le service et notamment la structure de soin : hôpital ou clinique que pour leur carrière d'infirmier.

Les limites et voies de recherche futures

Malgré les contributions de ce travail quant aux réponses apportées aux objectifs de recherche ainsi que les apports qu'il a pu générer en ce qui concerne les liens entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires, il est à signaler qu'il souffre d'un ensemble de limites pouvant ouvrir sur des voies futures de recherche.

Cette étude cherche à vérifier le lien de causalité entre les formes de reconnaissance au travail et les variables dépendantes. Le modèle adopté dans le cadre de cette recherche limite la vérification des liens de causalité entre d'une part les variables dépendantes : le comportement d'entraide et le comportement d'innovation et d'autre part les variables indépendantes : les formes de reconnaissance au travail. Il est dès lors possible que par le principe de réciprocité de l'échange social, le comportement d'entraide et le comportement d'innovation affecte chacun à son tour la reconnaissance au travail en encourageant ou bien en dissuadant les supérieurs hiérarchiques à octroyer certaines formes de reconnaissance au détriment d'autres. C'est la raison pour laquelle, il serait intéressant de mener une étude qui permettrait d'explorer l'impact, éventuel, des comportements discrétionnaires sur les formes de reconnaissance susceptibles d'être octroyées par les supérieurs hiérarchiques auprès d'un échantillon d'infirmiers Tunisiens et Français. L'objectif étant de procéder à une comparaison des résultats en intégrant les spécificités du travail d'infirmier, celles des structures de soin et notamment les systèmes de soin caractéristiques à chacun de ces pays. Sur la base des résultats comparatifs, il est dès lors possible de cerner les enjeux liés aux spécificités culturelles du travail des infirmiers.

Par ailleurs, la mesure des liens entre les concepts mobilisés dans le cadre de cette recherche a été effectuée en faisant appel à une triangulation méthodologique en combinant deux études une première qualitative qui est complétée et approfondie par une étude quantitative. Dans un premier temps, l'étude qualitative comprend quelques limites qui s'articulent autour de la méthodologie poursuivie. L'échantillon assujetti au principe de saturation empirique comprend vingt infirmiers ne permet pas de généraliser les résultats qualitatifs qui sont dès

lors spécifiques aux infirmiers interviewés via des entretiens semi directifs. Ces outils de collecte de données qualifiés par Miles et Huberman (2010) et Chevalier et Micaeli (2008) de subjectifs ont certes, permis une meilleure interaction avec les infirmiers mais ont concouru à impacter à un faible degré l'interprétation et l'analyse des résultats par la subjectivité du chercheur malgré les précautions prises à cet égard. C'est pourquoi, il serait intéressant de mener une autre étude auprès d'un échantillon plus large d'infirmier.

Une autre limite à cette recherche est inhérente à la méthode de recueil des données quantitatives concernant les comportements discrétionnaires effectuée exclusivement via l'autoévaluation des infirmiers de leurs comportements d'entraide et d'innovation. Certes, malgré les efforts consentis pour éviter que les réponses soient impactées par l'effet Halo ainsi que l'effet de désirabilité sociale, il convient de reconnaître que les résultats ne sont pas totalement indépendants de l'humeur du répondant, de son état d'esprit ainsi que les distorsions quant à sa volonté de reporter honnêtement ses perceptions individuelles lors de l'évaluation de ses propres comportements d'entraide et d'innovation. Partant de ces constats, il serait dès lors indispensable de collecter les données sur ces deux comportements discrétionnaires auprès des supérieurs hiérarchiques des infirmiers ainsi que les patients afin d'éviter les biais éventuels de l'auto évaluation.

Par ailleurs, le modèle de la reconnaissance au travail comme déterminant des comportements discrétionnaires analyse les effets directs des différentes formes de reconnaissance sur le comportement d'entraide et le comportement d'innovation sans pour autant intégrer des variables pouvant influencer ces relations directes. Cette limite peut s'avérer productive et ouvre la voie pour des recherches futures. Des recherches complémentaires paraissent dès lors nécessaires en intégrant, une variable médiatrice comme par exemple la spiritualité au travail⁵³.

Le choix de cette variable à intégrer dans les recherches ultérieures est dû au fait qu'elle peut créer un environnement favorisant l'adoption des comportements d'innovation (Harman, 1992; Hawley, 1993). La spiritualité au travail impacte aussi les comportements de citoyenneté organisationnelle des infirmiers (Kazemipor, 2012), et plus particulièrement le comportement d'entraide (Schwartz & Bilsky, 1990). Il est à rajouter que l'idée d'explorer

⁵³ Cette variable n'a pas été incluse dans le modèle de recherche de cette étude car d'une part nous percevons qu'elle n'est pas une variable d'action sur laquelle le management peut agir et d'autre part le contexte Tunisien n'est pas suffisamment apaisé sur ce plan pour pouvoir travailler sereinement sur cette variable.

cette voie future de recherche est inhérente au constat que le besoin de spiritualité est reconnu pour les patients durant leur hospitalisation (Sinclair et al, 2006) et qu'il est assuré selon le code déontologique des infirmiers adopté par le grand conseil international à Sao Paulo Brésil le 10 Juillet 1953 par les infirmiers qui « *ont la responsabilité de créer un milieu physique, social et spirituel favorable à la guérison* »⁵⁴. De ce fait, il serait intéressant de se demander si la spiritualité, que l'organisation internationale de travail intègre dans sa conception du travail décent (Somavia, 2004), est reconnue pour les infirmiers dont le travail exige un travail titanesque sur eux mêmes pour supporter les patients et parfois même leurs parents jusqu'à convalescence (Benner, 1984). De même, il serait intéressant de vérifier quelles sont les formes de reconnaissance au travail qui impacteraient la spiritualité au travail?

⁵⁴ Source : http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_20_0.pdf consulté le 15/04/2016 (non reprise en bibliographie)

BIBLIOGRAPHIE

Aiken, L et Sloane, D M & Cimiotti, J P. 2010. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research.* , Vol. 45, 4, pp. 904-921.

Ajar, D., Dassa, C., & Gougeon, H. 1983. L'échantillonnage et le problème de la validité externe de la recherche en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, Vol. 9, 1, pp. 3-21.

Albarello, L. 2003. *Apprendre à chercher: l'acteur social et la recherche scientifique.* s.l. : Bruxelles De Boeck Supérieur.197p.

Albert, E., & Bournois, F. 2003. *Pourquoi j'irai travailler.* s.l. : Paris, Editions Eyrolles, 240 p.

Alvesson, M., & Willmott, H. 2002. Identity regulation as organizational control: Producing the appropriate individual. *Journal of management studies*, Vol. 39, 5, pp. 619-644.

Amabile, T. M. 1983. The social psychology of creativity: A componential conceptualization. *Journal of personality and social psychology*, Vol. 45, 2, pp. 357-376.

Amabile, T. M., Conti, R., Coon, H., Lazenby, J., & Herron, M. 1996. Assessing the work environment for creativity. *Academy of management journal*, Vol. 39, 5, pp. 1154-1184.

Amato, P. R. 1987. Family processes in one-parent, stepparent, and intact families: The child's point of view. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 327-337.

American Association of Critical-Care, Nursing. 2005. Standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *American Journal of Critical Care*, Vol. 14, 3, pp. 187-197.

Amo, B W. 2006. Employee innovation behaviour in health care: The influence from management and colleagues. *International Council of Nurses*, Vol. 53, pp. 231-237.

- Anderson, N., De Dreu, C.K. & Nijstad, B.A. 2004.** The routinization of innovation research: A constructively critical review of the state-of-the-science. *Journal of organizational Behavior*, Vol. 25, 2, pp. 147-173.
- Anderson, S. E., & Williams, L. J. 1996.** Interpersonal, job, and individual factors related to helping processes at work. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 81, pp. 282-296.
- Arborio, A. M. 2001.** *Un personnel invisible . Les aides-soignantes à l'hôpital.* s.l. : Paris, Anthropos (Sociologiques), 334 p.
- Armstrong, M. 2006.** *A handbook of Human resource Management Practice.* s.l. : Kogan page, London. 957 p.
- Aryee, S., Budhwar, P. S., & Chen, Z. X. 2002.** Trust as a mediator of the relationship between organizational justice and work outcomes: Test of a social exchange model. *Journal of organizational Behavior*, Vol. 23, 3, pp. 267-285.
- Ashford, S. J., & Northcraft, G. B. 1992.** Conveying more (or less) than we realize: The role of impression-management in feedback-seeking. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Vol. 53, 3, pp. 310-334.
- Atwater, L. E., Brett, J. F., & Charles, A. C. 2007.** Multisource feedback: Lessons learned and implications for practice. *Human Resource Management*, Vol. 46, 2, pp. 285-307.
- Aylward, S., Stolee, P., Keat, N., & Johncox, V. 2003.** Effectiveness of continuing education in long-term care: a literature review. *The Gerontologist*, Vol. 43, 2, pp. 259-271.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. 2000.** Effort–reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of advanced nursing*, Vol. 31, 4, pp. 884-891.
- Bardin, L. 1993.** *L'analyse de contenu.* s.l. : Paris, Presses Universitaires de France, 296p.
- Batson, C. D., & Shaw, L. L. 1991.** Evidence for altruism: Toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological inquiry*, Vol. 2, 2, pp. 107-122.

- Batson, C. D., Batson, J. G., Slingsby, J. K., Harrell, K. L., Peekna, H. M., & Todd, R. M. 1991.** Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of personality and social psychology*, Vol. 61, 3, pp. 413-426.
- Belkhiri.A. 2013.** Aide soignante :un métier toujours dévalorisé et occulté malgré les tâches valorisées et aussi réalisées par d'autres professionnels. Dans Blanchars.H et Le Dantec.E. *la vieillesse des uns et le travail des autres*. s.l. : Perpignan, Presse Universitaire de Perpignan, pp. 127-157.
- Benner.P. 1984** *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. 1984 Canada Practice Menlo Park, 307p.
- Bergendahl, M., & Magnusson, M. 2015.** Creating ideas for innovation: effects of organizational distance on knowledge creation processes. *Creativity and Innovation Management*, Vol. 24, 1, pp. 87-101.
- Berkowitz, L. 1972.** Social norms, feelings, and other factors affecting helping and altruism. *Advances in experimental social psychology*, Vol. 6, pp. 63-108.
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. 2013.** Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 2, pp. 43-50.
- Blanchet, A. & Gotman, A. 1992.** *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. s.l. : Paris, Ed. Nathan, 127 p.
- Blau, P. M. 1964.** *Exchange and power in social life*. : Transaction Publishers.352 p.
- Blegen, M A, et al. 1992.** Recognizing staff nurse job performance and achievements. *Research in nursing & health*, Vol. 1, 15, pp. 57-66.
- Borman, W. C., & Motowidlo, S. J. 1997.** Task performance and contextual performance: The meaning for personnel selection research. *Human performance*, Vol. 10, 2, pp. 99-109.
- Borman, W. C., & Motowidlo, S. M. 1993.** Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. . *Personnel Selection in Organizations*; San Francisco: Jossey-Bass, pp. 71-98.

- Borman, W. C., & Motowidlo, S. M. (1993).** Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. *Personnel Selection in Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 71-98.
- Borman, W. C., Penner, L. A., Allen, T. D., & Motowidlo, S. J. 2001.** Personality predictors of citizenship performance. *International journal of selection and assessment*, Vol. 9, 1-2, pp. 52-69.
- Bourcier, C., Palobart, Y., & Rio, E. Y. 1997.** *La reconnaissance: un outil de motivation pour vos salariés.* : Paris, Les éditions d'organisation, 195 p.
- Bouzidi, S& El Akremi, A. 2006.** La reconnaissance au travail : étude d'un mode de construction identitaire. *XVIIe Congrès de l'AGRH, Reims. pp. 1-20*, pp. 1-20.
- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. 2003.** Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and social psychology bulletin*, Vol. 29, 9, pp. 1147-1158.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. 2004.** Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual differences*, Vol. 36, 6, pp. 1387-1402.
- Brief, A. P., & Motowidlo, S. J. 1986.** Prosocial organizational behaviors. *Academy of management Review*, Vol. 11, 4, pp. 710-725.
- Brillet, F, Coutelle, P et Hulin, A. 2013.** Proposition d'une mesure de la reconnaissance: une approche par la justice perçue. *Revue de gestion des ressources humaines*, Vol. 3, pp. 3-18.
- Brun, J P. 1999.** Une question d'identité ... une question de dignité humaine *Échange*, Vol. 13, 2, pp. 2-4.
- Brun, J. P., & Dugas, N. 2005.** La reconnaissance au travail: analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, Vol. 30, 2, pp. 79-88.
- Brun, J.F., Dugas, N., Tison, M. 2002.** La reconnaissance au travail:une pratique riche de sens. *Centre d'expertise en gestion des ressources humaines du Secrétariat du conseil du trésor. Gouvernement du Québec,22p*
http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/reconn-trav_02.pdf.

Brunelle, Y. 2009. Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, Vol. 40, 1, pp. 39-48.

Buchan, J., Conseil international des infirmières, & Calman, L.. 2006. La pénurie mondiale d'infirmières diplômées: aperçu des questions et solutions. *Rapport CII/FIFN Conseil international des infirmières*, 64p http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/The_Global_Nursing_Shortage-Priority_Areas_for_Intervention-fr.pdf, 53p.

Burnod, G., & Chenu, A. 2001. Employés qualifiés et non qualifiés: une proposition d'aménagement de la nomenclature des catégories socioprofessionnelles. *Travail et emploi*, Vol. 86, pp. 87-105.

Caillé, A. 2004. Marcel Mauss et le paradigme du don. *Sociologie et sociétés*, Vol. 36, 2, pp. 141-176.

Carpentier-Roy.M.C. 2007. Reconnaissance et sociologie. Dans Caillé.A (Dir). *La quête de reconnaissance*. s.l. : Paris,La découverte,303p, pp. 185-205.

Calbéra, J.B. 2003. la profession infirmière. L'histoire et le mythe, pp. 55-57.

Cambell .J.P. 1990. Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology. HOUGH LM DUNETTE MD. *Handbook of industrial and organizational psychology*. s.l. : Consulting psychologists press, Paolo Alto, pp. 687-732.

Campbell, J. P., McCloy, R. A., Oppler, S. H., Sager, C. E. 1993. A theory of performance. Schmitt.N & W. Borman.W.C. *Personnel Selection in Organizations*. s.l. : San Francisco: Jossey-Bass, pp. 35-70.

Cappelletti, L. 2005. La création de connaissances dans une recherche en audit et contrôle fondée sur l'expérience professionnelle. *Congrès de l'AFC p 1-21*.

Carmines, E. G., & Zeller, R. A. ., 1990. *Quantitative applications in social sciences*. s.l. : Beverly Hills, California, Sage 72p.

Carpentier-Roy, M C. 2000. Être reconnu au travail: nécessité ou privilège. *Actes du colloque Travail, reconnaissance et dignité humaine, Montréal*, pp. 7-19.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. 1990.** Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological review*, Vol. 97, 1, pp. 19-35.
- Cashin, A. 2015.** The challenge of nurse innovation in the Australian context of universal health care. *Collegian*, Vol. 22, 3, pp. 319-324.
- Cavagnoli, D. 2011.** A conceptual framework for innovation: An application to human resource management policies in Australia. *Innovation*, Vol. 13, 1, pp. 111-125.
- Charreire, S., & Huault, I. 2001.** Le constructivisme dans la pratique de recherche: une évaluation à partir de seize thèses de doctorat. *Finance contrôle stratégie*, Vol. 4, 3, pp. 31-55.
- Chaumon, M. E. B., Cuvillier, B., Durif-Bruckert, C., Cros, F., Vanhille, M., & Bekkadja, S. 2014.** Concevoir une technologie ambiante pour le maintien à domicile: une démarche prospective par la prise en compte des systèmes d'activité. *Le travail humain*, Vol. 77, 1, pp. 39-62.
- Chaves.C. 2005.** *Etude sur l'image que la profession infirmière a d'elle-même.* Etude menée pour le service de la santé publique de l'Etat de Vaud, 40p, file:///C:/Users/ExpressMedia/Downloads/imageinfirmi%C3%A8res.pdf.
- Chedly, A. 2010.** Tunisie. *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 1, pp. 105-106.
- Chevalier, F. & Micaëlli, I. 2008.** Comment devient-on innovateur ? – Analyse du « passage à l'acte » d'innover au travers de la création d'entreprise innovante. Etude exploratoire d'une population de chercheurs-entrepreneurs-innovateurs (CEI), issue d'instituts de recherche spécialisés. *Journée de recherche "Entrepreneuriat et stratégie"*, Bordeaux,p1-16.
- Chiaburu, D. S., Marinova, S. V., & Lim, A. S. 2007.** Helping and proactive extra-role behaviors: The influence of motives, goal orientation, and social context. *Personality and Individual Differences*, Vol. 43, 8, pp. 2282-2293.
- Churchill Jr, G. A. 1979.** A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of marketing research*, pp. 64-73.

- Cingöz, A., Akdoğan, A.A. 2011.** An empirical examination of performance and image outcome expectation as determinants of innovative behavior in the workplace. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, Vol. 24, pp. 847-853.
- Claman, L& Buchan, J. 2004.** La pénurie mondiale d'infirmières diplômées-aperçu des questions et solution, pp. 52p <http://www.icn.ch/fr/publications/the-global-shortage-of-registered-nurses-an-overview-of-issues-and-actions/>.
- Clarke, D. J., & Copeland, L. 2003.** . Developing nursing practice through work-based learning. *Nurse Education in Practice*, Vol. 3, 4, pp. 236-244.
- Clarke, J. 2006.** Religion and spirituality: a discussion paper about negativity, reductionism and differentiation in nursing texts. *International journal of nursing studies*, Vol. 43, 6, pp. 775-785.
- Cooke, F. L., & Saini, D. S. 2010.** Diversity management in India: A study of organizations in different ownership forms and industrial sectors. *Human Resource Management*, Vol. 49, 3, pp. 477-500.
- Cormier, M. 2008.** *La performance de citoyenneté des équipes de travail*. s.l. : Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, 162p.
- Cornell, P., Herrin-Griffith, D., Keim, C., Petschonek, S., Sanders, A. M., D'Mello, S. & Shepherd, G. 2010.** Transforming nursing workflow, part 1: the chaotic nature of nurse activities. *Journal of Nursing Administration.*, Vol. 40, 9, pp. 366-373.
- Costa, P. T. . 1996.** Work and Personality: Use of the NEO-PI-R in Industrial/Organisational Psychology. *Applied Psychology*, Vol. 45, 3, pp. 225-241.
- Coyle-Shapiro, J. A. M., Kessler, I., & Purcell, J. 2004.** Exploring Organizationally Directed Citizenship Behaviour: Reciprocity or 'It's my Job'? *Journal of management studies*, Vol. 41, 1, pp. 85-106.
- Crant, J. M. 2000.** Proactive behavior in organizations. *Journal of management*, Vol. 26, 3, pp. 435-462.
- Cummings, G., Hayduk, L., & Estabrooks, C. 2005.** Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, Vol. 54, 1, pp. 2-12.

Curchod, C. 2003. La méthode comparative en sciences de gestion: vers une approche quali-quantitative de la réalité managériale. *Finance, Contrôle, Stratégie*, Vol. 6, 2, pp. 155-177.

David, A. 1999. Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. *VIIIème Conférence Internationale de l'A.I.M.S France*, p1-23.

De Jong, J. P., & Den Hartog, D. N. 2007. How leaders influence employees' innovative behaviour. *European Journal of innovation management*, Vol. 10, 1, pp. 41-64.

De Veer, A. J., & Francke, A. L. 2010. Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, Vol. 47, 7, pp. 846-854.

Defélix, C., Mazzilli, I., & Gosselin, A. 2015. Articuler les politiques de GRH et les stratégies d'innovation: des modèles à l'épreuve des faits. *Revue de gestion des ressources humaines*, Vol. 2, pp. 60-72.

Dejours, C. 1995. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le travail humain*, Vol. 58, 1, pp. 1-16.

Dejours.C. 2007. Psychanalyse et psycho dynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance. Dans: Caillé.A (Dir.). *La quête de reconnaissance*. s.l. : Paris, La découverte,303p, pp. 58-70.

Delaval, M. 2014. *Améliorer la réussite en statistiques des étudiants en psychologie: influence du feedback de comparaison sociale ou temporelle délivré dans un environnement numérique*. s.l. : Thèse de doctorat, Université de Rennes 2, 232p.

Delobbe, N., Herrbach, O., & Lacaze, D. 2005. *Comportement organisationnel-Vol. 1: Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle(Vol. 1)*. s.l. : Bruxelles De Boeck Supérieur, 407p.

Deschenaux, F., Bourdon, S., & Baribeau, C. 2005. Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 2.0. *Les cahiers pédagogiques de l'Association pour la recherche qualitative*, pp. 1-45.

- Detert, J. R., Treviño, L. K., & Sweitzer, V. L. 2008.** Moral disengagement in ethical decision making: a study of antecedents and outcomes. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 93, 2, pp. 374-391.
- DeVellis, R. F. 2012.** *Scale development: Theory and applications*. s.l. : United States of America, Sage publications.199p.
- Diefendorff, J. M., Brown, D. J., Kamin, A. M., & Lord, R. G. 2002.** Examining the roles of job involvement and work centrality in predicting organizational citizenship behaviors and job performance. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 23, 1, pp. 93-108.
- Dincer, H., Gencer, G., Orhan, N., & Sahinbas, K. 2011.** The Significance of Emotional Intelligence on the Innovative Work Behavior of Managers as Strategic Decision-Makers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, Vol. 24, pp. 909-919.
- Dubar, C. 2000.** *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. s.l. : Paris,PUF, 239p.
- Dubar.C. 2000.** *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris,PUF,248p. s.l. : Paris, PUF, 248.
- Dubet, F. 2007.** Injustice et reconnaissance. Dans: Caillé.A (Dir.). *La quête de reconnaissance*. s.l. : La découverte 303p, pp. 15-43.
- Dubet.F. 2007.** Injustice et reconnaissance. Dans: Caillé.A (Dir.). *La quête de reconnaissance*. s.l. : Paris,La découverte,303p, pp. 15-43.
- Dubois, D. D. 1998.** *The competency casebook: twelve studies in competency-based performance improvement*. . s.l. : Canada, Human Resource Development Press, INC. 337p.
- Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C., & King, M. 2009.** Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian*, Vol. 16, 1, pp. 11-17.
- Dupuy, F. 2014.** *Lost in management: la vie quotidienne des entreprises au XXIe siècle*. s.l. : Paris, Seuil, 276p.

- Dutton, J. E., Roberts, L. M., & Bednar. 2010.** Pathways for positive identity construction at work: Four types of positive identity and the building of social resources. *Academy of Management Review*, Vol. 35, 2, pp. 265-293.
- Edmondson, A. C., Dillon, J. R., & Roloff, K. S. 2007.** Three Perspectives on Team Learning: Outcome Improvement, Task Mastery, and Group Process. *The academy of management annals*, Vol. 1, 1, pp. 269-314.
- EISENBERG, N., & STRAYER, J. 1987.** Critical issues in the study of empathy. Dans: Eisenberg.N & Strayer.J. *Empathy and its development*. s.l. : England: Cambridge University Press, pp. 3-13.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Spinrad, T. L. 2006.** Prosocial behaviour. Dans: Lerner.R.M, & Eisenberg .N Damon.W. *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*. s.l. : New York: Wiley, pp. 646-718.
- El Akremi A, Nasr .M & Sassi.N. 2007.** Impact de la culture nationale sur la confiance interpersonnelle en milieu du travail : analyse comparative entre la France et la Tunisie. *18ème acte de congrès de l'AGRH Fribourg Suisse*, pp. 1-22.
- El Akremi, A., Guerrero, S., & Neveu, J. P. 2006.** *Comportement organisationnel-Vol. 2: Justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel*. s.l. : Bruxelles, De Boeck Supérieur.366p.
- El Akremi, A., Sassi, N., & Bouzidi, S. 2009.** Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. *Relations industrielles/Industrial Relations*, pp. 662-684.
- Engelen, A., Gupta, V., Strenger, L., & Brettel, M. 2015.** Entrepreneurial orientation, firm performance, and the moderating role of transformational leadership behaviors. *Journal of Management*, Vol. 41, 4, pp. 1069-1097.
- Eo, Y. S., Kim, Y. H., & Lee, N. Y. 2014.** Path analysis of empowerment and work effectiveness among staff nurses. *Asian nursing research.*, Vol. 8, 1, pp. 42-48.

- Ettlie, J. E. . in Bedell-Avers (ed.), pp. 2008.** Templates for innovation. Dans :Samuel T. Hunter, Katrina E. Michael D. Mumford. *Multi-Level Issues in Creativity and Innovation (Research in Multi Level Issues, Volume 7)*. Oxford,UK : Emerald Group Publishing Limited, pp. 155 - 167.
- Evrard, Y., Pras, B. & Roux E. 2003.** *Market, études et recherche en marketing*. s.l. : Paris, Edition Nathan,699p.
- F, Farzaneh. 2013.** *l'insécurité de l'emploi et le comportement innovateur des employés : le rôle des attentes de gains en matière de performance et d'image*. s.l. : Thèse de doctorat, Université de Nice Sophia-Antipolis, 370p.
- Fall.A. 2015.** Reconnaissance au travail: validation d'une échelle de mesure dans le contexte des entreprises *Revue européenne de psychologie appliquée*, Vol. 4, 65, pp. 189–203.
- Forsé, M., & Parodi, M. 2006.** Justice distributive. *Revue de l'OFCE*, Vol. 3, pp. 213-244.
- Foxall, M. J., Zimmerman, L., Standley, R., & Bene Captain, B. 1990.** A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 15, 5, pp. 577-584.
- Fray, A. M., & Picouleau, S. 2010.** Le diagnostic de l'identité professionnelle: une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, Vol. 8, pp. 72-88.
- Frese, M., & Fay, D. 2001.** Personal initiative: An active performance concept for work in the 21st century. *Research in organizational behavior*, Vol. 23, 4, pp. 133-187.
- Freshwater, D., & Sticklely, T. 2004.** The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*,. 2004, Vol. 11, 2, pp. 91-98.
- Frimousse, S., Peretti, J. M., & Swalhi, A. 2009.** La diversité des formes de performance au travail: le rôle de la justice organisationnelle. *Management & Avenir*, Vol. 4, pp. 117-132.

- Füller, J., Bartl, M., Ernst, H., & Mühlbacher, H. 2006.** Community based innovation: How to integrate members of virtual communities into new product development. *Electronic Commerce Research*, Vol. 6, 1, pp. 57-73.
- Furnham, A., Mosen, J., & Ahmetoglu, G. 2009.** Typical intellectual engagement, Big Five personality traits, approaches to learning and cognitive ability predictors of academic performance. *British Journal of Educational Psychology*, Vol. 79, 4, pp. 769-782.
- Gadrey, N., Jany-Catrice, F., & Pernod-Lemattre, M. 2009.** Employés non qualifiés la catégorie oubliée des politiques d'égalité professionnelle. *Socio-Economie du travail*, 30, pp. 57-86.
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. 2005.** Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of advanced nursing*, Vol. 49, 6, pp. 616-623.
- Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. 2008.** *Méthodologie de la recherche: Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de la gestion*. s.l. : Montreal: Pearson Education, 383.
- George, J. M. 2000.** Emotions and leadership: The role of emotional intelligence. *Human relations*, Vol. 53, 8, pp. 1027-1055.
- George, J. M., & Brief, A. P. 1992.** Feeling good-doing good: a conceptual analysis of the mood at work-organizational spontaneity relationship. *Psychological bulletin*, Vol. 112, 2, pp. 3-10.
- George, J. M., & Jones, G. R. 1997.** Organizational spontaneity in context. *Human performance*, Vol. 10, 2, pp. 153-170.
- Gerardi, T. 2013.** Academic Progression in Nursing: A Model for Partnership and Innovation. *Nurse Leader*, pp. 25-28.
- Gernet, I& Dejours, C. 2009.** Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, Vol. 2, pp. 27-36.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. . 1978.** *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique* . s.l. : Paris.Armand Colin.304p.
- Gintz. 2014.** Les ambiguïtés de la relation de service dans les champs de soins infirmiers. s.l. : Thèse de doctorat, Université de Strasbourg, p. 452 P.

- Godbout, J. T. 2004.** De la continuité du don. *Revue du MAUSS*, Vol. 1, pp. 224-241.
- Goffman, E. 1973.** *La Présentation de soi*. s.l. : Paris, Les éditions de Minuit, 256p.
- Goleman, D. 2002.** L'étoffe d'un leader. Dans: Descarpentries, J. (Pref). *Styles de leaders*. s.l. : Paris, Editions d'organisation, 251p, pp. 1-31.
- Gollwitzer, P. M. 1990.** Action phases and mind-sets. [auteur du livre] Higgins, E.T & Sorrentino, R.M. *Handbook of motivation and cognition*. s.l. : New York, NY: Guilford Press. 621p, pp. 53-92.
- Gollwitzer, P. M., & Bayer, U. 1999.** Deliberative versus implemental mindsets in the control of action. Dans: Chaiken, S & Trope, Y. *Dual-process theories in social psychology*. s.l. : New York: Guilford. 693p, pp. 403-422.
- Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. 2006.** Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in experimental social psychology*, Vol. 38, pp. 69-119.
- Gotman, A., & BLANCHET, A. 1992.** *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. s.l. : Paris, Nathan, 125 p.
- Graham, J. W. 1991.** An essay on organizational citizenship behavior. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, Vol. 4, 4, pp. 249-270.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. 1989.** Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational evaluation and policy analysis*, Vol. 11, 3, pp. 255-274.
- Grol, R., & Grimshaw, J. 2003.** From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The lancet*, Vol. 362, 9391, pp. 1225-1230.
- Guay, P., Simard, G., Tremblay, M. 2000.** L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires: L'influence des pratiques de gestion des ressources humaines, centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations. [éd.] CIRANO, pp. 1-24.

- Harman, W. W. 1992.** 21st-century business: a background for dialogue. [auteur du livre] Renesch .J. *New traditions in business: Spirit and leadership in the 21st century*. s.l. : San Francisco, CA: Sterling and Stone, pp. 11-24.
- Hawley, J. 1993.** *Reawaking the spirit at work: The power of dynamic management*. . s.l. : San Francisco, CA: Berret-Koehler Publishers.212p.
- Heinich, N. 2007.** De la théorie de la reconnaissance à la sociologie des valeurs. *TAP/Bibliothèque du MAUSS*, pp. 122-134.
- Hellriegel, D., Slocum, J. W., & Woodman, R. W. 2001.** *Management des organizations*. s.l. : Bruxelles, De Boeck Université, 693p.
- Henderson, V. 1994.** *La nature des soins infirmiers, présentation des textes, chronologie biographique, notes explicatives par Marie-Françoise Collière*. s.l. : .Paris, InterEd.235p.
- Henderson,V. 2006.** The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 53, 1, pp. 21-31.
- Hennessey, B. A., & Zbikowski, S. M. 1993.** Immunizing children against the negative effects of reward: A further examination of intrinsic motivation training techniques. *Creativity Research Journal*, Vol. 6, 3, pp. 297-307.
- Hennessey, B. A., Amabile, T. M., & Martinage, M. 1989.** Immunizing children against the negative effects of reward. *Contemporary Educational Psychology*, Vol. 14, 3, pp. 212-227.
- Herzberg, F I. 1966.** *Work and the nature of man*. s.l. : New York, World Publishing, 203p.
- Hesbeen, W. 1999.** Le caring est-il prendre soin. *Perspective soignante*, Vol. 4, pp. 1-20.
- Hipwell, A et Tyler, P & Wilson, C. 1989.** The psychological stress of intensive care nursing. *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 62, pp. 71-79.
- Hipwell, A. E., Tyler, P. A., & Wilson, C. M. 1989.** Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. . *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 62, 1, pp. 71-79.

- Hoffmann, T. 1999.** The meanings of competency. *Journal of European Industrial Training*, Vol. 23, 6, pp. 275-286.
- Hogg, M. A., & Terry, D. I. 2000.** Social identity and self-categorization processes in organizational contexts. *Academy of management review*, Vol. 25, 1, pp. 121-140.
- Holleman, G., Poot, E., Mintjes-de Groot, J., & van Achterberg, T. 2009.** The relevance of team characteristics and team directed strategies in the implementation of nursing innovations: a literature review. *International journal of nursing studies*, Vol. 46, 9.
- Honneth, A. 2000.** *La lutte pour la reconnaissance*. s.l. : Paris, cerf, p.230.
- Honneth, A. 2008.** *La société du mépris*. s.l. : Paris, La découverte, 350p, 2008.
- Honneth, A. 2004.** La théorie de la reconnaissance: une esquisse. Dans Honneth Axel, « La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Revue du MAUSS*1/2004, 23, pp. 133-136 .
- Hughes, E. C., & Chapoulie, J. M. 1996.** *Le regard sociologique: essais choisis*. s.l. : Paris. Ed de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 344p.
- Hülshager, U. R., Anderson, N., & Salgado, J. F. 2009.** Team-level predictors of innovation at work: a comprehensive meta-analysis spanning three decades of research. *Journal of Applied psychology*, Vol. 94, 5, pp. 1128-1145.
- Hunter, S. T., Cassidy, S. E., & Ligon, G. S. 2012.** Planning for innovation: A process-oriented perspective. Dans Mumford.M.D. *Handbook of Organizational Creativity*. s.l. : San Diego, CA: Elsevier. 737p, pp. 515-545.
- Igalens, J., & Roussel, P. 1998.** *Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines*. . s.l. : Paris, Economica 207p.
- Ilies, R., Nahrgang, J. D., & Morgeson, F. P. 2007.** Leader-member exchange and citizenship behaviors: a meta-analysis. *Journal of applied psychology*, Vol. 92, 1, pp. 269-277.
- Jan, D J, et al. 2000.** Job Strain, Effort Imbalance and Employee Wellbeing : a Large Scale Cross-sectional Study. *Social Science & Medecine*, Vol. 50, pp. 1317-1327.

- Janssen, O. 2001.** Fairness perceptions as a moderator in the curvilinear relationships between job demands, and job performance and job satisfaction. *Academy of management journal*, Vol. 44, 5, pp. 1039-1050.
- Janssen,O. 2003.** Innovative behaviour and job involvement at the price of conflict and less satisfactory relations with co-workers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 76, pp. 347-364.
- Janssen,O. 2000.** Job demands, perceptions of effort-reward fairness and innovative work behavior. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 73, pp. 287-302.
- Jolibert, A., & Jourdan, P. 2011.** *Marketing research: méthodes de recherche et d'études en marketing*. s.l. : Paris, Dunod. 624p.
- JORRO.A.** *Evaluation et développement professionnel*. s.l. : Paris, L'harmattan, , 256p.
- Kam Sing Wong, S. 2013.** The role of management involvement in innovation. *Management Decision*. 2013, Vol. 51, 4, pp. 709-729.
- Kankaanranta, T., & Rissanen, P. . 2008.** Nurses' intentions to leave nursing in Finland. *The European Journal of Health Economics*, Vol. 9, 4, pp. 333-342.
- Kanter, R. M. 2000.** When a thousand flowers bloom: Structural, collective, and social conditions for innovation in organization. *Entrepreneurship: the social science view*, pp. 167-210.
- Karakas.F. 2010.** Spirituality and performance in organizations : A literature review. *Journal of Buisness Ethics*, Vol. 94, pp. 89-106.
- Kassean, H. K., & Jagoo, Z. B. 2005.** Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover—a case study from Mauritius. *BMC nursing*. <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-4-1>, Vol. 4, 1.
- Katz, D. 1964.** The motivational basis of organizational behavior. *Behavioral Science*, Vol. 9, pp. 131-133.

- Kazemipour, F., Mohamad Amin, S., & Pourseidi, B. 2012.** Relationship between workplace spirituality and organizational citizenship behavior among nurses through mediation of affective organizational commitment. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 44, 3, pp. 302-310.
- Keursten, P., Verdonschot, S., Kessels, J., & Kwakman, K. 2006.** . Relating learning, knowledge creation and innovation: Case studies into knowledge productivity. *International Journal of Learning and Intellectual Capita*, Vol. 3, 4, pp. 405-420.
- Kim, P. H., Diekmann, K. A., & Tenbrunsel, A. E. 2003.** Flattery may get you somewhere: The strategic implications of providing positive vs. negative feedback about ability vs. ethicality in negotiation. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, Vol. 90, 2, pp. 225-243.
- King, L. A., Walker, L. M., & Broyles, S. J. 1996.** Creativity and the five-factor mode. *Journal of research in personality*, Vol. 30, 2, pp. 189-203.
- Kluger, A. N., & DeNisi, A. 1996.** The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological bulletin*, Vol. 119, 2, pp. 254-284.
- Knol, J & Van Linge, R. 2009.** Innovative behaviour: the effect of structural and psychological empowerment on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 65, 2, pp. 359-370.
- Konovsky, M. A., & Pugh, S. D. 1994.** Citizenship behavior and social exchange. *Academy of management journal*, Vol. 37, 3, pp. 656-669.
- Kulik, C. T., & Ambrose, M. L. 1992.** Personal and situational determinants of referent choice. *Academy of Management review*, Vol. 17, 2, pp. 212-237.
- Kuzel, A. J. 1992.** Sampling in qualitative inquiry. Crabtree.B.F & Mille.W.L. *Doing qualitative research*. s.l. : Newbury Park, CA: Sage 276p, pp. 31-44.
- Kwantes, C. T., Karam, C. M., Kuo, B. C., & Towson, S. 2008.** Culture's influence on the perception of OCB as in-role or extra-role. *International Journal of Intercultural Relations*, Vol. 32, 2, pp. 229-243.
- Lacoste.M, Grosjean.M &. 1990.** *Communication et intelligence collective*. s.l. : Paris, Presses Universitaires de France,225p.

- Lallement, M. 2007.** Qualités du travail et critiques de la reconnaissance. Caillé, A. (Dir). *La quête de reconnaissance*. s.l. : Paris, La découverte, 303p.
- Landa, J. M. A., López-Zafra, E., Martos, M. P. B., & del Carmen Aguilar-Luzon, M. 2008.** The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 45, 6, pp. 888-901.
- Landa, J. M. A., López-Zafra, E., Martos, M. P. B., & del Carmen Aguilar-Luzon, M. 2008.** The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 45, 6.
- Larroche, V., Peyrelong, M. F., Lépine, V., & Laroux, M. N. 2008.** Reconnaissance dans l'organisation: la représentation des bibliothécaires. *Les dispositifs de médiation organisationnelle, technologique et symbolique dans la communication des organisations*, Nice. http://i3m.univ-tln.fr/IMG/pdf/actes_DISTIC_i3M_081204.pdf, 2008.
- Laval, C. 2011.** La reconnaissance, une question de culture? *Gestion*, Vol. 36, 2, pp. 90-99.
- Laveault, D., & Grégoire, J. 2002.** *Introduction aux théories des tests: en psychologie et en sciences de l'éducation*. s.l. : Bruxelles De Boeck Supérieur. 391p.
- Lawler III, E. E. 1990.** *Strategic pay: Aligning organizational strategies and pay systems*. s.l. : San Francisco, Jossey-Bass. 308p.
- Lazraq, A., & Cléroux, R. 1988.** Un algorithme pas à pas de sélection de variables en régression linéaire multivariée. *Statistique et analyse des données*, Vol. 13, 1, pp. 39-58.
- Lazzeri, A et Caillé, A. 2004.** La reconnaissance aujourd'hui. Enjeux théoriques, éthiques et politiques du concept. *Revue du MAUSS*, Vol. 1, pp. 88-115.
- LE BOTERF, G. 2008.** *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues: 15 propositions*. s.l. : Paris, Organisation. 139p.

- Le Breton, D. 2007.** L'épreuve comme reconnaissance: ordalie et jeunes générations, Dans Caillé, A. (Dir.). *La quête de reconnaissance*. s.l. : Paris, La découverte, 303p, pp. 44-57.
- Lecavalier, L., & Tassé, M. J. 2001.** Traduction et adaptation transculturelle du Reiss Screen for Maladaptive Behavior. *Revue Francophone de la déficience intellectuelle*, Vol. 12, pp. 31-44.
- LePine, J. A., Erez, A., & Johnson, D. E. 2002.** The nature and dimensionality of organizational citizenship behavior: a critical review and meta-analysis. *Journal of applied psychology*, Vol. 87, 1, pp. 52-65.
- Lhopiteau, I.C. & Leplège, A. 2002.** Place des méthodes qualitatives dans les évaluations de qualité de vie Dans A. & Coste, J Leplège. *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : Méthodes et applications*. s.l. : Éd. ESTEM, 336p, pp. 121-135.
- Lhuillier, D. 2005.** Le «sale boulot». *Travailler*, Vol. 2, pp. 73-98.
- Lievens, F., & Anseel, F. 2004.** Confirmatory factor analysis and invariance of an organizational citizenship behaviour measure across samples in a Dutch-speaking context. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 77, 3, pp. 299-306.
- Locke, E. A., & Bryan, J. E. 1969.** The directing function of goals in task performance. *Organizational Behavior and Human Performance*, pp. 35-42.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. 2002.** Building a practical useful theory of goal setting and task motivation. *American Psychologist*, Vol. 57, pp. 705-717.
- Loufrani-Fedida, S., & Aldebert, B. 2013.** Le management stratégique des compétences dans un processus d'innovation: le cas d'une TPE touristique. *Revue de gestion des ressources humaines*, Vol. 3, pp. 56-72.
- Luthans, F., & Stajkovic, A. D. 1999.** Reinforce for performance: The need to go beyond pay and even rewards. *The academy of management executive*, Vol. 13, 2, pp. 49-57.
- MacKenzie, S B et Podsakoff, P M & Ahearne, M. 1998.** Some possible antecedents and consequences of in-role and extra-role salesperson performance. *The Journal of Marketing*, pp. 87-98.

- MacKenzie, S. B., Podsakoff, P. M., & Fetter, R. 1991.** Organizational citizenship behavior and objective productivity as determinants of managerial evaluations of salespersons' performance. *Organizational behavior and human decision processes*, Vol. 50, 1, pp. 123-150.
- MacKenzie, S. B., Podsakoff, P. M., & Paine, J. E. 1998.** Effects of organizational citizenship behaviors and productivity on evaluations of performance at different hierarchical levels in sales organizations. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 27, 4, pp. 396-410.
- MacPhee, M. & Svendsen Borra, L. 2012.** *Flexible Work Practices in Nursing*. s.l. : Geneva International centre for human resource in nursing, 50p <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Flexible-Working-Practices.pdf>.
- Magnusson, D., & Torestad, B. 1993.** A holistic view of personality: A model revisited. *Annual review of psychology*, Vol. 44, 1, pp. 427-452.
- Malherbe, D., & Saulquin, J. Y. 2005.** Logiques et représentations de la reconnaissance dans les organisations. *Vie & sciences de l'entreprise*, Vol. 3, pp. 37-53.
- Malhotra N., Décaudin J-M., Bouguerra A., Marty S., Urien E. 2004.** *Etudes marketing avec SPSS*, . : Pearson Education, Paris, 670.
- Manojlovich, M. 2005.** Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 37, 4, pp. 367-373.
- Martin-Lacroux, C. 2014.** Le statut des compétences orthographiques dans le processus de sélection: compétences techniques ou savoir-être? une étude empirique par la méthode des protocoles verbaux. *Congrès de l'AGRH, Chester, United Kingdom*, pp. 1-21.
- Matthews, S., Laschinger, H. K. S., & Johnstone, L. 2006.** Staff nurse empowerment in line and staff organizational structures for chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 36, 11, pp. 526-533.
- Mauksch, H.O. 1990.** Viewpoints: Has the frontline nurse been abandoned? Dans McCloskey, J.C & Grac, H. *Current issues in nursing*. s.l. : St. Louis: Mosby, pp. 484-489.

- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. . 1999.** Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, Vol. 27, 4, pp. 267-298.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M., & Salovey, P. 1990.** Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of personality assessment*, Vol. , 54, 3-4, pp. 772-781.
- McCrae, R. R., & Terracciano, A. 2005.** Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *Journal of personality and social psychology*, Vol. 89, 3, pp. 407-425.
- McQueen, A. C. 2004.** Emotional intelligence in nursing work. *Journal of advanced nursing*, Vol. 47, 1, pp. 101-108.
- McQueen.A. 2004.** Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 47, 1, pp. 101-108.
- Miles, M & Huberman.M. 2010.** *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes. .* : Bruxelles,de Boeck, 626 p.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. 1994.** *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook.* CA Sage Publications . 338p. s.l. : CA Sage Publications, 338p.
- Millet, C.,. 2010.** Demazière, D. & Dubar, C.Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion. *Recherches en éducation*, Vol. 7, 14, pp. 177-179.
- Miyata, C., Arai, H., & Suga, S. 2015.** Characteristics of the nurse manager's recognition behavior and its relation to sense of coherence of staff nurses in Japan. . *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, Vol. 22, 1, pp. 9-17.
- Molinier, P. 2010.** Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, Vol. 2, pp. 99-110.
- Montani, F. ,. 2013.** *Can goal-directed regulatory processes lead to innovative performance? testing a motivational model of innovation.* s.l. : Thèse de doctorat, option psychologie sociale Université de Vérone et Université de Montpellier 3,. p. 210.

- Montani, F., Odoardi, C., & Battistelli, A. 2014.** Individual and contextual determinants of innovative work behaviour: Proactive goal generation matters. *Journal of occupational and organizational psychology*, Vol. 87, 4, pp. 645-670.
- Moorman, R. H. & Blakely, G. L. 1995.** Individualism-Collectivism as an individual difference predictor of organizational citizenship behavior. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 16, pp. 127-142.
- Morin, E. 1996.** *Psychologies au travail*. s.l. : Morin, Gaëtan, 560p.
- Morrison, E. W. 1994.** Role definitions and organizational citizenship behavior: The importance of the employee's perspective. *Academy of management journal*, Vol. 37, 6, pp. 1543-1567.
- Morse, J. M. 1991.** Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing research*, Vol. 40, 2, pp. 120-123.
- Moscovici, S. 2000.** *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris : Nathan. 204 pp.
- Motowidlo, S.J. 2003.** Job performance. Dans Ilgen, D.R., R.J. Klimoski et Weiner, I.B. Borman, W.C. *Handbook of Psychology, Industrial and Organizational Psychology*. s.l. : Hoboken, NJ: Wiley, pp. 39-52.
- Motte, J. 2013.** Le comportement de citoyenneté organisationnelle envers le client : une étude exploratoire. *Les actes de l'AGRH, Paris*, pp. 1-14.
- Mouquet, M.C. et Oberlin, P. 2008.** Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 . *Etudes et résultats Dares*, 654.
- Mumford, M. D., Mobley, M. I., Reiter-Palmon, R., Uhlman, C. E., & Doares, L. M. 1991.** Process analytic models of creative capacities. . *Creativity Research Journal*, Vol. 4, 2, pp. 91-122.
- Mumford, M. D., Schultz, R. A., & Van Doorn, J. R. 2001.** Performance in planning: Processes, requirements, and errors. *Review of General Psychology*, Vol. 5, 3, pp. 213-240.
- Murphy, K. R. 1989.** Dimensions of job performance. Dans Dillon, R.F & Pellegrino, J.W. *Testing: Theoretical and Applied Perspectives*. s.l. : New York: Praeger, pp. 218-247.

Nelson, B. (2001). Factors that encourage or inhibit the use of non-monetary recognition by U.S managers. these de doctorat , Université Claremont Californie, 173 p.

Nunnally, J. 1978. *Psychometric Theory*. s.l. : New York, McGraw-Hill,736p.

Oldham, G. R., & Baer, M. 2012. Creativity and the work context. *Handbook of organizational creativity*, pp. 387-420.

Oldham, G. R., & Cummings, A. 1996. Employee creativity: Personal and contextual factors at work. *Academy of management journal*, Vol. 39, 3, pp. 607-634.

Olson, M. 1965. *The Logic of Collective Action, Cambridge*. s.l. : USA, Harvard University Press, 186p.

Organ, D 1990. The subtle significance of job satisfaction. *Clinical Laboratory Management Review*, Vol. 4, 1, pp. 94-98.

Organ, D. W. 1997. Organizational citizenship behavior: It's construct clean-up time. *Human performance*, Vol. 10, 2, pp. 85-97.

Organ, D. W., & Konovsky, M. 1989. Cognitive versus affective determinants of organizational citizenship behavior. *Journal of applied psychology*, Vol. 74, 1, pp. 157-164.

Organ, D. W., & Ryan, K. r. 1995. A meta-analytic review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behavior. *Personnel psychology*, Vol. 48, 4, pp. 775-802.

Organ, D. W., Podsakoff, P. M., & MacKenzie, S. B. 2005. *Organizational citizenship behavior: Its nature, antecedents, and consequences*, California, Sage Publications. 360.

Organ, D.W. 1998. *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*. s.l. : Lexington, MA: Lexington Books 132p.

Ozaki, F. 2003. Influence of head nurse recognition behavior to staff nurses' job satisfaction. *Niigata Medical Journal*, Vol. 117, pp. 155-161.

Paciello, M., Fida, R., Cerniglia, L., Tramontano, C., & Cole, E. 2013. High cost helping scenario: The role of empathy, prosocial reasoning and moral

disengagement on helping behavior. *Personality and Individual Differences*. 2013, Vol. 55, 1, pp. 3-7.

Paillé, P. 2006. Les relations entre l'implication au travail, les comportements de citoyenneté organisationnelle et l'intention de retrait. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*,. 2006, Vol. 56, 2, pp. 139-149.

Paloutzian, R. F., Emmons.R.A& Keortge.S.G. 2003. Spiritual Well-Being, Spiritual Intelligence, and Healthy Workplace Policy. Dans: Giacolone.R.A & Jurkiewicz.C.L. *Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance*. s.l. : New York, Sharpe, pp. 123-137.

Papadogiannis, P. K., Logan, D., & Sitarenios, G. 2009. An ability model of emotional intelligence: A rationale, description, and application of the Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Dans: C Stough, D H Saklofske et J D. Parker. *Assessing Emotional Intelligence*. s.l. : United States, Springer, 378p, pp. 43-65.

Paré G., Tremblay M. 2004. The impact of human resource management practices on IT personnel commitment, citizenship behaviors and turnover intentions. *International conference in information system, Brisbane, Australia, p461-466*.

Parker, S. K., Bindl, U. K., & Strauss, K. 2010. Making things happen: A model of proactive motivation. *Journal of management*, Vol. 36, pp. 827-856.

Paunonen, S. V., & Ashton, M. C. 2001. Big five factors and facets and the prediction of behavior. *Journal of personality and social psychology*, Vol. 81, 3, pp. 524-539.

Pedersen, C. A., Schneider, P. J., & Scheckelhoff, D. J. 2003. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: dispensing and administration-2002. *American journal of health system pharmacy*, Vol. 60, 1, pp. 52-68.

Piko, B. F. 2006. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, Vol. 43, 3, pp. 311-318.

Pillay, R. 2009. Retention strategies for professional nurses in South Africa. *Leadership in health services*, Vol. 22, 1, pp. 39-57.

Pinto, J. K., & Prescott, J. E. 1987. Changes In Critical Success Factor Importance Over the Life of a Project. *Academy of management proceeding*, 1, pp. 328-332.

Pires, A. P. 1997. Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans: Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires Poupart. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. s.l. : Montréal: Gaëten Morin, 407p, pp. 113-169.

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H., & Fetter, R. 1990. Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *The leadership quarterly*, Vol. 1, 2, pp. 107-142.

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B., & Bachrach, D. G. 2000. Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of management*. Vol. 26, 3, pp. 513-563.

Poisson, Y. 1983. L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation. . *Revue des sciences de l'éducation*, Vol. 9, 3, pp. 369-378.

Puccio, G. J., Talbot, R. J., & Joniak, A. J. 2000. Examining creative performance in the workplace through a person-environment fit model. . *Journal of creative behavior*, Vol. 34, 4, pp. 227-247.

Pupion, P. C. 2008. *Statistiques pour la gestion-2ème édition-Applications avec excel et SPSS: Applications avec excel et SPSS*. s.l. : Paris, Dunod.464p.

R., AbuAIRub. 2004. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. . *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 36, pp. 73-78.

Rapisarda, B. A. 2002. The impact of emotional intelligence on work team cohesiveness and performance. *The International Journal of Organizational Analysis*, Vol. 10, 4, pp. 363-379.

Ravallec, C., Brasseur, G., Bondéelle, A., & Vaudoux, D. 2009. . Personnels soignants en milieu hospitalier: des performances sous perfusion. *Travail et sécurité*, Vol. 693, 1, pp. 25-39.

Renault, E. 2004. Reconnaissance, institutions, injustice. *Revue du MAUSS*, Vol. 1, pp. 180-195.

Renault, E. 2007. Reconnaissance et travail. *Travailler*, 2, pp. 119-135.

Reuvers, M., Van Engen, M. L., Vinkenburg, C. J., & Wilson-Evered, E. 2008. Transformational leadership and innovative work behaviour: Exploring the relevance of gender differences. *Creativity and Innovation Management*, Vol. 17, 3, pp. 227-244.

Ricoeur, P. 2004. *Parcours de la reconnaissance*. Paris, Stock, 396p.

Rocco, T. S., Bliss, L. A., Gallagher, S., & Pérez-Prado, A. 2003. Taking the next step: Mixed methods research in organizational systems. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, Vol. 21, 1, pp. 19-29.

Roche, A. 2015. La recherche-intervention comme révélatrice des dimensions des pratiques de reconnaissance dans les organisations. @ *GRH*, Vol. 4, pp. 11-42.

Roche.A. 2015. Définition de deux systèmes dialectiques de reconnaissance présents au sein des organisations. *Revue Interdisciplinaire Management Homme Entreprise*, Vol. 3, 17, pp. 20-44.

Roger, A., & Jamel, O. 2011. Sentiment d'autonomie et équilibre personnel-Le rôle modérateur du soutien hiérarchique. *29^o université de l'Audit Social*, , Montpellier, France. 13 p..

Romelaer, P. 2005. L'entretien de recherche. Dans: P., Wacheux, F Roussel. *Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. s.l. : Paris, De Boeck. 440p, pp. 101-137.

Rosenberg, M., Schooler, C., & Schoenbach, C. 1989. Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American sociological review*, pp. 1004-1018.

Roussel, P. 1996. *Rémunération, motivation et satisfaction au travail*, Paris,Economica, 306p,

Roussel, P. 2001. Le soi et la motivation. *Notes du LIRHE*, 345, pp. 1-19.

- Roussel, P., & Wacheux, F. 2005.** *Management des ressources humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales.* s.l. : Bruxelles, De Boeck Supérieur.440p.
- Savoie-Zajc, L. 2000.** Recherches qualitatives,. *L'analyse de données qualitatives: pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD* IST.* , Vol. 21, 99-123.
- Saxe, R., & Weitz, B. A. 1982.** The SOCO scale: A measure of the customer orientation of salespeople. *Journal of marketing research*, Vol. 19, 3, pp. 343-351.
- Schumpeter, J. A. . Transaction publishers. 1934.** *The theory of economic development: An inquiry into profits, capital, credit, interest, and the business cycle.* s.l. : Cambridge, Mass., Harvard University Press, 244p. Vol. 55.
- Schwartz, S. H., & Bilsky, W. 1990.** Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *Journal of personality and social psychology*, Vol. 58, 5, pp. 878-891.
- Scott, S. G., & Bruce, R. A. 1994.** Determinants of innovative behavior: A path model of individual innovation in the workplace. *Academy of Management Journal*, Vol. 37, 3, pp. 580-607.
- Scott, S.G., Bruce, R.A. 1994.** Determinants of Innovative Behavior: A Path Model of Individual Innovation in the Workplace. *The Academy of Management Journal*, Vol. 37, 3, pp. 580-607.
- Servan-Schreiber, D. (2003).** *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression* , Paris, Robert Laffont, 304 p.
- Shalley, C. E. 1991.** Effects of productivity goals, creativity goals, and personal discretion on individual creativity. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, pp. 179-185.
- Sherman, R., & Pross, E. 2010.** Growing future nurse leaders to build and sustain healthy work environments at the unit level. *The online Journal of issues in nursing*
http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/, Vol. 15, 1.

Shojaei, M., & Siuki, M. 2014. . A study of relationship between emotional intelligence and innovative work behavior of managers. *Management Science Letters*, Vol. 4, 7, pp. 1449-1454.

Sinclair, S., Pereira, J., & Raffin, S. 2006. A thematic review of the spirituality literature within palliative care. *Journal of palliative medicine*, Vol. 9, 2, pp. 464-479.

Skarlicki, D. P., & Folger, R. 1997. Retaliation in the workplace: The roles of distributive, procedural, and interactional justice. *Journal of applied Psychology*, Vol. 82, 3, pp. 434-443.

Smith, C. A., Organ, D. W., & Near, J. P. 1983. Organizational citizenship behavior: Its nature and antecedents. *Journal of applied psychology*, Vol. 68, 4, pp. 653-663.

Somavia, J. 2004. The ILO Decent Work Agenda as the aspiration of people: The insertion of values and ethics in the global economy. Dans: Peccoud.D. *Philosophical and spiritual perspectives on Decent Work*,. s.l. : Geneva, International Labor Office.174p, pp. 3-11.

Spitzmuller, M., & Van Dyne, L. 2013. Proactive and reactive helping: Contrasting the positive consequences of different forms of helping. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 34, 4, pp. 560-580.

Stafford, J., & Bodson, P. 2006. *L'analyse multivariée avec SPSS*. : Québec, Presses de l'université du Québec, 239p.

Stickley, T & Freshwater, D. 2004. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, Vol. 11, 2, pp. 91-98.

St-Onge, S., Haines III, V. Y., Aubin, I., Rousseau, C., & Lagassé, G. 2005. Pour une meilleure reconnaissance des contributions au travail. *Gestion*, Vol. 30, 2, pp. 89-101.

Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M., & Krukow, B. 2003. Reasons registered nurses leave or change employment status. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 33, 2, pp. 111-117.

- Swansburg, R. C., & Swansburg, R. J.. 2002.** *Introduction to management and leadership for nurse managers.* s.l. : United States of America, Jones & Bartlett Learning.638p.
- Tao, H., Ellenbecker, C. H., Wang, Y., & Li, Y. 2015.** Examining perception of job satisfaction and intention to leave among ICU nurses in China. *International journal of nursing sciences*, Vol. 2, 2, pp. 140-148.
- Taylor, E. J., Amenta, M., & Highfield, M. 1994.** Spiritual care practices of oncology nurses. *Oncology Nursing Forum.*, Vol. 22, 1, pp. 31-39.
- Tchankam, J. P. 2009.** Pertinence et limites des indicateurs d'évaluation des entreprises dans les économies en développement. *Gestion 2000*, Vol. 26, 2.
- Terramorsi, P& Perreti, J P. 2010.** Le sentiment de reconnaissance au travail : proposition d'un instrument de mesure. *Actes du XXI ème congrès AGRH, Rennes*, pp. 1-15.
- Thalineau, A. 2005.** *La lutte inégale pour la reconnaissance.* Université Paris VIII, pp. 1-81, Mémoire pour habilitation à diriger les recherches, Sociologie .
- Thiétart, R A. 2003.** *méthodes de recherche en management.* s.l. : 2ème édition, Paris, Dunod 537p.
- Thoits, P. A. 1985.** Self-labeling processes in mental illness: The role of emotional deviance. *American journal of Sociology*, Vol. 91, 2, pp. 221-249.
- Thoits, P. A 1989.** The sociology of emotions. *Annual review of sociology*, Vol. 15, pp. 317-342.
- Thomas, K. W. 1992.** Conflict and conflict management: Reflections and update. *Journal of organizational behavior*, Vol. 13, 3, pp. 265-274.
- Tonks.J, Fawcett.N et Rhynas.S.J (2014),** Re-finding the 'human side' of human factors in nursing: Helping student nurses to combine person-centred care with the rigours of patient safety. *Nurse Education Today*, Vol. 34, pp. 1238-1241.
- Tremblay, M., & Simard, G. 2005.** La mobilisation du personnel: l'art d'établir un climat d'échanges favorable basé sur la réciprocité. *Gestion.* 2005, Vol. 30, 2, pp. 60-68.

Tremblay, M., Chênevert, D., Simard, G., Lapalme, M. È., & Doucet, O. 2005. Agir sur les leviers organisationnels pour mobiliser le personnel: le rôle de la vision, du leadership, des pratiques de GRH et de l'organisation du travail. *Gestion*, Vol. 30, 2, pp. 69-78.

Tyler, P. A., Carroll, D., & Cunningham, S. E. 1991. Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 28, 2, pp. 125-130.

Tyler, Patrick.A., Carroll, Douglas, CUNNINGHAM& Shirley E. 1991. Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 28, 2, pp. 125-130.

Tyson, P. D., & Pongruengphant, R. 2004. Five-year follow-up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand. *International journal of nursing studies*, Vol. 41, 3, pp. 247-254.

Unsworth, K. 2001. Unpacking creativity. *Academy of management review*, Vol. 26, 2, pp. 289-297.

Vallerand, R. J. 1989. Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, Vol. 30, 4, pp. 662-689.

Valsania, S. E., León, J. A. M., Alonso, F. M., & Cantisano, G. T. 2012. Authentic leadership and its effect on employees' organizational citizenship behaviours. *Psicothema*, Vol. 24, 4, pp. 561-566.

Van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. 2008. Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *Journal of nursing scholarship*, Vol. 40, 4, pp. 302-310.

Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. 2010. *Manuel de recherche en sciences sociales*. s.l. : Paris, Dunod.256p.

Van Dyne.L et Lepine.J (1998). Helping and voice extra role behaviors: Evidence of construct and predictive validity, *Academy of management journal*, Vol. 41, 1, pp. 108-119.

- Van Scotter, J. R., & Motowidlo, S. J. 1996.** Interpersonal facilitation and job dedication as separate facets of contextual performance. *Journal of applied psychology*, Vol. 81, 5, p. 525-531.
- Van Scotter, J. R., & Motowidlo, S. J. 1996.** Interpersonal facilitation and job dedication as separate facets of contextual performance. *Journal of applied psychology*, Vol. 81, 5, pp. 525-531.
- VANDYNE, L., Cummings, L. L., & Parks, J. M. 1995.** Extra-role behaviors-in pursuit of construct and definitional clarity (a bridge over muddied waters). Research in organizational behavior an annual series of analytical essays and critical reviews, Vol. 17, pp. 215-285.
- Vroom, V. H. 1964.** *Work and motivation*. NY: John Wiley & sons, 331p.
- Watson, M. J. 1988.** New dimensions of human caring theory. *Nursing science quarterly*, Vol. 1, 4, pp. 175-181.
- Weberg, D. 2009.** Innovation in healthcare: A concept analysis. *Nursing Administration Quarterly*, Vol. 33, 3, pp. 227-237.
- Williams, L. J., & Anderson, S. E. 1991.** Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behaviors. *Journal of management*, Vol. 17, 3, pp. 601-617.
- Wong, S. S., & Ang, R. P. 2007.** Emotional competencies and maladjustment in Singaporean adolescents. *Personality and Individual Differences*, Vol. 43, 8, pp. 2193-2204.
- Yuan, F., & Woodman, R. W. 2010.** Innovative behavior in the workplace: The role of performance and image outcome expectations. *Academy of Management Journal*, Vol. 53, 2, pp. 323-342.
- Zhang, X., & Bartol, K. M. 2010.** Linking empowering leadership and employee creativity: The influence of psychological empowerment, intrinsic motivation, and creative process engagement. *Academy of management journal*, Vol. 53, 1, pp. 107-128.
- Zhou, J., & Oldham, G. R. 2001.** Enhancing creative performance: Effects of expected developmental assessment strategies and creative personality. *The Journal of Creative Behavior*, Vol. 35, 3, pp. 151-167.

Zouari.S, Ayadi.I & Jmal, Y.2014. Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie. *Rapport de la banque africaine de développement, Note économique*, 60p.

Liste des tableaux

Tableau 1: Catégorisation des pratiques de reconnaissance en fonction des différentes approches.....	34
Tableau 2: Typologie des pratiques de reconnaissance en fonction des sources de provenance.....	37
Tableau 3: Les normes relatives à l'établissement et au maintien des milieux de travail sain pour le personnel infirmier	77
Tableau 4: Comparaison des deux paradigmes épistémologiques en fonction du niveau de questionnement	103
Tableau 5: Répartition des dépenses de santé	107
Tableau 6: Catégorisation des pays de Méditerranée orientale en fonction du développement socio-économique	115
Tableau 7: Répartition du personnel infirmier en Tunisie (2011-2015).....	117
Tableau 8: Structure du personnel infirmier par genre	119
Tableau 9: Structure du personnel infirmier par grade	120
Tableau 10: Caractéristiques de l'échantillon de l'étude qualitative	132
Tableau 11 L'échelle de mesure de la reconnaissance au travail	139
Tableau 12: Echelle de mesure du comportement d'entraide.....	143
Tableau 13: Echelle de mesure du comportement d'innovation	144
Tableau 14: Architecture du questionnaire	146
Tableau 15: Les caractéristiques socio démographiques de l'échantillon.....	151
Tableau 16: Les conséquences du déni de reconnaissance sur le travail des infirmiers	160
Tableau 17: Les différentes formes de reconnaissance relevées par l'étude qualitative	195
Tableau 18: Le caractère factoriable des données selon KMO.....	201
Tableau 19: Le caractère factorisable de l'échelle de mesure de la reconnaissance au travail	204
Tableau 20: Variance totale expliquée	205
Tableau 21: Matrice des composantes de l'échelle de mesure de la reconnaissance au travail après rotation.....	206
Tableau 22: Analyse en composantes principales du facteur de reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle.....	207
Tableau 23: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement	209

Tableau 24: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux remerciements écrits	210
Tableau 25: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux feed-back verbaux.....	210
Tableau 26: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux remerciements publics	211
Tableau 27: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance financière et liée aux qualifications.....	212
Tableau 28: Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	213
Tableau 29: Résultats de l'ACP de l'échelle de mesure du comportement d'entraide	214
Tableau 30: Analyse de la fiabilité de l'échelle de mesure du comportement d'entraide	214
Tableau 31: Résultats de l'ACP de l'échelle de mesure du comportement d'entraide	215
Tableau 32: Analyse de la fiabilité de l'échelle de mesure du comportement d'innovation	215
Tableau 33: Résumé des résultats de la qualité de régression et la significativité des relations entre les variables explicatives de la reconnaissance et la variable à expliquer: le comportement d'entraide	223
Tableau 34: Régression multiple pas à pas: Influence de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide	224
Tableau 35: Résumé de résultats de la qualité de régression et la significativité des relations entre les variables explicatives de la reconnaissance au travail et la variable à expliquer: le comportement d'innovation	226
Tableau 36: Résultats de régression multiple pas à pas: Influence de la reconnaissance au travail sur le comportement d'innovation.....	228

Liste des figures

Figure 1: Architecture de la thèse	11
Figure 2: Les différentes composantes de l'identité professionnelle	25
Figure 3: Les pratiques de reconnaissance	29
Figure 4: Les styles de comportement dans le règlement des conflits interpersonnels.....	56
Figure 5: Le comportement d'innovation: Les différentes étapes de l'application des nouvelles idées	67
Figure 6: Modèle de recherche.....	92
Figure 7: Comparaison entre les pays à revenus égales des dépenses totales en % PIB (2012).....	108
Figure 8: Comparaison entre les pays du Maghreb des dépenses totales en % PIB (2012).....	108
Figure 9: Evolution des dépenses totales de santé en % de PIB par rapport aux dépenses de santé du secteur public	109
Figure 10: Evolution des dépenses de santé du secteur public en % de PIB par rapport aux dépenses de santé du secteur privé	110
Figure 11: Catégorisation des paramédicaux du secteur public.....	112
Figure 12: Nombre des infirmiers pour 10000 habitants dans la région de la Méditerranée orientale (2008)	116
Figure 13: Structure du personnel infirmier par genre.....	119
Figure 14: Structure du personnel infirmier en fonction du grade.....	120
Figure 15: Modèle de recherche réajusté	230

Annexe 1 :

Guide d'entretien

Phase d'introduction

Je me présente, je suis Amina Amri, je mène un travail de recherche dans le cadre de ma thèse de doctorat sur la reconnaissance au travail, les comportements d'entraide et d'innovation auprès des infirmiers. Je souhaiterais aborder avec vous des questions sur la reconnaissance dont vous bénéficiez lors de l'exercice de votre travail, l'aide que vous présentez à vos collaborateurs, vos supérieurs hiérarchiques ainsi que vos patients. De même je voudrais que vous me parliez de la production et l'application de nouvelles idées/solutions à des problèmes dans votre travail. L'objectif étant de déterminer dans quelle mesure la reconnaissance au travail aurait un effet sur vos comportements d'entraide et comportement d'innovation aussi de cerner les formes de reconnaissance qui ont un plus grand effet sur ces deux comportements. Les réponses, doivent être spontanées. Je vous demande s'il vous plait de donner des réponses spontanées, je ne suis pas ici pour vous juger et je tiens à vous souligner qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je tiens aussi à vous rassurer que les réponses resteront strictement confidentielles et anonymes. Toutes vos réponses seront exploitées et analysées pour des fins purement académiques.

Les questions

- Parlez-moi de votre travail ? Vous sentez-vous valorisé dans votre travail ?
- Que reconnaît-on de votre travail (effort, temps, la méthode que vous utilisez...)?
- Sous quelle(s) forme(s) se présente(nt) cette reconnaissance ?
- Quelle(s) forme(s) de reconnaissance préférez-vous le plus ?
- Par qui (collègues, patients, supérieurs) vous sentez-vous le mieux reconnu ? pourquoi ? qu'est-ce que cela représente pour vous ?

- Lorsque vous exercez votre travail, effectuez-vous des tâches que vous n'êtes pas dans l'obligation de faire ou que vous pensez que vous n'êtes pas rémunéré pour les faire ? Expliquez-moi ?
- Quelles sont les relations que vous entretenez avec vos collègues, supérieurs, patients ? Est-ce que vous collaborez avec eux ?
- Lorsqu'un conflit surgit que faites vous pour le désamorcer ?
- Donnez-vous de votre temps et vos efforts pour les aider ?
- Pour quelles raisons aidez vous les autres ? Que pourrait vous apporter un tel comportement ?
- Quelles sont les formes de reconnaissance qui vous incitent à présenter votre aide ?
- Avez-vous rencontré des problèmes dans votre travail ? comment les avez-vous surmontés ?
- Avez-vous produit des idées/solutions nouvelles à des problèmes? Les avez-vous appliquées ? pour quelles raisons ? Racontez-moi votre ou vos expériences ?
- Quelles sont les formes de reconnaissance qui vous inciteraient à produire et appliquer les idées, les solutions nouvelles?

- Annexe 2 :

- Les caractéristiques de l'échantillon de l'étude qualitative

Entretien	Sexe	Âge	Grades	Ancienneté dans le poste	Service de rattachement	Hôpital
1	Homme	26 ans	Infirmier	2 ans	Ophthalmologie	Hôpital 3
2	Femme	32 ans	Infirmier	9 ans	Ophthalmologie	Hôpital 3
3	Femme	32 ans	Infirmier principal	12 ans	Ophthalmologie	Hôpital 2
4	Femme	33 ans	Infirmier	13 ans	Ophthalmologie	Hôpital 1
5	Homme	34 ans	Infirmier	10 ans	Gastrologie	Hôpital 1
6	Femme	34 ans	Infirmier	10 ans	Gastrologie	Hôpital 1
7	Femme	35 ans	Infirmier	10 ans	Gastrologie	Hôpital 1
8	Homme	54 ans	Infirmier major	30 ans	Gastrologie	Hôpital 1
9	Femme	50 ans	Infirmier major	25 ans	Gastrologie	Hôpital 1
10	Femme	44 ans	Infirmier major	17 ans	Gastrologie	Hôpital 1
11	Femme	48 ans	Infirmier major	20 ans	Gastrologie	Hôpital 1
12	Homme	49 ans	Infirmier principal	15 ans	Gastrologie	Hôpital 2
13	Femme	50 ans	Infirmier principal	20 ans	Cardiologie	Hôpital 1
14	Homme	52ans	Infirmier major	30 ans	Cardiologie	Hôpital 2
15	Homme	52 ans	Infirmier major	30 ans	Cardiologie	Hôpital 1
16	Femme	53 ans	Infirmier major	25 ans	Cardiologie	Hôpital 1
17	Femme	39 ans	Infirmier principal	13 ans	Neurologie	Hôpital 2
18	Femme	54 ans	Infirmier principal	26ans	Neurologie	Hôpital 2
19	Homme	40 ans	Infirmier	9 ans	Neurologie	Hôpital 2
20	Homme	56 ans	Infirmier major	30 ans	Neurologie	Hôpital 2

Annexe 3 :

Lettre de demande d'autorisation d'accès aux données relatives aux infirmiers Tunisiens



Annexe 4 : Questionnaire

Recherche scientifique sur les pratiques de reconnaissance au travail des infirmiers

La recherche intitulée « Les pratiques de reconnaissance au travail des infirmier(e)s » est dirigée par Audrey Bécuwe, Maître de Conférences, et fait l'objet de la thèse de doctorat en sciences de gestion d'Amina Amri. Elles sont toutes deux chercheuses au laboratoire CREOP EA-4332 de l'université de Limoges.

Votre participation à cette enquête est essentielle ! Elle nous permettra de déceler les pratiques de reconnaissance au travail existantes et les attentes du personnel infirmier à ce sujet. Au terme de cette étude, vous pourrez recevoir un compte-rendu général des résultats de cette recherche.

Nous vous promettons que ce questionnaire ne sera pas rapide à remplir !

L'ensemble des données obtenues dans le cadre de cette recherche seront utilisées de manière anonyme et serviront de manière exclusive aux travaux de l'équipe de recherche du CREOP EA-4332. Aucune donnée individuelle ne sera utilisée puisque toutes les données seront agrégées de manière statistique.

Toute question relative à l'utilisation des données peut être obtenue auprès de : amina.amri@yahoo.fr et de audrey.becuwe@unilim.fr

Encore une fois, nous vous remercions très sincèrement, par avance, pour votre précieuse collaboration. N'hésitez pas à diffuser ce questionnaire auprès de vos collègues infirmier(e)s travaillant en hôpital public comme en clinique et quel que soit leur grade (infirmier(e), infirmier(e) principal et infirmier(e) major).

Audrey Bécuwe & Amina Amri
CREOP EA-4332, Université de Limoges

Audrey Bécuwe

Amina Amri

Maître de Conférences, CREOP-EA 4332
audrey.becuwe@unilim.fr
Doctorante, CREOP-EA 4332
amri.amina@yahoo.fr

Section 1 : Reconnaissance au travail

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Une lettre relative à la qualité des soins donnés aux patients est remise au personnel infirmier et une copie est placée dans le dossier du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef de service reçoit un document officiel sous forme de compte-rendu du chef des infirmiers relatif à la performance du personnel infirmier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un document officiel sous forme de compte-rendu est remis à l'infirmier(e) lorsqu'il travaille au-delà de ses horaires et une copie est placée dans son dossier personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef de service reçoit un courrier du chef des infirmiers relatif aux réussites du personnel infirmier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une lettre de félicitations est envoyée au personnel infirmier pour ses réussites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel infirmier est sélectionné pour participer à l'insertion et former les nouveaux employés (infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique et agent des services hospitaliers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des feedback verbaux privés sont donnés par le chef des infirmiers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef des infirmiers fournit au personnel infirmier des retours (feedbacks) sur le travail pour les soins administrés aux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef infirmier donne un feedback verbal à un(e) infirmier(e) pour les réussites de ce(tte) dernier(e) dans son service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef infirmier donne un feedback sur le travail à un(e) infirmier(e) pour ses réussites dans son service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Une copie d'évaluations positives de la part d'un patient est envoyée à la hiérarchie supérieure (au chef de service)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une fête est organisée pour remercier la contribution d'un(e) infirmier(e) qui a plusieurs années de service dans l'organisation (hôpital ou clinique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef des infirmiers félicite des infirmier(e)s devant les collègues de l'équipe de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef des infirmiers se vante de la performance du personnel infirmier de son service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le magazine ou la lettre interne (voire l'intranet) fournit une opportunité pour le personnel infirmier de partager les projets développés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les évaluations de patient qui complimentent des infirmier(e)s du service sont mises sur le panneau d'affichage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les réussites sont annoncées dans le magazine ou la lettre interne (voire l'intranet) de l'organisation (hôpital ou clinique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les réussites des infirmier(e)s sont mises sur le tableau d'affichage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef des infirmiers vante les réussites du personnel infirmier de son service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une journée de congé rémunérée est offerte pour pouvoir participer à une réunion de travail (de type table-ronde, atelier de travail, workshop, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La préférence et le choix des horaires de travail sont donnés aux infirmier(e)s.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	ni d'accord ni pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Tout à fait d'accord.
Les augmentations de salaire sont proportionnées au niveau de performance.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'obtention d'une certification dans une aire de spécialité infirmière est valorisée par une augmentation de salaire et/ou une prime.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un niveau de scolarité supplémentaire (un diplôme par exemple) est valorisé par une augmentation de salaire et/ou une prime.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef des infirmiers consulte le personnel infirmier pour les décisions importantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef des infirmiers rencontre les infirmiers de son équipe pour discuter des soins aux patients et du management du service.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il est demandé au personnel infirmier d'établir des critères pour son service dans le but d'assurer la justice de la récompense.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef des infirmiers demande à son équipe d'infirmier de participer au planning pour son service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il est demandé à des infirmier(e)s de représenter votre service lors de réunions dans votre organisation (hôpital ou clinique).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du temps est accordé (aux infirmier(e)s) pour travailler sur des projets spécifiques à votre service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef des infirmiers rencontre le personnel infirmier afin de lui fournir du soutien et de l'assistance pour mener à bien ses objectifs professionnels et de carrière.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout d'accord.	Plutôt pas d'accord.	ni d'accord ni pas d'accord.	Plutôt d'accord.	Tout à fait d'accord.
Le personnel infirmier est recommandé par le chef des infirmiers pour prendre la parole en public lors de réunions au sein de l'organisation (hôpital ou clinique) par exemple.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le chef infirmier encourage le personnel infirmier à développer une expertise sur un aspect du soin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du temps et du soutien sont donnés pour développer une brochure décrivant les services des infirmier(e)s fournis par le service.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les évaluations de patient qui complimentent des infirmier(e)s du service sont mises sur le panneau d'affichage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel infirmier est encouragé à participer aux activités professionnelles au niveau étatique et nationales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Section 2 :

Les comportements discrétionnaires

Le comportement d'entraide :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je donne volontairement de mon temps pour aider des collègues qui rencontrent des difficultés dans leur travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Même lorsque je suis occupé(e), je suis disposé(e) à prendre du temps pour aider les nouveaux collègues à s'intégrer ou se former.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'arrive d'agir pour essayer d'empêcher l'émergence de problèmes entre des salariés de mon organisation (hôpital ou clinique).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pèse mes actes avant de faire quoi que ce soit dans le travail qui pourrait affecter les personnes avec lesquelles je travaille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quand j'entrevois des problèmes entre des collègues, j'essaie d'influencer leur relation dans le sens du consensus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'agis en tant que conciliateur quand des salariés de mon organisation (hôpital ou clinique) sont en désaccord.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le comportement d'innovation :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je crée de nouvelles idées pour résoudre les questions difficiles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je découvre de nouvelles méthodes de travail, des techniques ou des outils de travail nouveaux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je produis des solutions originales face aux problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je mobilise du soutien et de l'assistance (auprès de mes collègues et de ma hiérarchie) pour les idées et	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

les solutions innovantes.

J'encourage des membres importants de l'organisation à être enthousiastes pour les idées et les solutions innovantes.

Je transforme des idées novatrices en applications utiles pour mon travail.

Section 3 : Informations générales sur le répondant

Depuis combien d'années êtes-vous dans ce service ?

	ANS
--	------------

Dans quel type de structure travaillez-vous ?

	Hôpital
	Clinique
	Autre (préciser)

Depuis combien d'années travaillez-vous dans cet hôpital ?

	ANS
--	------------

Depuis combien d'années exercez-vous le métier d'infirmier(e) ?

	ANS
--	------------

Quel est votre sexe ?

	Féminin
--	----------------

	Masculin
--	-----------------

Quel est votre âge ?

	Ans
--	------------

Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez obtenu ? (cochez la case appropriée)

Brevet	
Bac	
Bac+2/3	
Bac+5	
Doctorat	

- COMMENTAIRES

-

-

-

-

-

-

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette enquête, merci d'indiquer votre email :

-

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE.

Pour toute demande d'explication, n'hésitez pas à contacter les chercheurs aux courriels suivants :

- E-mail : audrey.becuwe@unilim.fr et/ou amri.amina@yahoo.fr

-

Annexe 5

Les résultats de l'analyse en composantes principales

I- Résultat de l'ACP de la reconnaissance au travail

I-1 Indice de KMO et test de Bartlett

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,909
Approx. Chi-Square		4299,118
Bartlett's Test of Sphericity	df	630
	Sig.	,000

I-2 Qualité de représentation

Communalities

	Initial	Extraction
REC1	1,000	,642
REC2	1,000	,590
REC3	1,000	,718
REC4	1,000	,597
REC5	1,000	,723
REC6	1,000	,567
REC7	1,000	,631
REC8	1,000	,659
REC9	1,000	,701
REC10	1,000	,734
REC11	1,000	,465
REC12	1,000	,688
REC13	1,000	,639
REC14	1,000	,691
REC15	1,000	,631
REC16	1,000	,606
REC17	1,000	,649
REC18	1,000	,568
REC19	1,000	,676
REC20	1,000	,609
REC21	1,000	,528
REC22	1,000	,633
REC23	1,000	,796
REC24	1,000	,732
REC25	1,000	,498
REC26	1,000	,633
REC27	1,000	,668
REC28	1,000	,608
REC29	1,000	,665
REC30	1,000	,609
REC31	1,000	,630
REC32	1,000	,561
REC33	1,000	,549
REC34	1,000	,585
REC35	1,000	,589
REC36	1,000	,653

Extraction Method: Principal Component Analysis.

I-3 Analyse de la variance

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	12,838	35,661	35,661	12,838	35,661	35,661	5,670	15,749	15,749
2	2,940	8,168	43,829	2,940	8,168	43,829	3,471	9,643	25,392
3	1,875	5,208	49,037	1,875	5,208	49,037	3,245	9,014	34,406
4	1,463	4,063	53,100	1,463	4,063	53,100	3,151	8,754	43,160
5	1,375	3,821	56,920	1,375	3,821	56,920	2,578	7,161	50,321
6	1,186	3,295	60,216	1,186	3,295	60,216	2,477	6,882	57,203
7	1,042	2,894	63,109	1,042	2,894	63,109	2,126	5,907	63,109
8	,947	2,632	65,741						
9	,926	2,573	68,314						
10	,876	2,434	70,747						
11	,754	2,094	72,842						
12	,695	1,931	74,773						
13	,653	1,814	76,587						
14	,640	1,778	78,364						
15	,608	1,689	80,053						
16	,583	1,620	81,674						
17	,547	1,518	83,192						
18	,517	1,435	84,627						
19	,498	1,383	86,010						
20	,459	1,275	87,284						
21	,457	1,270	88,555						
22	,437	1,213	89,767						
23	,401	1,115	90,882						
24	,374	1,039	91,921						
25	,364	1,011	92,933						

26	,317	,880	93,813					
27	,302	,839	94,651					
28	,290	,807	95,458					
29	,264	,733	96,192					
30	,234	,651	96,843					
31	,226	,627	97,470					
32	,210	,583	98,053					
33	,200	,556	98,609					
34	,183	,509	99,119					
35	,178	,494	99,613					
36	,139	,387	100,000					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

I-4 Matrice des composantes avant rotation

Component Matrix^a

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
REC1	,549	-,068	,341	,258	-,131	-,291	,227
REC2	,418	-,217	,422	,256	-,234	-,200	,172
REC3	,714	-,091	,284	,176	-,121	-,242	,122
REC4	,643	-,146	,272	,263	-,093	-,101	-,015
REC5	,667	-,381	,189	,014	,254	-,052	-,173
REC6	,631	,323	,078	-,045	,175	-,085	-,136
REC7	,280	,443	-,036	,104	,321	,319	,373
REC8	,566	,371	,207	-,008	,390	,044	,056
REC9	,515	,357	,221	,270	,393	,173	,051
REC10	,574	,437	,194	,117	,386	-,019	-,115
REC11	,613	,091	,219	-,113	-,086	-,101	,059
REC12	,565	,403	,161	-,061	-,188	-,082	-,365
REC13	,704	,112	,138	-,119	-,116	,048	-,285
REC14	,519	,244	,214	-,143	-,296	,455	,046
REC15	,661	-,279	,050	-,190	,003	,277	,043
REC16	,651	-,315	,155	,077	-,115	,189	,060
REC17	,633	-,445	,024	,007	,000	,128	-,184
REC18	,643	-,315	,144	-,118	-,088	,110	,028
REC19	,567	,061	,296	-,201	-,272	,379	-,073
REC20	,591	-,373	-,068	-,268	,201	,053	-,009
REC21	,530	-,331	-,003	-,150	,199	-,241	-,131
REC22	,567	-,352	-,139	-,320	,247	-,018	,068
REC23	,608	,212	-,047	-,509	-,068	-,226	,255
REC24	,546	,222	-,176	-,456	-,041	-,174	,336
REC25	,593	,254	-,242	-,002	-,082	-,126	-,009
REC26	,602	,222	-,291	,034	-,277	,048	-,238
REC27	,617	-,340	-,344	,051	,185	,058	-,113
REC28	,640	-,144	-,345	,158	,084	-,117	-,118
REC29	,707	,128	-,291	,157	-,114	-,148	,063
REC30	,661	,104	-,206	,223	-,071	-,037	,249
REC31	,647	,119	-,342	,209	-,030	-,096	-,163
REC32	,346	,133	-,434	,322	-,234	,257	,104
REC33	,672	,216	-,103	,073	,095	,074	-,141
REC34	,643	-,316	-,133	,156	,023	,042	,167
REC35	,581	-,348	-,244	,079	-,034	,160	,195
REC36	,586	,440	-,145	-,182	-,177	-,170	-,040

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 7 components extracted.

I-5 Matrice des composantes après rotation

Rotated Component Matrix^a

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
REC1	,147	,120	,742	,163	,077	,145	,033
REC2	,146	,024	,743	-,001	,023	,003	,127
REC3	,304	,174	,692	,180	,197	,183	,107
REC4	,326	,182	,602	,172	,209	-,029	,146
REC5	,717	-,012	,340	,213	,212	-,040	,042
REC6	,206	,144	,153	,475	,433	,248	,080
REC7	-,080	,242	-,072	,674	-,215	,175	,171
REC8	,172	,031	,144	,712	,205	,218	,102
REC9	,101	,145	,197	,775	,121	-,036	,118
REC10	,123	,084	,160	,732	,372	,101	,025
REC11	,229	,068	,376	,211	,256	,321	,232
REC12	,013	,138	,194	,232	,690	,176	,264
REC13	,329	,147	,213	,198	,527	,158	,349
REC14	,053	,169	,128	,223	,163	,171	,734
REC15	,612	,138	,154	,119	,030	,153	,419
REC16	,507	,207	,402	,079	,025	-,002	,371
REC17	,690	,170	,241	-,006	,168	-,082	,226
REC18	,556	,097	,326	,031	,086	,137	,341
REC19	,227	,046	,193	,135	,242	,126	,702
REC20	,731	,052	,064	,085	,049	,211	,117
REC21	,626	-,006	,205	,044	,219	,167	-,125
REC22	,722	,058	,026	,088	,000	,314	,030
REC23	,233	,084	,136	,145	,195	,795	,157
REC24	,198	,185	,053	,152	,080	,783	,116
REC25	,149	,446	,116	,197	,325	,342	,043
REC26	,153	,544	,037	,053	,477	,167	,231
REC27	,696	,404	,022	,090	,103	,014	-,033
REC28	,501	,497	,138	,115	,238	,080	-,121
REC29	,246	,598	,263	,176	,254	,287	,008
REC30	,208	,573	,318	,257	,040	,252	,072
REC31	,281	,589	,126	,186	,375	,107	-,043
REC32	,007	,723	-,007	,065	-,020	-,021	,184
REC33	,284	,369	,095	,394	,357	,128	,151
REC34	,543	,397	,320	,105	-,071	,080	,087
REC35	,547	,443	,184	,016	-,149	,097	,167
REC36	,013	,333	,095	,198	,466	,507	,141

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 12 iterations.

I-6 Statistiques de fiabilité

I-6-1 Statistique de fiabilité de la dimension Reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	215	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	215	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,870	7

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

I-6-2 Statistique de fiabilité de la dimension Reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	215	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	215	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,885	11

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

I-6-3 Statistiques de fiabilité de la dimension : Reconnaissance liée aux remerciements écrits

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	215	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	215	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,820	5

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

I-6-4 Statistiques de fiabilité de la dimension : Reconnaissance liée aux feedback verbaux

		N	%
Cases	Valid	215	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	215	100,0

Cronbach's Alpha	N of Items
,811	5

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

1-6-5 Statistiques de fiabilité de la dimension : Reconnaissance liée aux remerciements publics

		N	%
Cases	Valid	215	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	215	100,0

Cronbach's Alpha	N of Items
,701	2

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

I-6-6 Statistiques de fiabilité de la dimension: Reconnaissance financière et liée aux qualifications

		N	%
Cases	Valid	215	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	215	100,0

Cronbach's Alpha	N of Items
,790	4

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

I-6-7 Statistiques de fiabilité de la dimension : Reconnaissance liée à la fiabilité de travailler avec son équipe

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	215	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	215	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,742	2

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

II- Résultats de l'ACP du comportement d'entraide

II-1 Indice KMO et test de Bartlett

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,851
Approx. Chi-Square		504,870
Bartlett's Test of Sphericity	df	15
	Sig.	,000

II-2 Qualité de représentation

Communalities

	Initial	Extraction
ENTR1	1,000	,511
ENTR2	1,000	,561
ENTR3	1,000	,658
ENTR4	1,000	,519
ENTR5	1,000	,633
ENTR6	1,000	,564

Extraction Method: Principal Component Analysis.

II-3 Variance totale expliquée

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,447	57,448	57,448	3,447	57,448	57,448
2	,836	13,935	71,383			
3	,563	9,391	80,774			
4	,424	7,064	87,837			
5	,375	6,256	94,093			
6	,354	5,907	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

II-4 Matrice des composantes

Component Matrix^a

	Component
	1
ENTR1	,715
ENTR2	,749
ENTR3	,811
ENTR4	,720
ENTR5	,796
ENTR6	,751

Extraction Method:
Principal Component
Analysis.

a. 1 components
extracted.

II-5 Statistiques de fiabilité

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	215	94,3
	Excluded ^a	13	5,7
	Total	228	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,850	6

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
23,92	24,404	4,940	6

III- Résultats de l'ACP du comportement d'innovation

III-1 Indice KMO et test de Bartlett

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,845
Approx. Chi-Square		404,441
Bartlett's Test of Sphericity	df	15
	Sig.	,000

III-2 Qualité de représentation

Communalities

	Initial	Extraction
INNOV1	1,000	,616
INNOV2	1,000	,594
INNOV3	1,000	,526
INNOV4	1,000	,495
INNOV5	1,000	,467
INNOV6	1,000	,495

III-3 Variance totale expliquée

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,193	53,211	53,211	3,193	53,211	53,211
2	,868	14,470	67,681			
3	,584	9,740	77,421			
4	,501	8,350	85,771			
5	,453	7,558	93,329			
6	,400	6,671	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Extraction Method: Principal Component
 Analysis.

III-4 Matrice des composantes

Component Matrix^a

	Component
	1
INNOV1	,785
INNOV2	,771
INNOV3	,725
INNOV4	,703
INNOV5	,683
INNOV6	,704

Extraction Method: Principal
Component Analysis.

a. 1 components extracted.

III- 5 Statistiques de fiabilité

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	215	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	215	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,823	6

Annexe 6:

Résultats régression multiple: Effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide

I- Récapitulatif du modèle

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,612 ^a	,375	,353	,80410382	,375	17,710	7	207	,000	1,908

a. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits, Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle

b. Dependent Variable: Facteur comportement d'entraide

II- ANOVA

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	80,157	7	11,451	17,710	,000 ^b
	Residual	133,843	207	,647		
	Total	214,000	214			

a. Dependent Variable: Facteur comportement d'entraide

b. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits, Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle

III- Variation statistique

h

Model	R	Change Statistics					Durbin-Watson
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,333 ^a	,111	26,596	1	213	,000	
2	,443 ^b	,085	22,516	1	212	,000	
3	,498 ^c	,052	14,449	1	211	,000	
4	,532 ^d	,035	10,380	1	210	,001	
5	,563 ^e	,034	10,366	1	209	,001	
6	,591 ^f	,032	10,271	1	208	,002	
7	,612 ^g	,025	8,367	1	207	,004	1,908

a. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement

b. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics

c. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feedback verbaux

d. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feedback verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe

e. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feedback verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications

f. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feedback verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits

g. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits, Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle

h. Dependent Variable: Facteur comportement d'entraide

IV- Coefficients

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Beta	Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance
Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement	,333	,055	,333	6,061	,000	,225	,442	,333	,388	,333	1,000	1,000
Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics	,292	,055	,292	5,315	,000	,184	,401	,292	,347	,292	1,000	1,000
Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux	,227	,055	,227	4,129	,000	,119	,335	,227	,276	,227	1,000	1,000
Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	,188	,055	,188	3,424	,001	,080	,297	,188	,232	,188	1,000	1,000
Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184	,055	,184	3,348	,001	,076	,292	,184	,227	,184	1,000	1,000
Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179	,055	,179	3,261	,001	,071	,288	,179	,221	,179	1,000	1,000
Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159	,055	-,159	-2,892	,004	-,267	-,051	-,159	-,197	-,159	1,000	1,000

a. Dependent Variable: Facteur comportement d'entraide

V- Variables exclues**Excluded Variables^a**

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^b	-2,491	,014	-,169	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^b	2,820	,005	,190	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux	,227 ^b	3,611	,000	,241	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics	,292 ^b	4,745	,000	,310	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184 ^b	2,898	,004	,195	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	,188 ^b	2,966	,003	,200	1,000	1,000	1,000
2	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^c	-2,618	,009	-,177	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^c	2,964	,003	,200	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux	,227 ^c	3,801	,000	,253	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184 ^c	3,047	,003	,205	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	,188 ^c	3,119	,002	,210	1,000	1,000	1,000

3	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^d	-2,702	,007	-,183	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^d	3,061	,002	,207	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184 ^d	3,147	,002	,212	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	,188 ^d	3,222	,001	,217	1,000	1,000	1,000
4	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^e	-2,764	,006	-,188	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^e	3,132	,002	,212	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184 ^e	3,220	,001	,217	1,000	1,000	1,000
5	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^f	-2,828	,005	-,192	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^f	3,205	,002	,217	1,000	1,000	1,000
6	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^g	-2,892	,004	-,197	1,000	1,000	1,000

a. Dependent Variable: Facteur comportement d'entraide

b. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement

c. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics

d. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux

e. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe

f. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications

g. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits

VI- Coefficient de corrélation de Pearson

Correlations

		Facteur comportement d'entraide	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	Facteur reconnaissance liée aux feedback verbaux	Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe
Pearson Correlation	Facteur comportement d'entraide	1,000	-,159	,333	,179	,227	,292	,184	,188
	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159	1,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement	,333	,000	1,000	,000	,000	,000	,000	,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179	,000	,000	1,000	,000	,000	,000	,000
	Facteur reconnaissance liée aux feedback verbaux	,227	,000	,000	,000	1,000	,000	,000	,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics	,292	,000	,000	,000	,000	1,000	,000	,000
	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184	,000	,000	,000	,000	,000	1,000	,000
	Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	,188	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1,000

Annexe 7 : Résultats de la régression multiple : Effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'innovation

I- Récapitulatif modèle

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,575 ^a	,331	,308	,83180509	,331	14,613	7	207	,000	
2	,570 ^b	,325	,305	,83337098	-,006	1,784	1	207	,183	1,948

a. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits, Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle

b. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed- back verbaux, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits, Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle

c. Dependent Variable: Facteur comportement d'innovation

II- ANOVA

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	70,777	7	10,111	14,613	,000 ^b
	Residual	143,223	207	,692		
	Total	214,000	214			
2	Regression	69,543	6	11,590	16,689	,000 ^c
	Residual	144,457	208	,695		
	Total	214,000	214			

a. Dependent Variable: Facteur comportement d'innovation

b. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits, Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle

c. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits, Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle

III- Variation des statistiques

9

Model	R	Change Statistics					Durbin-Watson
		R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,292 ^a	,085	19,826	1	213	,000	
2	,412 ^b	,085	21,659	1	212	,000	
3	,479 ^c	,060	16,385	1	211	,000	
4	,517 ^d	,038	10,890	1	210	,001	
5	,545 ^e	,029	8,752	1	209	,003	
6	,570 ^f	,028	8,564	1	208	,004	1,948

a. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement

b. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics

c. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux

d. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications

e. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits

f. Predictors: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits, Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle

g. Dependent Variable: Facteur comportement d'innovation

IV- Coefficients

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe (Constant)	,076	,057	,076	1,336	,183	-,036	,188	,076	,092	,076	1,000	1,000
	1,161E-016	,057		,000	1,000	-,112	,112					
Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	,167	,057	,167	2,926	,004	,054	,279	,167	,199	,167	1,000	1,000
Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement	,292	,057	,292	5,122	,000	,180	,404	,292	,335	,292	1,000	1,000
Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,172	,057	,172	3,012	,003	,059	,284	,172	,204	,172	1,000	1,000
Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux	,245	,057	,245	4,293	,000	,132	,357	,245	,285	,245	1,000	1,000
Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics	,291	,057	,291	5,112	,000	,179	,404	,291	,334	,291	1,000	1,000
Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,195	,057	,195	3,421	,001	,083	,307	,195	,231	,195	1,000	1,000

a. Dependent Variable: Facteur comportement d'innovation

V- Variables exclues

Excluded Variables^a

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^b	-2,491	,014	-,169	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^b	2,820	,005	,190	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux	,227 ^b	3,611	,000	,241	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics	,292 ^b	4,745	,000	,310	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184 ^b	2,898	,004	,195	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	,188 ^b	2,966	,003	,200	1,000	1,000	1,000
2	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^c	-2,618	,009	-,177	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^c	2,964	,003	,200	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux	,227 ^c	3,801	,000	,253	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184 ^c	3,047	,003	,205	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	,188 ^c	3,119	,002	,210	1,000	1,000	1,000
3	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^d	-2,702	,007	-,183	1,000	1,000	1,000

	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^d	3,061	,002	,207	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184 ^d	3,147	,002	,212	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	,188 ^d	3,222	,001	,217	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^e	-2,764	,006	-,188	1,000	1,000	1,000
4	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^e	3,132	,002	,212	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	,184 ^e	3,220	,001	,217	1,000	1,000	1,000
	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^f	-2,828	,005	-,192	1,000	1,000	1,000
5	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	,179 ^f	3,205	,002	,217	1,000	1,000	1,000
6	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	-,159 ^g	-2,892	,004	-,197	1,000	1,000	1,000

a. Dependent Variable: Facteur comportement d'entraide

b. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement

c. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics

d. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux

e. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe

f. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications

g. Predictors in the Model: (Constant), Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement, Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics, Facteur reconnaissance liée aux feed-back verbaux, Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe, Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications, Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits

VI- Coefficient de corrélation de Pearson

Correlations

	Facteur comportement d'entraide	Facteur reconnaissance liée au temps et valorisation individuelle	Facteur reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement	Facteur reconnaissance liée aux remerciements écrits	Facteur reconnaissance liée aux feedback verbaux	Facteur reconnaissance liée aux remerciements publics	Facteur reconnaissance financière et liée aux qualifications	Facteur reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe
Pearson Correlation	1,000	-,159	,333	,179	,227	,292	,184	,188
	-,159	1,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	,333	,000	1,000	,000	,000	,000	,000	,000
	,179	,000	,000	1,000	,000	,000	,000	,000
	,227	,000	,000	,000	1,000	,000	,000	,000
	,292	,000	,000	,000	,000	1,000	,000	,000
	,184	,000	,000	,000	,000	,000	1,000	,000
	,188	,000	,000	,000	,000	,000	,000	1,000

Table des matières

Introduction générale	1
Première partie: Fondements théoriques et modèle de recherche.....	12
Introduction première partie.....	12
Chapitre 1 : La reconnaissance au travail et ses pratiques.....	13
Section 1 : La reconnaissance au travail : De la lutte pour la reconnaissance à l'importance du travail	14
1. La lutte pour la reconnaissance	14
1.1 Vers une lutte de reconnaissance pour échapper au déni.....	15
1.2 Accès à la reconnaissance authentique pour une socialisation au travail	15
2. Le travail : un concept déterminant de la reconnaissance	16
2.1. Le travail : un ensemble de qualifications et de compétences	17
2.2. Les spécificités du travail entre disponibilité temporelle et exigences de la relation de service	18
3. La reconnaissance au travail : Définitions d'un concept riche de sens	19
Section 2 : La reconnaissance au travail : entre identité professionnelle et évaluation au travail	21
1. L'identité professionnelle vers la détermination de la reconnaissance au travail ..	21
1.1. L'identité professionnelle : De la distinction de singularité vers une distinction de conformité	21
1.2. La construction de l'identité professionnelle : Importance du travail.....	22
1.2.1 La conscience de soi.....	23
1.2.2. Les facteurs de l'identité professionnelle.....	24
2. L'évaluation au travail : un processus déterminant de la reconnaissance au travail	26
2.1. Les entraves au processus d'évaluation	27
2.2. Les formes de reconnaissance basées sur l'évaluation.....	27
Section 3 : Les pratiques de reconnaissance : une catégorisation en fonction des approches conceptuelles.....	29
1. Typologie des pratiques de reconnaissance	29
1.1. La reconnaissance au travail selon l'approche éthique	29
1.2. La reconnaissance existentielle dans le cadre de l'approche humaniste	30

1.3.	La reconnaissance de la pratique et de l'investissement au travail selon l'approche de la psychodynamique de travail.....	31
1.3.1.	La reconnaissance de l'investissement au travail	31
1.3.2.	La reconnaissance de la pratique de travail.....	32
1.4.	La reconnaissance des résultats au travail d'après l'approche comportementaliste.....	32
2.	Les pratiques de reconnaissance : Entre importance de la source de provenance de la reconnaissance et efficacité au travail	35
2.1	La source de provenance de la reconnaissance.....	35
2.2.	Efficacité des pratiques de reconnaissance dans les milieux organisationnels.....	39
Chapitre 2 : Comportements discrétionnaires : vers un éclairage théorique du comportement d'entraide et du comportement d'innovation.....		44
Section 1 : Le comportement d'entraide : Spécificités d'un comportement de citoyenneté organisationnelle.....		46
1.	Le comportement d'entraide : un comportement de citoyenneté organisationnelle orienté vers les autres	46
1.1.	Les comportements de citoyenneté organisationnelle : définitions d'un concept multidimensionnel	46
1.1.1.	Les comportements de citoyenneté organisationnelle : entre comportement in rôle et extra rôle	47
1.1.2.	Le comportement de citoyenneté organisationnelle : un concept multidimensionnel.....	49
2.	Le comportement d'entraide pour une aide volontaire	51
2.1.	L'altruisme une dimension du comportement d'entraide et relative à l'aide volontaire	51
2.2.	L'empathie : une composante de l'altruisme nécessaire aux relations interpersonnelles du comportement d'entraide.....	52
3.	La facilitation interpersonnelle et le rétablissement de la paix pour une aide interpersonnelle face aux conflits au travail	54
3.1.	La facilitation interpersonnelle.....	54
3.2.	Le rétablissement de la paix : vers la résolution des conflits interpersonnels.....	55
Section 2 : Le comportement d'innovation.....		59
1.	Le comportement d'innovation : Importance de la nouveauté pour un ensemble de compétences comportementales	59
1.1.	Le comportement d'innovation versus le comportement de créativité : importance de la notion de nouveauté relative	60

1.2. Le comportement d'innovation : un ensemble de compétences comportementales	61
2. Le comportement d'innovation au travail : un processus d'innovation qui inclut les étapes allant de la production à l'application des idées nouvelles	63
2.1. La fixation et la planification des objectifs proactifs : une analyse à travers la théorie de la régulation des objectifs	64
2.1.1. La fixation des objectifs proactifs: Rôle de la théorie de régulation des objectifs.....	64
2.1.2. La planification des objectifs proactifs	65
3. De la production à l'application des idées novatrices	66
3.1. Les comportements d'innovation autour des différentes étapes du processus d'innovation	67
3.2. Les facteurs essentiels à l'adoption des comportements d'innovation	68
Chapitre 3 : la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : particularités pour le personnel infirmier	71
Section 1 : La reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : Repérage des liens	72
1. La reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : une analyse en fonction de la théorie de l'échange social.....	72
1.1. La théorie de l'échange social : principes fondamentaux	73
1.1.1. La réciprocité de l'échange social : importance de la justice distributive.....	73
1.1.2. Les attentes et la réciprocité des échanges sociaux.....	74
2. Les comportements d'entraide et les comportements d'innovation : importance des deux comportements discrétionnaires pour le personnel infirmier	75
2.1. Le métier d'infirmier : des conditions de travail astreignantes exigeants la reconnaissance au travail	75
2.2. La reconnaissance au travail : importance pour le métier d'infirmier	77
2.3. Les comportements d'entraide pour le personnel infirmier	79
2.3.1. Importance de la maîtrise des émotions dans les comportements d'entraide orientés vers les patients	80
2.3.2. L'orientation patient et les comportements d'entraide.....	81
2.4. Les comportements d'innovation pour le personnel infirmier	82
Section 2 : Formulation des hypothèses et modèle de recherche.....	85
1. Les effets de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide	85
2. Les effets de la reconnaissance sur les comportements d'innovation.....	88

3. Le modèle de recherche.....	92
Conclusion première partie.....	94
Deuxième partie: Méthodologie et résultats.....	97
Introduction deuxième partie.....	97
Chapitre 4 : Du questionnement au terrain : Options méthodologiques et démarche de recueil des données.....	98
Section 1: Options épistémologiques et justification du choix de la population d'investigation..	99
1. Options épistémologiques vers une justification du positionnement emprunté	99
1.1. Le paradigme positiviste	99
1.2. Le paradigme constructiviste	101
1.3. Le paradigme interprétativiste.....	102
1.4. Option épistémologique retenue.....	103
2. Justification du choix du secteur de santé : Présentation du secteur de la santé en Tunisie	105
2.1. Les dépenses de santé de l'Etat vers un rayonnement du secteur de santé Tunisien.....	106
2.2. Les spécificités des dépenses de santé : Rôle du Ministère de la santé publique.....	111
3. Justification du choix de la population de l'étude : Importance des infirmiers ...	112
3.1. Le personnel infirmier : Un corps paramédical en perpétuelle évolution face à une répartition inégalitaire	114
3.2. Les spécificités du métier d'infirmier : Importance de la présence féminine dans des conditions de travail astreignantes	119
Section 2 : La méthodologie de recherche qualitative : De la démarche de collecte des données à la méthode d'analyse de contenu	123
1. Les objectifs de l'étude qualitative.....	123
2. Le recueil des données qualitatives	124
2.1 L'entretien : une technique de recueil des données qualitatives	125
2.2. L'entretien semi-directif appliqué au personnel infirmier	127
2.3. Déroulement des entretiens	128
3. Accès au terrain.....	129
3.1. L'échantillonnage.....	130
4. Démarche d'analyse qualitative	132
Section 3 : Démarche générale de l'étude quantitative.....	136

1.	Le questionnaire	137
1.1.	Le choix des échelles de mesure	137
1.1.1.	La reconnaissance au travail	138
1.1.2.	Le comportement d'entraide	142
1.1.3.	Le comportement d'innovation.....	143
1.2	La conception du questionnaire	145
1.3.	Le pré-test du questionnaire	147
2.	Le recueil des données quantitatives.....	148
2.1.	Le processus d'échantillonnage	148
2.2.	Le mode d'administration du questionnaire.....	149
2.3.	Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	150
Chapitre 5 : Analyse des résultats qualitatifs.....		154
Section 1 : Les formes de reconnaissance appliquées au personnel infirmier : Le bilan.....		155
1.	La lutte pour la reconnaissance : un manque à combler	155
1.1.	Absence de reconnaissance : une remise en question des tâches quotidiennes au travail.....	155
1.2.	La dévalorisation du statut d'infirmier : Reflet d'un manque de reconnaissance	157
2.	Les différentes formes de reconnaissance : importance de l'objet de reconnaissance	160
2.1.	Les formes de reconnaissance de l'investissement et des pratiques au travail	160
2.2.	La reconnaissance des résultats : sous quelles formes se présente-t-elle ? ...	163
2.3.	Différentes formes pour une reconnaissance existentielle	165
Section 2 Les comportements d'entraide et la reconnaissance au travail : vers quels liens pour le personnel infirmier ?		169
1.	Le comportement d'entraide : vers une cohésion de groupe et une résolution des conflits ?	169
1.1.	Les relations interpersonnelles et l'empathie : Nécessité pour orienter le comportement d'entraide	170
1.2.	Les comportements d'entraide pour une meilleure résolution des conflits...172	
2.	La reconnaissance au travail et les comportements d'entraide	176
2.1.	Absence de reconnaissance : De l'abstinence de l'entraide à l'émergence des conflits.....	176
2.2	Les formes de reconnaissance au travail pour propulser l'entraide.....	178

Section 3 Les comportements d'innovation des infirmiers : Importance ou insignifiance de la reconnaissance au travail	184
1. De la conception à la planification des objectifs d'innovation : une ouverture à l'expérience pour une mobilisation des infirmiers	184
2. Réalisation de l'innovation : Importance du rôle du supérieur hiérarchique	188
3. La reconnaissance au travail et les comportements d'innovation	191
Chapitre 6 : Résultats de l'étude quantitative et discussion des résultats	197
Section 1: Analyse des qualités psychométriques des instruments de mesure	198
1. Méthodologie du test des échelles de mesure	198
1.1. Analyse factorielle exploratoire	199
1.1.1. Le test de sphéricité de Bartlett	200
1.1.2. La mesure KMO	201
1.1.3. La communalité	201
1.2. Analyse de la fiabilité	202
2. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de mesure de la reconnaissance au travail	203
2.1. Analyse en composantes principales du facteur de reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle	206
2.2. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée à la participation aux décisions et opportunités de développement	208
2.3. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux remerciements écrits	209
2.4. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux feed-back verbaux	210
2.5. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée aux remerciements publics	211
2.6. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance financière et liée aux qualifications	211
2.7. Analyse en composantes principales du facteur de la reconnaissance liée à la fierté de travailler avec son équipe	213
3. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de mesure du comportement d'entraide	213
4. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de mesure du comportement d'innovation	214
Section 2 : Test des hypothèses et du modèle de recherche	216
1. La régression multiple	216

1.1.	La multi colinéarité des variables indépendantes et valeur des résidus	217
1.2.	La méthode de régression pas à pas	218
1.3.	Qualité et interprétation de la régression multiple	219
1.4.	L'analyse de la variance ANOVA à plusieurs facteurs.....	221
2.	Influence de la reconnaissance au travail sur les comportements discrétionnaires.	221
2.1.	La multi colinéarité des variables indépendantes mesurant la reconnaissance au travail.....	221
2.2.	Influence de la reconnaissance au travail sur le comportement d'entraide...	222
2.3.	Influence de la reconnaissance au travail sur le comportement d'innovation	225
Section 3 Discussion des liens entre la reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires		231
1.	Les formes de reconnaissance au travail et les comportements discrétionnaires : Repérage des liens les plus significatifs	232
1.1.	La reconnaissance liée aux opportunités de développement et les comportements discrétionnaires importance du soutien du supérieur hiérarchique et de l'empowerment	232
1.2.	La reconnaissance liée aux feed-back verbaux et la reconnaissance liée aux remerciements publics : deux formes de reconnaissance déterminantes des comportements discrétionnaires.....	235
2.	La reconnaissance liée au temps et la valorisation individuelle : Explication des effets négatifs sur le comportement d'entraide.....	239
3.	La reconnaissance liée à la fierté de travailler avec l'équipe d'infirmier et le comportement d'innovation.....	240
Conclusion deuxième partie.....		243
Conclusion générale.....		245
Bibliographie.....		255
Liste des tableaux.....		287
Liste des figures.....		289
Annexes.....		290